

PODPORA OCHRANY DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

1. Úvod

Zdravotnictví je pro evropské pracovní síly jedním z nejdůležitějších odvětví, protože zaměstnává zhruba 10 % pracovníků v Evropské unii. Hlavní skupina zdravotnických pracovníků je zaměstnána v nemocnicích. Další zdravotničtí pracovníci jsou zaměstnáni na pracovištích, jako jsou lékařské praxe, pečovatelské domovy a jiná zdravotnická zařízení, např. krevní banky nebo zdravotnické laboratoře (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EU-OSHA), 2007a). Toto odvětví se vyznačuje významnou nerovnováhou mezi ženami a muži: téměř 80 % zaměstnanců tvoří ženy (Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek, 2008).

Podle Mezinárodní organizace práce (ILO, 2005) mohou psychosociální problémy vyvolat onemocnění, úraz, stigmatizaci, izolaci, a dokonce smrt. Mohou mít též značný dopad na zaměstnavatele, např. v podobě snížené produktivity a morálky. Takovým rizikům pro duševní zdraví jsou obzvláště vystaveni pracovníci ve zdravotnictví (Světová zdravotnická organizace (WHO, 2004). Proto je důležité a velmi přínosné investovat v tomto odvětví do podpory duševního zdraví.

Podle WHO (2009) lze duševní zdraví charakterizovat jako „stav pohody, v němž:

- si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti,
- je schopen vypořádat se s běžným životním stresem,
- je schopen produktivně a plodně pracovat,
- je schopen být přínosem pro komunitu, v níž žije“.

V tomto pozitivním smyslu je duševní zdraví pro jedince a pro komunitu základem pohody a efektivního fungování. Tato základní koncepce duševního zdraví je v souladu se svým širokým a proměnlivým výkladem napříč kulturami.

Tento článek se zaměřuje na zaměstnavatele, nastiňuje podrobně problematiku ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví a poskytuje praktické informace o zásadách v oblasti podpory ochrany duševního zdraví.

2. Psychosociální rizikové faktory duševního zdraví a projevy v duševním zdraví

2.1 Psychosociální rizikové faktory

Psychosociální rizika jsou spojena se způsobem, jak je práce navržena, organizována a řízena, i s jejím ekonomickým a společenským kontextem, vedou ke zvýšené úrovni stresu a mohou mít velmi neblahý dopad na duševní i fyzické zdraví (EU-OSHA, 2007b).



Podpora ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví

S cílem vysvětlit vztah mezi rizikovými faktory a zdravím zaměstnance byly vytvořeny různé stresové modely. Jedním z nejznámějších je model nároku, kontroly a podpory (Karasek, 1979; Karasek a Theorell, 1990; Johnson a Hall, 1988). Tento model definuje tři hlavní psychosociální stresory, které ovlivňují pohodu zaměstnance:

- psychické nároky,
- šíře kontroly nebo rozhodování a
- sociální podpora.

Podle tohoto modelu negativní stresové reakce (např. únava, úzkost, deprese a fyzické onemocnění) nastanou tehdy, když psychické nároky jsou vysoké a kontrola nad prací při rozhodování je nízká. Sociální podpora může fungovat jako nárazník.

Existuje mnoho pracovních psychosociálních rizikových faktorů (McNeely, 2005; Cox a Griffiths, 1996; Jettinghoff a Houtman, 2009), mezi něž patří:

- práce na směny,
- příliš napjatý nebo nevhodný pracovní harmonogram,
- nízká kontrola nad prací,
- vysoké pracovní nároky,
- vysoké pracovní vytížení,
- napjaté termíny,
- nedostatečné informace,
- nedostatečná spravedlnost v organizaci,
- špatná týmová práce,
- špatné mezilidské vztahy,
- chybějící sociální podpora,
- práce v izolaci,
- snižování počtu pracovníků,
- nedostatečné zdroje.

K pracovním psychosociálním rizikovým faktorům, které jsou typické pro zdravotnictví (McNeely, 2005; Cox a Griffiths, 1996; Jettinghoff a Houtman, 2009) patří:

- vysoká očekávání spojená s nedostatkem času, dovedností a sociální podpory,
- konfrontace s bolestí,
- práce s umírajícími lidmi,
- naléhavé případy,
- expozice traumatickým událostem,
- stížnosti a soudní spory.

