

F R E M M E A F M E N T A L S U N D H E D I S U N D H E D S S E K T O R E N

1. Indledning

Sundhedssektoren er en af de største sektorer på det europæiske arbejdsmarked og beskæftiger ca. 10 % af arbejdstagerne i EU. Hovedparten af arbejdstagerne i sundhedssektoren er ansat på hospitaler. Andre arbejdstagere er ansat i lægepraksisser, på plejehjem og andre arbejdspladser i sundhedssektoren som f.eks. blodbanker og medicinske laboratorier (Det Europæiske Arbejdsmiljøagentur (EU-OSHA), 2007a). Denne sektor har en betydelig ubalance i kønsfordelingen, da næsten 80 % af medarbejderne er kvinder (Det Europæiske Institut til Forbedring af Leve- og Arbejdsvilkårene, 2008).

Ifølge Den Internationale Arbejdsorganisation (ILO, 2005) kan psykosociale problemer føre til sygdom, skader, stigmatisering, isolation og endda dødsfald. De kan også have betydelige konsekvenser for arbejdsgiveren i form af bl.a. nedsat produktivitet og lav moral. Arbejdstagere i sundhedssektoren er særligt udsat for sådanne mentale sundhedsrisici (Verdenssundhedsorganisationen (WHO), 2004). Det er derfor vigtigt og meget nyttigt at investere i fremme af mental sundhed i denne sektor.

Ifølge Verdenssundhedsorganisationen (2009) er mental sundhed "en tilstand af velvære, hvor den enkelte:

- erkender sine evner
- kan håndtere livets normale belastninger
- kan arbejde produktivt og frugtbart og
- kan bidrage til sit samfund."

I denne positive betydning er mental sundhed grundlaget for den enkeltes trivsel, og for, at den enkelte såvel som samfundet kan fungere effektivt. Dette centrale element i begrebet mental sundhed er i overensstemmelse med dets brede og forskellige fortolkning på tværs af kulturer.

Denne artikel er målrettet arbejdsgiverne, og den indeholder en nærmere beskrivelse af problemerne med mental sundhed i sundhedssektoren og praktisk information om foranstaltninger til fremme af mental sundhed.

2. Psykosociale risikofaktorer ved mental sundhed og mentale sundhedsmæssige virkninger

2.1. *Psykosociale risikofaktorer*

Psykosociale risici er forbundet med den måde, hvorpå arbejdet udformes, tilrettelægges og ledes, samt med den økonomiske og sociale arbejdsmæssige sammenhæng, resulterer i et højere stressniveau og kan føre til en alvorlig forværring af den mentale og fysiske



Fremme af mental sundhed i sundhedssektoren

sundhedstilstand (EU-OSHA, 2007b).

Der er udviklet forskellige stressmodeller for at belyse sammenhængen mellem risikofaktorerne og medarbejderens sundhed. En af de bedst kendte modeller er krav-kontrol-støtte-modellen (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Johnson & Hall, 1988). I modellen defineres tre primære psykosociale stressfaktorer, som påvirker medarbejderens trivsel:

- psykologiske krav
- kontrol eller beslutningstagning
- og social støtte.

Ifølge modellen opstår negative stressreaktioner (som f.eks. træthed, angst, depression og fysisk sygdom), når de psykologiske krav er høje, og jobkontrol i forbindelse med beslutningstagningen er lav. Social støtte kan fungere som en stødpude.

Der findes mange arbejdsrelaterede psykosociale risikofaktorer (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009), bl.a.:

- skifteholdsarbejde
- for stram eller uhensigtsmæssig arbejdsplan
- lav jobkontrol
- høje jobkrav
- høj arbejdsbelastning
- stramme tidsfrister
- utilstrækkelig information
- ringe organisatorisk styring
- ringe teamarbejde
- ringe personlige relationer
- manglende social støtte
- isoleret arbejde
- nedskæringer
- utilstrækkelige ressourcer.

Arbejdsrelaterede psykosociale risikofaktorer, der er typiske for sundhedssektoren (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009), omfatter bl.a.:

- høje forventninger kombineret med manglende tid, kompetencer og social støtte
- konfrontation med smerte
- håndtering af døende mennesker
- nødsituationer
- traumatiske begivenheder
- klager og retssager.

