
Vodítka

psychosociální podpora
pro pracovníky
uniformovaných složek

Vodítka

psychosociální podpora
pro pracovníky
uniformovaných složek

ISBN 978-90-78273-13-4 / NUR 740

impact



Zúčastněné organizace



Skupina Impact je nizozemským centrem pro získávání vědomostí a pro poradenskou činnost v rámci následné psychosociální péče po katastrofických událostech. Cílem skupiny Impact je podpora vysoce kvalitní a dostatečně organizované psychosociální péče po katastrofických událostech. Úkoly skupiny Impact zahrnují kombinování zkušeností a vědeckých poznatků, aplikaci těchto znalostí do srozumitelné podoby, jejich zpřístupnění pro různé cílové skupiny a podporu spolupráce mezi všemi zúčastněnými stranami. Aktivity skupiny Impact zahrnují také zvyšování připravenosti na katastrofické události a pevné napojení psychosociální péče na program krizového řízení. Skupina Impact je partnerem společnosti ARQ, což je expertní skupina zabývající se psycho-traumatickými stavy.

Impact

Nizozemské centrum pro získávání vědomostí a pro poradenskou činnost v rámci následné psychosociální péče po katastrofických událostech.

Nienoord 5
1112 XE Diemen
Nizozemí
T +31 (0)20 660 1901

www.impact.arq.org
info@impact.arq.org



Preamble

psychosociální podpora
pro pracovníky
uniformovaných složek
Evropské směrnice



Colofon

Tato preambule je spolufinancována Evropskou komisí - GŘ Životní prostředí, č. grantové smlouvy: 070401/2009/540414/SUB/A4 - EUTOPA-IP

Autorská spolupráce

Impact, Holandské centrum pro získávání vědomostí a pro poradenskou činnost v rámci následné psychosociální péče po katastrofických událostech.

Autor

Nils Burger, *MSc, analytik výzkumu a vývoje, Impact*

Závěrečné úpravy

Hans te Brake, *PhD, vyšší analytik výzkumu a vývoje, Impact; česká obsahová korektura: PhDr. Štěpán Vymětal, OBP MV ČR*
Magda Rooze, *MA/MBA, seniorní poradce a expert pro záležitosti EU, Impact/Arq*

Design

Burobraak, Amsterdam

Tisk

Wheel Printing, Katwijk

Datum vydání

Leden 2012

© 2012 IMPACT, PARTNER IN ARQ

Použití obsahu těchto Vodítek za účelem vysvětlení nebo podpory v člancích, knihách a diplomních pracích je povoleno, a to pod podmínkou jasného uvedení zdroje.

Tato publikace si můžete objednat u Impact, Holandské centrum pro získávání vědomostí a pro poradenskou činnost v rámci následné psychosociální péče po katastrofických událostech.

Nienoord 5
1112 XE Diemen
Nizozemí
+31 20 660 1901.
E-mail: info@impact.arq.org.

Toto shrnutí, stejně jako kompletní verze těchto Vodítek v holandském jazyce, si můžete stáhnout ve formátu PDF na webových stránkách společnosti Impact: www.impact.arq.org

Úvod

Řada profesí s sebou přináší zvýšené riziko potencionálně traumatizujících událostí.¹ Často je v tomto ohledu zmiňován vojenský personál, ale například i policisté, hasiči nebo zdravotničtí záchranáři se s tímto zvýšeným rizikem událostí náhlého, neočekávaného a násilného charakteru dostávají do styku. Zlepšení psychosociální podpory u těchto uniformovaných zaměstnanců má zajistit soubor pokynů (vodítek), který byl vytvořen v Nizozemsku (viz příložený dokument). Cílem této preambule, kterou máte před sebou, je aplikace těchto pokynů pro Psychosociální podporu pro uniformované zaměstnance do evropského kontextu (dále jen Směrnice/Vodítka/Pokyny).

Význam těchto evropských směrnic

Nizozemská vláda, různé uniformované složky² (USO) a zdravotnický personál v odděleních zaměřených na mentální zdraví pociťují nutnost jasné normy, která bude určovat pravidla pro psychosociální podporu při traumatických událostech. Proto byly na základě materiálů z konkrétní praxe vyvinuty multidisciplinární pokyny pro psychosociální podporu určenou pro uniformované zaměstnance³. Tyto pokyny popisují způsob, jakým mohou organizace s lidmi v uniformách nabízet optimální psychosociální podporu pro své zaměstnance, a to se zaměřením na kolegiální podporu (tzv. peer support).