Psychosociální nebezpečí ve zdravotnictví představují i násilí a obtěžování. Původci násilného chování mohou být pacienti, návštěvy nebo kolegové (EU-OSHA, 2007a). Zdravotnictví a sociální sektor mají nejvyšší hlášenou expozici násilí v práci v EU-27 (15,2 %). V tomto odvětví je nadprůměrný i výskyt šikany a obtěžování. V povoláních, kde jsou vysoká fyzická rizika (např. zpracovatelský průmysl či stavebnictví), k násilí a obtěžování nedochází často. Na rozdíl od toho, ve zdravotnictví a sociálním sektoru (kde jsou fyzická rizika spíše nízká) jsou zkušenosti se skutečným fyzickým násilím nebo jeho hrozbou osmkrát vyšší než například ve zpracovatelském odvětví (Parent-Thirion a kol., 2007). Podle dánského projektu „Násilí jako forma projevu“ (Pedersen, 2007) je násilí vystaveno až 32 % sociálních výchovných pracovníků v rezidenčních pečovatelských domovech a ošetřovatelů v nemocnicích. V letech 2001–2002 hlásily Národní zdravotnické služby (NHS) ve Spojeném království 95 501 případů násilí a agrese proti jejich pracovníkům, přičemž nejčastějšími oběťmi těchto činů byly zdravotní sestry (Národní kontrolní úřad, 2003). V posledních průzkumech NHS, které zahrnovaly pracovníky oddělení akutní péče a ambulantní péče 29 %, respektive 50 % pracovníků oznámilo, že v posledních 12 měsících byli



Podpora ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví

obětí násilí a agrese.

Zdravotničtí pracovníci jsou také vysoce ohroženi rizikem zneužívání látek. Z důvodu specifických rizikových faktorů, jako je expozice vysokému pracovnímu vytížení, práce s nevléčitelně nemocnými a umírajícími pacienty, neodpovídající příprava na nároky práce, syndrom vyhoření a nedostatečné znalosti nebezpečí alkoholu a drog, hrozí zdravotnickým pracovníkům zvláště zneužívání látek. V článku Trinkoffa a Storra (1998) je uvedeno, že 2 % až 3 % všech zdravotních sester jsou závislá na drogách a 40 000 zdravotních sester ve Spojených státech trpí alkoholismem. Cicala (2003) naznačuje, že vysoké riziko zneužívání látek panuje i mezi lékaři. Během kariéry se problém se zneužíváním látek rozvinul nejméně u 8 % až 12 % lékařů. Specifickými rizikovými faktory pro lékaře je vysoký stres a dlouhá pracovní doba, samoléčba a dostupnost léků. Dopad zneužívání látek je závažný. Vedle negativního vlivu na vlastní zdraví pracovníka může stav „pod vlivem“ drog nebo alkoholu způsobit nesprávný léčebný postup a může vést k soudním sporům.

2.2 Zdravotní projevy

Všechny tyto psychosociální rizikové faktory mají velký vliv na fyzické a duševní zdraví zaměstnanců. Specifické zdravotní problémy způsobené těmito rizikovými faktory mohou zahrnovat:

- stres: stresem při práci je údajně postiženo 22 % pracující populace (Parent-Thirion a kol., 2007); v důsledku toho je stres při práci jedním z nejběžnějších pracovních zdravotních problémů; nejvíce ohroženými odvětvími jsou zdravotnictví, sociální služby a vzdělávání: tímto problémem trpí až 29,4 % pracovníků,
- syndrom vyhoření: studie Mezinárodního konsorcia výzkumu výsledků v nemocnicích z let 1998–1999 odhalila, že 36,2 % anglických zaměstnanců ve zdravotnictví trpí větším syndromem vyhoření (EU-OSHA, 2007a),
- úzkost: 11,4 % pracovníků v oblasti zdravotní péče trpí úzkostmi (Parent-Thirion a kol., 2007),
- podrážděnost: 15,2 % pracovníků v oblasti zdravotní péče trpí podrážděností (Parent-Thirion a kol., 2007),
- deprese: z průzkumu společnosti Northwestern National Life z Minneapolis (1991) vyplývá, že 32 % dotázaných pracovníků v oblasti zdravotní péče uvedlo pocity deprese.

3. Podpora ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví

3.1 Podpora ochrany duševního zdraví

Podle Polletta (2007) je podpora ochrany duševního zdraví „procesem posilování ochranných faktorů, které přispívají k dobrému duševnímu zdraví“. Mnoho vědeckých studií prokázalo, že dovednosti a atributy související s pozitivním duševním zdravím vedou k pozitivním výsledkům, např. k lepšímu fyzickému zdraví a kvalitnějšímu životu, ekonomické pohodě a osobní důstojnosti (evropský projekt dosahování duševního zdraví, 2006).