Vold og chikane udgør ligeledes en psykosocial fare i sundhedssektoren. Voldelig adfærd kan komme fra patienter, besøgende eller kolleger (EU-OSHA, 2007a). Sundheds- og socialektoren har det højeste antal indberetninger om vold på arbejdspladsen i EU's 27 medlemsstater (15,2 %). Forekomsten af mobning og chikane i denne sektor er højere end gennemsnittet. I erhverv, hvor de fysiske risici er høje (f.eks. inden for fremstilling og byggeri), er vold og chikane ikke så hyppig. I sundheds- og socialektoren (hvor de fysiske risici er temmelig lave) er oplevelsen af reel fysisk vold eller truslen om fysisk vold otte gange højere end i f.eks. fremstillingssektoren (Parent-Thirion et al., 2007). Ifølge det danske projekt "Vold som udtryksform" (Pedersen, 2007) er op til 32 % af socialpædagogerne på døgninstitutioner og plejepersonale på hospitaler udsat for vold. I 2001-2002 indberettede National Health Service (NHS) i Det Forenede Kongerige 95.501 tilfælde af vold og aggression mod personalet, og oftest går det ud over sygeplejerskerne (National Audit Office, 2003). En nylig undersøgelse blandt NHS' medarbejdere, herunder personale i akutmodtagelser og ambulancepersonale, viser, at henholdsvis 29 % og 50 % har været udsat for



Fremme af mental sundhed i sundhedssektoren

vold og aggressioner inden for de seneste 12 måneder.

Sundhedspersonale har også en høj risiko for stofmisbrug. På grund af særlige risikofaktorer såsom stor arbejdsbyrde, håndtering af uheldeligt syge og døende patienter, utilstrækkelig forberedelse på arbejdets krav, udbrændthed og utilstrækkeligt kendskab til farene ved alkohol og narkotika har medicinsk personale en særlig høj risiko for stofmisbrug. Ifølge en artikel af Trinkoff og Storr (1998) er 2-3 % af alle sygeplejersker afhængige af narkotika, og 40 000 sygeplejersker i USA lider af alkoholisme. Cicala (2003) antyder, at læger også har en høj risiko for stofmisbrug. Mindst 8 % til 12 % af lægerne udvikler et stofmisbrug i løbet af deres karriere. Særlige risikofaktorer for læger er et højt stressniveau og lange arbejdstider, selvbehandling og adgang til medicin. Konsekvenserne af stofmisbrug er alvorlige. Foruden de negative konsekvenser for arbejdstagerens eget helbred kan arbejde under påvirkning af narkotika eller alkohol føre til lægefejl og eventuelt sagsanlæg.

2.2. Sundhedsmæssige virkninger

Alle disse psykosociale risikofaktorer har stor indflydelse på medarbejdernes fysiske og mentale sundhed. De særlige helbredsproblemer, som disse risikofaktorer medfører, omfatter bl.a.:

- stress: 22 % af den arbejdende befolkning menes at være berørt af arbejdsrelateret stress (Parent-Thirion et al., 2007), hvilket gør arbejdsrelateret stress til et af de mest almindelige arbejdsrelaterede helbredsproblemer. Arbejdstagere i sundheds-, social og uddannelsessektoren har den højeste risiko, da op til 29,4 % er ramt af dette problem.
- udbrændthed: en undersøgelse foretaget af International Hospital Outcomes Research Consortium i 1998-1999 viser, at 36,2 % af de engelske medarbejdere i sundhedssektoren lider af omfattende udbrændthed (EU-OSHA, 2007a).
- angst: 11,4 % af arbejdstagerne i sundhedssektoren lider af angst (Parent-Thirion et al., 2007).
- irriterabilitet: 15,2 % af arbejdstagerne i sundhedssektoren lider af irriterabilitet (Parent-Thirion et al., 2007).
- depression: en undersøgelse foretaget af Northwestern National Life of Minneapolis (1991) viser, at 32 % af de adspurgte arbejdstagere i sundhedssektoren føler sig deprimerede.

3. Fremme af mental sundhed i sundhedssektoren

3.1. Fremme af mental sundhed

Ifølge Pollett (2007) er fremme af mental sundhed "processen med at styrke de beskyttende faktorer, der bidrager til en god mental sundhed." Mange videnskabelige undersøgelser har vist, at færdigheder og egenskaber vedrørende positiv mental sundhed har positive konsekvenser som f.eks. bedre fysisk sundhed og livskvalitet, økonomisk trivsel og personlig værdighed (Det Europæiske Projekt til Sikring af Mental Sundhed, 2006).