Vhodným místem pro účinnou ochranu a podporu duševního zdraví pracovníků je pracoviště. Evropský pakt za duševní zdraví a pohodu (konference EU na vysoké úrovni, 2008) uvádí



Podpora ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví

duševní zdraví na pracovišti jako jednu ze svých prioritních oblastí. Doporučuje zavádění programů pro duševní zdraví a pohodu s hodnocením rizik a programů prevence pro situace, které mohou mít negativní vliv na duševní zdraví pracovníků (stres, urážlivé chování, např. násilí nebo obtěžování v práci, alkohol, drogy), a programů včasného zásahu na pracovišti.

3.2 Efektivnost iniciativ na podporu ochrany duševního zdraví

Některé organizace již pochopily význam podpory ochrany duševního zdraví, nicméně je mnoho pracovišť, kde taková opatření zavedena stále ještě nebyla. Členové hierarchie ve zdravotní péči jsou tak často k programům podpory ochrany duševního zdraví velmi kritičtí. Důvodem je jejich hlavní orientace na léčbu, s cílem dosáhnout okamžitých výsledků, a nikoli soustředění na dlouhodobá preventivní řešení (Munn-Giddings, Hart a Ramon, 2005). Kromě klíčových odborníků v hierarchii potřebují důkazy o účinnosti podpory ochrany zdraví různé další zúčastněné subjekty: političtí činitelé je potřebují k odůvodnění výdajů, odborníci z praxe k plánování a provádění programů a dotčení zaměstnanci potřebují vědět, zda jim zásahy pomohou či nikoli (Barry a McQueen, 2005).

Podrobné studie o hodnocení zásahů proti stresu jsou vzácné, a to jak o hodnocení nákladů a přínosů, tak i hodnocení efektivnosti jednotlivých opatření pro snížení stresu (Burke a Richardsen, 2000). Z důvodu struktury výzkumu není vždy možné určit, které výstupy jsou skutečnými výsledky zásahu (Cox, Griffith a Rial-Gonzalez, 2000). Ačkoli vědecký výzkum nákladové efektivnosti není snadný, mnoho organizací a politických činitelů se snaží určit náklady a přínosy zásahů v oblasti stresu při práci. Sainsburské centrum pro duševní zdraví (SCMH, 2007) v Británii nabízí přehled nákladů souvisejících s duševním zdravím na pracovišti a odhaduje nákladovou efektivnost zásahů v oblasti stresu (na základě příkladů od organizací v Británii).

Roční náklady podniků na duševní zdraví v práci pro Británii jsou rozděleny takto:

- absence v důsledku onemocnění: 8,4 miliardy GBP (9,7 miliardy EUR),
- snížená produktivita: 5,1 miliardy GBP (5,9 miliardy EUR),
- fluktuace pracovníků: 2,4 miliardy GBP (2,8 miliardy EUR).

Na základě příkladů z oblasti pracovních sil je možné provést odhad nákladové efektivnosti programů podpory duševního zdraví. Společnost British Telecom oznámila, že po zavedení strategie ochrany duševního zdraví došlo ke snížení míry absencí, které byly způsobeny duševními zdravotními problémy, o 30 %. Hilton (2005) podává zprávu o výsledcích australského programu podpory duševního zdraví. Cílem tohoto programu bylo včasné stanovení diagnózy a včasný zásah u pracovníků, kteří vykazovali příznaky depresí. Hlavní myšlenkou bylo to, aby zaměstnavatelé hráli určitou úlohu při identifikaci lidí s duševními příznaky a aby těmto zaměstnancům poskytli péči, kterou jim uhradí. Finanční přínos byl patrný díky vyšší produktivitě zaměstnanců. Roční finanční přínos byl pětkrát vyšší než roční investice do programu. Wang a kol. (2007) popisují podobný program z USA, kde roční finanční přínos na jednoho zaměstnance činil 1 800 USD (1 268 EUR) na rozdíl od ročních nákladů na zaměstnance ve výši pouhých 100 USD (70,5 EUR) k 400 USD (281,8 EUR).