Arbejdspladsen er et passende miljø, hvor arbejdstagernes mentale sundhed kan beskyttes og fremmes effektivt. I den europæiske pagt for mental sundhed og trivsel (EU's konference på højt niveau 2008) anføres mental sundhed på arbejdspladsen som et af pagtens prioriterede områder. Det anbefales, at der gennemføres programmer inden for mental sundhed og trivsel med risikovurderings- og forebyggelsesprogrammer i situationer, der kan have negative konsekvenser



Fremme af mental sundhed i sundhedssektoren

for arbejdstagernes mentale sundhed (stress, grov adfærd såsom vold eller chikane på arbejdspladsen, alkohol og narkotika), samt tidlig indsats-ordninger på arbejdspladsen.

3.2. Effektiviteten af initiativer til fremme af mental sundhed

Nogle virksomheder har allerede forstået vigtigheden af at fremme den mentale sundhed, men der er ikke desto mindre mange arbejdspladser, hvor sådanne foranstaltninger stadig ikke er blevet indført. Medlemmer af hierarkiet i sundhedssektoren er derfor ofte meget kritiske over for programmer til fremme af mental sundhed. Dette skyldes, at de hovedsageligt fokuserer på helbredelse for at opnå øjeblikkelige resultater i stedet for at fokusere på langsigtede forebyggende løsninger (Munn-Giddings, Hart & Ramon, 2005). Ud over vigtigt fagpersonale i hierarkiet kræver flere andre interessenter dokumentation for effektiviteten af fremme af den mentale sundhed. Politikerne har brug for den til at retfærdiggøre, hvad de bruger penge på, behandlerne har brug for den i forbindelse med planlægning og gennemførelse af programmer, og de berørte medarbejdere har behov for at vide, om indgrebene vil hjælpe dem eller ej (Barry & McQueen, 2005).

Der findes få detaljerede undersøgelser af evalueringen af stressindgreb, både hvad angår evalueringen af omkostningsfordelene og evalueringen af effektiviteten af individuelle stressnedsættende initiativer (Burke & Richardsen, 2000). På grund af forskningens struktur er det ikke altid muligt at fastslå, hvilke konsekvenser der er direkte afledt af et indgreb (Cox, Griffith & Rial-Gonzalez, 2000). Selv om videnskabelig forskning i omkostningseffektivitet ikke er nem, har mange virksomheder og politikere forsøgt at fastslå omkostningerne og fordelene ved stressindgreb på arbejdspladsen. Sainsbury Center for Mental Health (SCMH, 2007) i Storbritannien giver et overblik over omkostningerne vedrørende mental sundhed på arbejdspladsen og anslår omkostningseffektiviteten ved stressindgreb (på baggrund af eksempler fra virksomheder i Storbritannien).

De årlige erhvervsomkostninger vedrørende mental sundhed på britiske arbejdspladser er opdelt som følger:

- sygefravær: 8,4 mia. GBP (ca. 9,7 mia. EUR)
- nedsat produktivitet: 5,1 mia. GBP (ca. 5,9 mia. EUR)
- personaleudskiftning: 2,4 mia. GBP (ca. 2,8 mia. EUR).

På baggrund af eksempler fra arbejdstagerne er det muligt at give et skøn over omkostningseffektiviteten af mentale sundhedsprogrammer. British Telecom oplevede et fald i sygefraværet på 30 % som følge af mentale sundhedsproblemer (SCMH, 2007) efter gennemførelsen af en mental sundhedsstrategi. Hilton (2005) beskriver resultaterne af et australsk program inden for mental sundhed. Formålet med programmet var at sikre en tidlig diagnosticering af og indsats over for arbejdstagere med symptomer på depression. Idéen var, at arbejdsgiverne skulle medvirke til at udpege personer med mentale sundhedsproblemer, og at arbejdsgiverne skulle tilbyde disse medarbejdere medarbejderbetalt behandling. De økonomiske fordele udmøntede sig i højere produktivitet blandt medarbejderne. De årlige økonomiske fordele var fem gange højere end den årlige investering i programmet.

Wang et al. (2007) beskriver et tilsvarende program fra USA, hvor de årlige økonomiske fordele pr. medarbejder var 1 800 USD (ca. 1 268 EUR) sammenlignet med en årlig udgift pr. medarbejder på kun mellem 100 USD (ca. 70,5 EUR) og 400 USD (ca. 281,8 EUR).