3.3 Zásahy ve zdravotnictví

Jelikož práce hraje v životě lidí důležitou úlohu, je vhodným místem pro zásahy v oblasti podpory duševního zdraví pracoviště (Pollett, 2007). Tyto zásahy se musí soustředit na oblasti vyžadující



Podpora ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví

zlepšení, a to na individuální úrovni i na úrovni organizace. Je důležité budovat pracovní kulturu, v níž problémy v oblasti duševního zdraví nejsou tabu.

K omezení psychosociálních rizikových faktorů a pro podporu duševního zdraví ve zdravotnictví existují různé typy zásahů.

3.3.1 Zásahy na úrovni organizace

Na této úrovni zaměstnavatel zavádí opatření ke snížení stresorů v pracovním prostředí. Tyto zásahy mají eliminovat příčiny stresu při práci (EU-OSHA, 2002).

Zásahy na organizační úrovni jsou zaměřeny na změnu struktury organizace a/nebo změnu fyzikálních a environmentálních faktorů. Tyto zásahy usilují o snížení negativních prvků v organizaci práce. Zásah v modelu nároků, kontroly a podpory se soustředí na přepracování organizace s cílem zvýšit kontrolu, kterou pracovník má nad svou prací a svými schopnostmi (Luceño a Martín, 2008). Stresory lze sledovat pomocí analýzy psychosociálních rizik. Analýza ukáže, které prvky v organizaci (na úrovni úkolu, týmu nebo organizace) jsou kritické a potřebují zlepšit.

Zásahy na úrovni organizace zahrnují:

- psychické nároky: zlepšení množství práce, optimalizace intelektuálních požadavků, snížení časové tísně,
- šíře kontroly nebo rozhodování: lepší využití a rozvoj dovedností, zvýšení kontroly nad prací, zvýšení podílu na rozhodování,
- sociální podpora: zlepšení sociální podpory mezi kolegy a mezi kolegy a nadřízenými,
- rovnováha mezi pracovním a osobním životem: zavedení pružné pracovní doby, poskytování služeb péče o děti v práci, umožnění studijního volna a přestávek v kariéře, umožnění zaměstnancům plánovat a provádět střídání práce na základě autonomie střídání práce.

Příklady zásahů na úrovni organizace ve zdravotnictví zahrnují (EU-OSHA, 2002):

- lepší úrovně obsazení pracovníky během špičky; díky tomu je možné snížení pracovní zátěže, zlepšení organizace směn a pokrytí pracovníky v případě absencí a naléhavých situací,
- specifikace funkcí a povinností; například při doplňkových ošetrovatelských činnostech, na pomoc při dávkování léků a pomoc a podporu při poskytování léčby,
- vytvoření komunikačního protokolu pro ty situace, které by dle názoru pracovníků mohly představovat riziko pro jejich zdraví a bezpečnost,
- zavedení určité míry vlastního uvážení při provádění některých úkolů, podle pokynů stanovených v příslušném oddělení, pro některé skupiny pracovníků s cílem zlepšit jejich nezávislost a rozhodování,
- podpora účasti pracovníků prostřednictvím jednání, možnost pracovníků přispívat svými návrhy, nápady a názory.

3.3.2 Zásahy na rozhraní mezi individuální úrovní a úrovní organizace

Tyto zásahy se snaží zvýšit schopnost pracovníka vypořádat se se stresem. Zaměstnavatel by měl investovat do zásahů, aby zvýšil schopnost svých zaměstnanců zvládnout stres.



Podpora ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví

Jako příklad takových zásahů lze uvést (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine a kol., 2009):

- zlepšení vztahů mezi kolegy a manažery v práci,
- zřízení podpůrných skupin,
- zlepšení souladu mezi osobami a prostředím,
- vyjasnění otázek jednotlivých úloh,
- zvýšení účasti a nezávislosti,
- školení s cílem posílit sebeúctu a sebevědomí, pocit sounáležitosti,
- program na uvědomělé snižování stresu: tento program se skládá z odborné přípravy s cílem zlepšit komunikační dovednosti, naučit se, jak se vypořádat s reakcí na stres, se sebelítostí,
- školení o zlepšování praktických dovedností, jak snížit stres a zlepšit vztahy a fungování s pacienty,
- školení pracovníků o tom, jak zvládat situace, do nichž se dostávají, např. smrt, bolest a nevyléčitelná choroba.