Fremme af mental sundhed i sundhedssektoren

3.3. Indgreb i sundhedssektoren

Da arbejdet spiller en vigtig rolle i menneskers liv, er arbejdspladsen et godt sted at foretage indgreb til fremme af mental sundhed (Pollett, 2007). Ved sådanne indgreb skal der fokuseres på de områder, der skal forbedres, både på individuelt plan og på organisatorisk plan. Det er vigtigt at skabe en arbejdskultur, hvor mentale sundhedsproblemer ikke er tabu.

Der findes forskellige typer indgreb, der kan mindske de psykosociale risikofaktorer og fremme mental sundhed i sundhedssektoren.

3.3.1. Indgreb på organisatorisk plan

På dette plan indfører arbejdsgiveren foranstaltninger, der kan mindske stressfaktorerne i arbejdsmiljøet. Sådanne indgreb har til formål at fjerne årsagerne til stress på arbejdspladsen (EU-OSHA, 2002).

Indgreb på organisatorisk plan sigter mod at ændre virksomhedens struktur og/eller at ændre fysiske og miljømæssige faktorer. Ved denne type indgreb forsøger man at minimere de negative elementer i arbejdets organisation. Indgrebet i krav-kontrol-støtte-modellen fokuserer på en organisatorisk omlægning med henblik på at øge arbejdstagerens indflydelse på sit arbejde og sine evner (Luceño & Martín, 2008). Stressfaktorerne kan overvåges via en psykosocial risikoanalyse. Analysen viser, hvilke elementer i organisationen (på opgave-, hold- eller organisatorisk plan) der er kritiske og kræver forbedring.

Indgreb på organisatorisk plan omfatter bl.a.:

- psykologiske krav: for at mindske arbejdsbyrden, optimere de intellektuelle krav og reducere tidspresset
- kontrol eller beslutningstagning: for at forbedre brugen og udviklingen af færdigheder, øge kontrollen over arbejdet og øge deltagelsen i beslutningsprocessen
- social støtte: for at øge den sociale støtte blandt kolleger og mellem kolleger og overordnede
- balance mellem arbejde og fritid: for at indføre fleksible arbejdstider, tilbyde børnepasning på arbejdet, muliggøre uddannelsesorlov og karrierepauser samt give medarbejderne mulighed for at planlægge og gennemføre turnusordninger baseret på selvbestemmelse.

Eksempler på indgreb på organisatorisk plan i sundhedssektoren omfatter bl.a. (EU-OSHA, 2002):

- øget bemanding i spidsbelastningsperioder, hvilket gør det muligt at nedbringe arbejdsbyrden og forbedre organiseringen af vagter samt fraværs- og beredskabsdækning
- specificere funktioner og ansvarsområder, f.eks. ved plejeassistenter i forbindelse med hjælp til medicinering og hjælp og støtte til behandling
- oprette en kommunikationsprotokol til situationer, der efter arbejdstagernes opfattelse kan bringe deres sundhed og sikkerhed i fare
- indføre diskretion ved udførelsen af visse opgaver i forhold til bestemte arbejdstagere i henhold til den pågældende afdelings retningslinjer med henblik på at øge selvstændigheden og beslutningstagningen
- fremme arbejdstagernes deltagelse gennem møder, så de har mulighed for at fremsætte forslag, idéer og synspunkter.



Fremme af mental sundhed i sundhedssektoren

3.3.2. Indgreb på individuelt-organisatorisk plan

Ved sådanne indgreb forsøger man at øge arbejdstagerens evne til at håndtere stress. Arbejdsgiveren bør investere i indgreb, der øger medarbejdernes håndteringsevne, f.eks. via uddannelse.

Eksempler på sådanne indgreb omfatter bl.a. (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine et al., 2009):

- forbedring af forholdet mellem kolleger og ledere på arbejdspladsen
- etablering af støttegrupper
- forbedring af forholdet mellem medarbejdere og arbejdsmiljø
- afklaring af rollespørgsmål
- øget deltagelse og selvstændighed
- kurser med henblik på at styrke medarbejdernes selvagtelse og selvværd, følelse af at høre til
- et stressnedsættende program baseret på mindfulness. Programmet består af kurser i, hvordan man forbedrer sine kommunikationsevner, håndterer stressreaktioner og drager omsorg for sig selv
- kurser i, hvordan man forbedrer sine praktiske færdigheder i at reducere stress og forbedre forholdet til patienterne
- medarbejderkurser i, hvordan man håndterer dødsfald, smerte og uhelbredeligt syge.