3.3.3 Zásahy na individuální úrovni

Zásahy na individuální úrovni jsou často zaměřeny na snížení stresu mezi zaměstnanci, u nichž se již objevily příznaky. Usilují o zvýšení schopnosti jednotlivců vypořádat se se stresem například pomocí relaxačních technik (EU-OSHA, 2002). Tyto zásahy zajišťují, aby jednotlivec byl schopnější zvládnout příznaky stresu. Náležitou podporou těchto osob se minimalizují škodlivé důsledky stresu. Jako příklad lze uvést:

- terapeutickou masáž,
- osvojení strategií pro zvládání stresu,
- kognitivně behaviorální školení,
- školení o zvládání stresu,
- poradenství.

3.4 Řešení násilí a obtěžování ve zdravotnictví

Jak již bylo probíráno výše, jsou vedle stresu běžnými problémy ve zdravotnictví, které vedou k negativním zdravotním důsledkům, i násilí a obtěžování. Při řešení násilí a agresí ve zdravotnictví lze postupovat po stejných úrovních zásahů jako v případě prevence stresu.

Na úrovni organizace lze provádět následující zásahy (ILO, 2002; NAO, 2003; Ministerstvo práce Spojených států amerických, 2004):

- rozvoj kultury na pracovišti, jejímž ústředním bodem je člověk, a vydání jasného prohlášení v rámci politiky, v němž bude jasně uvedeno, že násilí či agrese vůči zdravotníkům nejsou tolerovány; této politiky by si měly být vědomy všechny zúčastněné strany: pacienti, zaměstnanci a manažeři,
- závazek vedení, že bude předcházet násilí a agresí,
- jasné informace a komunikace,
- provádění hodnocení rizik u násilí, agrese a obtěžování při práci,
- kontrola prostředí: zajištění bezpečnosti pomocí efektivních technologií a postupů (např. poplašné systémy, vytvoření odstupů mezi pracovníky a klientem/pacientem pomocí většího pultu atd.),
- informace o nezbytných bezpečnostních opatřeních, o zvýšených rizicích u určitých pacientů atd.

Na individuálně-organizační úrovni lze provádět následující zásahy (ILO, 2002; NAO, 2003;



Podpora ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví

Ministerstvo práce Spojených států amerických, 2004):

- hlášení všech případů násilí a agrese,
- přípravné školení pracovníků o tom, jak rozpoznat skutečné nebo potenciální hrozby na pracovišti, školení pracovníků o tom, jak reagovat v násilných situacích.

A konečně existují i určité zásahy na individuální úrovni (ILO, 2002; NAO, 2003; Ministerstvo práce Spojených států amerických, 2004; Arnetz a Arnetz, 2000):

- pomoc a podpora,
- poradenství,
- postupy pro řešení stížností,
- podávání hlášení,
- rehabilitace pracovníků, kteří se stali obětí násilí.

3.5 Správná praxe

Existují komplexní zásahy v oblasti podpory ochrany duševního zdraví, ačkoli organizace často nevěnují stejnou pozornost všem třem úrovním zásahů (Cox a kol., 2000; Kompier a kol., 1998). Organizace se soustředí více na rozhraní mezi individuální úrovní a úrovní organizace a individuální zásahy. V důsledku toho se na zásahy zaměřené na preventivní omezení stresorů na pracovišti často zapomíná.

Aby organizace mohly provádět kvalitní politiku podpory ochrany duševního zdraví, musí k tomuto tématu přistupovat z holistického hlediska prováděním kroků na všech třech úrovních. Jelikož příčiny stresu souvisejí s více faktory (např. kombinace personálních otázek, pracovního vytížení, problémů s organizací práce a fyzických pracovních podmínek), je nutné v zájmu účinnosti zásahu řešit všechny tyto příčiny dohromady (EU-OSHA, 2002). V tomto procesu je velmi důležité, aby zaměstnavatelé a zaměstnanci spolupracovali (Keleher a Armstrong, 2005).

Níže jsou uvedeny dva praktické příklady zásahů na organizační úrovni. Pozornost je soustředěna na příklady preventivních opatření, protože řeší kořeny problému. Příklady zásahů na organizačně individuální a individuální úrovni lze najít výše v příslušných odstavcích.

V rámečku č. 1 je uveden příklad správné praxe, který ukazuje, jak jsou organizace ve zdravotnictví schopny řešit psychosociální rizika a související zdravotní důsledky a jak organizace může uspokojit potřebu účasti v procesu rozhodování. V rámečku č. 2 je uveden příklad správné praxe o tom, jak se vypořádat s násilím namířeným proti zdravotnickým pracovníkům.