3.3.3. Indgreb på individuelt plan

Indgreb på individuelt plan fokuserer ofte på at reducere stress blandt medarbejdere, der allerede har symptomer. Formålet er at øge den enkeltes evne til at håndtere stress gennem f.eks. afslapningsteknikker (EU-OSHA, 2002). Sådanne indgreb sikrer, at personen bedre kan håndtere stresssymptomerne. Ved at yde korrekt støtte til disse personer minimeres de skadelige konsekvenser af stress. Som eksempel kan nævnes:

- terapeutisk massage
- stresshåndteringsstrategier
- kognitiv-adfærdstræning
- kurser i stresshåndtering
- rådgivning.

3.4. *Håndtering af vold og chikane i sundhedssektoren*

Som nævnt tidligere er vold og chikane i tillæg til stress almindelige problemer i sundhedssektoren, der har negative sundhedsmæssige konsekvenser. For at afhjælpe vold og aggression i sundhedssektoren kan der anvendes samme indgrebsniveauer som ved forebyggelse af stress.

Følgende indgreb kan foretages på organisatorisk plan (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):

- udvikling af en arbejdspladskultur med fokus på mennesket og udformning af en klar politik om, at vold og aggressioner mod sundhedspersonale ikke tolereres. Alle involverede parter bør være bekendt med politikken, dvs. patienter, medarbejdere og ledere
- ledelsesudvalg, der kan forebygge vold og aggressioner
- klar information og kommunikation



Fremme af mental sundhed i sundhedssektoren

- risikovurderinger af vold, aggressioner og chikane på arbejdspladsen
- miljøkontrol: skabe sikkerhed ved hjælp af effektiv teknologi og effektive procedurer (f.eks. alarmsystemer, skabe afstand mellem klient/patient og personalet ved hjælp af dybere skranke mv.)
- information om nødvendige foranstaltninger og øgede risici ved visse patienter mv.

Følgende indgreb kan foretages på individuel-organisatorisk plan (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):

- indberetning af alle tilfælde af vold og aggressioner
- træning af personalet i, hvor de kan identificere faktiske eller mulige trusler på arbejdspladsen og i, hvordan de skal reagere i voldelige situationer.

Endelig findes der enkelte indgreb på individuel plan (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004; Arnetz & Arnetz, 2000):

- hjælp og støtte
- rådgivning
- klageprocedurer
- orientering
- rehabilitering for personale, der har været udsat for vold.

3.5. God praksis

Der findes omfattende indgreb til fremme af mental sundhed, selv om virksomhederne ofte ikke er lige opmærksomme på alle tre indgrebsniveauer (Cox et al., 2000; Kompier et al., 1998). Virksomhederne fokuserer mere på det individuelt-organisatoriske plan og på individuelle indgreb. Derfor glemmer man ofte forebyggende indgreb, der sigter mod at reducere stressfaktorerne på arbejdspladsen.

For at kunne gennemføre en god politik for fremme af mental sundhed er virksomheden nødt til at anvende en holistisk tilgang til emnet ved at gennemføre tiltag på alle tre niveauer. Da stress skyldes mange faktorer (f.eks. en kombination af bemanding, arbejdsbyrde, arbejdets organisation og fysiske arbejdsforhold), skal alle disse årsager håndteres samlet, hvis et indgreb skal kunne fungere (EU-OSHA, 2002). I denne proces er det meget vigtigt, at arbejdsgivere og medarbejdere arbejder sammen (Keleher & Armstrong, 2005).

Nedenfor gives to praktiske eksempler på indgreb på organisatorisk plan. Der fokuseres på eksempler på forebyggende foranstaltninger, da de tager fat på årsagen til problemet. Eksempler på indgreb på organisatorisk-individuel plan og individuel plan findes ovenfor i de respektive afsnit.

Boks 1 indeholder et eksempel på god praksis, der viser, hvordan virksomheder i sundhedssektoren kan håndtere psykosociale risici og afledte sundhedsmæssige konsekvenser, samt hvordan en virksomhed kan opfylde behovet for deltagelse i beslutningsprocessen. Boks 2 indeholder et eksempel på god praksis, der viser, hvordan man håndterer vold mod sundhedspersonalet.