Rámeček č. 1 Program podpory pečovatелů (Jané-Llopis a kol., 2005)

Kontext

Program podpory pečovatелů je určen ke zvýšení účasti a sociální podpory při rozhodování o práci pro pečovatelské týmy v (psychiatrických) zdravotnických zařízeních. Tento program efektivně zvyšuje schopnost týmů pečovatелů mobilizovat sociálně podpůrné týmové chování a techniky řešení problémů.

Program

- šest školicích sezení (4 až 5 hodin),
- účastníci: 10 manažerů zařízení a 10 přímých pečovatелů,
- zaměření:
 - lépe pochopit a posílit stávající sítě v rámci organizací, které by mohly být schopny pomoci a poskytnout podporu,



Podpora ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví

- zvýšit účast pracovníků,
- rozvíjet a vést školicí aktivity,
- učit se techniky pro zachování těchto nových dovedností i pro pozdější dobu.

Hodnocení programu

- program zvýšil podpůrnou zpětnou vazbu o pracovním místě,
- program posílil víru a chápání účastníků, že jsou schopni zvládnout neshody a příliš vysokou zátěž v práci,
- program zlepšil klima v týmech, duševní zdraví a spokojenost s prací.

Box č. 2 Zvládání násilí namířeného proti pracovníkům ve zdravotnictví (EU-OSHA, 2002)

Problém

V roce 2000 bylo v Irsku hlášeno 12 případů násilí nebo urážlivého chování vůči pracovníkům v regionálních nemocnicích ve středozápadní části země. Do roku 2001 se tento počet zvýšil na 64. Pracovníci uváděli pocity stresu, frustrace, strachu a zranitelnosti.

Řešení

Společně s odděleními nemocnic pro bezpečnost a ochranu zdraví se oddělení pro řízení rizik rozhodlo, že vypracuje strukturu pro systematické řešení násilí na pracovišti. Tuto strukturu tvořily různé kroky:

- vytvoření nové politiky hlášení incidentů a podpora otevřené politiky podávání zpráv,
- vypracování komplexního rámce a programu pro zvládání násilí a agrese,
- řešení agrese a násilí stejným způsobem jako v případě všech ostatních pracovních rizik; rizika agrese a násilí musí být identifikována, hodnocena a kontrolní opatření musí být prováděna a hodnocena; pro splnění těchto požadavků byla vypracována formální metoda hodnocení rizik,
- díky specifickému školení jsou pracovníci schopni zvládat situace agrese a násilí a zasáhnout v nich (z důvodu klientů s poruchou chování); na tomto školení se pracovníci naučili eliminovat riziko svého úrazu nebo úrazu klientů.

Praktické příklady

Tým složený z odborníků z různých oborů v oddělení naléhavých případů provedl společně s poradci z oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví hodnocení větších rizik. Po identifikaci několika vysokých rizik byla přijata následující opatření:

- program školení o nenásilných zásazích v krizích,
- přítomnost zvýšených bezpečnostních opatření,
- informace v oddělení související s politikou vůči násilníkům,
- zajištění systémů osobního poplachu a poplachu v případě paniky,
- užší pracovní vztah s Gardai (policí); byl jmenován styčný důstojník, jehož úkolem je úzce spolupracovat s pracovníky nemocnice,
- u soudů proběhly tři úspěšné procesy s pachateli,
- pozornost věnovaná ergonomii oddělení z hlediska prevence a bezpečných pracovních postupů.

4. Další informace

Internetové stránky:

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci:

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci – <http://osha.europa.eu>



Podpora ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví

<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

Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek:

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

Evropská komise:

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

Evropská síť pro podporu ochrany zdraví na pracovišti:

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

ProMenPol (portál na podporu duševního zdraví):

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

Světová zdravotnická organizace (WHO):

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

Mezinárodní organizace práce (ILO):

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

Úřad pro bezpečnost a ochranu zdraví (HSE, Spojené království):

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

Národní institut pro výzkum a bezpečnost (INRS, Francie):

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

Projekty:

Evropská síť pro podporu ochrany zdraví na pracovišti (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP): Projekt Move II (Pohyb) „Duševní zdraví na pracovišti“:

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

Evropský projekt dosahování duševního zdraví:

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



Podpora ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví

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>

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:



Podpora ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví

[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



Podpora ochrany duševního zdraví ve zdravotnictví

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/