Fremme af mental sundhed i sundhedssektoren

Boks 1. Støtteprogram for plejepersonale (Jané-Llopis et al., 2005)

Baggrund

Formålet med støtteprogrammet for plejepersonale er at øge deltagelsen og den sociale støtte i forbindelse med arbejdsrelateret beslutningstagning for plejepersonale på (mentale) sundhedsfaciliteter. Programmet øger reelt plejepersonalets evne til at fremme socialt støttende gruppeadfærd og problemløsningsteknikker.

Program

- seks kurser (4-5 timer)
- deltagere: 10 institutionsledere og 10 egentlige plejemedarbejdere
- fokus:
 - at sikre bedre forståelse af og styrke eksisterende netværk i de virksomheder, der kan yde hjælp og støtte
 - at øge arbejdstagernes deltagelse
 - at udvikle og lede uddannelsesaktiviteter
 - at lære teknikker til langsigtet vedligeholdelse af disse nye færdigheder.

Evaluering af programmet

- Programmet øgede graden af støttende feedback på arbejdspladsen.
- Programmet styrkede deltagernes tro på og opfattelse af, at de kan håndtere uoverensstemmelser og overbelastninger på arbejdspladsen.
- Programmet forbedrede stemningen i teamet, den mentale sundhed og jobtilfredsheden.

Box 2. Håndtering af vold mod personale i sundhedssektoren (EU-OSHA, 2002)

Problem

I Irland var der i 2000 12 tilfælde af vold og grov adfærd mod personalet på de midtvestlige regionshospitaler. I 2001 var tallet steget til 64. Personalet meldte om følelser af stress, frustration, frygt og sårbarhed.

Løsning

Risikostyringsafdelingen besluttede sammen med hospitalernes arbejdsmiljødirektør at udvikle et system til systematisk bekæmpelse af vold på arbejdspladsen. Systemet omfattede følgende tiltag:

- udvikling af en ny hændelsesrapporteringspolitik og fremme af en åben rapporteringspolitik
- udvikling af et omfattende system og program til håndtering af vold og aggressioner
- behandling af aggressioner og vold på samme måde som alle andre erhvervsrisici, kortlægning og evaluering af risikoen for aggressioner og vold samt gennemførelse og evaluering af kontrolforanstaltninger. For at opfylde disse krav blev der udviklet en formel risikovurderingsmetode
- særlige kurser til personalet, så de bliver i stand til at håndtere og gribe ind i aggressive og voldelige situationer (med adfærdsforstyrrede klienter). Formålet med kurserne var at lære personalet, hvordan de eliminerer risikoen for skader på personale og klienter.

Praktiske eksempler

Et tværfagligt team i akutafdelingen gennemførte en omfattende risikovurdering i samarbejde med en gruppe arbejdsmiljøkonsulenter. Efter at man havde kortlagt adskillige alvorlige risici, blev følgende tiltag iværksat:

- træningsprogrammet "ikke-voldelig krisehåndtering"



Fremme af mental sundhed i sundhedssektoren

- øget brug af vagter
- information i afdelingen om politik i forbindelse med voldelig adfærd
- indførelse af personlige alarmer og panikalarmer
- tættere samarbejde med politiet. En forbindelsesofficer blev udpeget til at arbejde tæt sammen med hospitalspersonalet
- tre vellykkede retssager mod lovovertrædere ved domstolene
- fokus på ergonomi i afdelingen med henblik på forebyggelse og sikre arbejdsprocedurer.

4. Yderligere oplysninger

Websteder:

Det Europæiske Arbejdsmiljøagentur:

<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

Det Europæiske Institut til Forbedring af Leve- og Arbejdsvilkårene:

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

Europa-Kommissionen:

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

Det Europæiske Netværk til Fremme af Sundhed på Arbejdspladsen:

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

ProMenPol:

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

Verdenssundhedsorganisationen (WHO):

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

Den Internationale Arbejdsorganisation (ILO):

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

Arbejdstilsynet (HSE, Det Forenede Kongerige):

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

Det Nationale Institut for Forskning og Sikkerhed (INRS, Frankrig):

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

Projekter:

Det Europæiske Netværk til Fremme af Sundhed på Arbejdspladsen (ENWHP): Projekt Trin II "Mental sundhed på arbejdspladsen":

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

Det Europæiske Projekt til Sikring af Mental Sundhed:

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



Fremme af mental sundhed i sundhedssektoren

5. Referencer

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:



Fremme af mental sundhed i sundhedssektoren

[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



Fremme af mental sundhed i sundhedssektoren

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/