A proč právě “evropské” směrnice? Nejprve je třeba říci, že některá vodítka pro psychosociální péči o uniformované zaměstnance již existují⁴. Navíc, doposud neexistoval žádný systematický přehled doporučení pro efektivní využití kolegiální podpory, který by byl založen na konkrétních zkušenostech. Současně jsme svědky mezinárodní snahy o získávání většího objemu použitelných informací (založených na konkrétních zkušenostech z praxe).

Účel a struktura preambule

Tyto pokyny, které byly vypracovány v Holandsku, se alespoň zčásti týkají právě holandského kontextu. Tato preambule zavádí mezinárodní konsensus a diskusi o vodítkách souvisejících s psychosociální podporou pro uniformované složky. Zvláštní pozornost je věnována kolegiální podpoře, která je uplatňována krátce po potencionálně traumatizující události. Doufáme, že tyto vodítka budou mít svůj význam v podobě sjednocujícího plánu pro země, které chtějí samy rozvíjet své (další) směrnice, které vyhovují jejich specifickému národnímu kontextu. Tato preambule je rovněž jakýmsi počátečním bodem širšího vývoje směřujícího k obecně uznávaným Evropským směrnicím.

¹ Impact/Trimbos, 2007; Impact, 2008

² Tato problematika se týká zejména nizozemské policie, hasičů, záchranné služby, vojska a záchranářů.

³ Impact, 2010

⁴ Máme k dispozici dvě (určitým způsobem) srovnatelné směrnice, které zde byly vytvořeny. Jedna z nich pochází z Australského centra pro posttraumatickou péči o duševní zdraví (tato instituce vypracovala za použití tzv. metody Delphi pokyny pro některé otázky týkající se kolegiální podpory). Druhá směrnice pochází ze Spojeného království, jedná se o vodítka označená názvem NICE (anglická zkratka pro Národní institut pro zdravotní a klinickou dokonalost).

Po vysvětlení hlavního principu syntézy uvádíme základní témata, u kterých panuje vzájemná shoda, ale také taková témata, u nichž je soustředěná živá diskuse. Nakonec bude předložena určitá řada obecných závěrů. Chtěli bychom zde výslovně uvést tu skutečnost, že v zájmu co nejlepšího pochopení této preambule je rovněž zapotřebí si řádně přečíst souhrn hlavních zásad.

Evropský pohled na tato vodítka

Metoda

Základy obecných zásad: fakta, zkušenosti a konsensus

Tento holandský soubor pokynů je založen na:

- 1 důkazech: vědecký výzkum (literatura)
- 2 zkušenostech: znalosti založené na vlastní praxi a související s účelovými pracovními skupinami, společně se znalostmi založenými na praxi u 33 členů poradního orgánu
- 3 konsensu: spojením všech zúčastněných stran v různých poradních orgánech bylo dosaženo shody v klíčových tématech

Podrobnější diskusi o metodice naleznete v podrobném shrnutí.

Jaký další výzkum byl proveden v rámci této preambule?

Abychom pochopili význam této podpory v evropském kontextu, byly použity tři různé metody: mezinárodní konference, dotazník distribuovaný mezi odborníky a odborná literatura. Za prvé; konference v Amsterdamu, která se konala v září roku 2010, se zúčastnilo dvacet pět odborníků z deseti různých zemí. Účastníci se společně vyjádřili k těmto obecným zásadám a diskutovali o tom, jak by tyto zásady mohly být aplikovány v jejich konkrétních národních podmínkách. Za druhé; odborníci, kteří se této konferenci nemohli zúčastnit, poskytli svou zpětnou vazbu prostřednictvím dotazníku.⁵ Možnost poskytnout zpětnou vazbu k tomuto návrhu preambule byla poskytnuta i těm odborníkům, kteří se konference účastnili. Za třetí; aby bylo možno posoudit důkazní materiál těchto pokynů, byl vytvořen rozsáhlý přehled příslušné literatury. Byly prozkoumány tři databáze⁷, hledaná slova se objevila v názvu nebo abstraktu ve více než 3 600 publikacích.⁸ Dva nezávislí recenzenti si prostudovali tyto abstrakty a určili význam těchto publikací pro vývoj příslušných pokynů.⁹ Pokud se tyto recenzenti v některých případech neshodli na daném významu, byl povolán třetí recenzent. Tato metoda byla základem pro výběr 199 publikací. Těchto 199 publikací pak bylo rozděleno na jednotlivé kategorie podle probíraných témat.¹⁰

⁵ Konzultace se týkaly osmnácti odborníků (všech odborníků, kteří nemohli být přítomni na konferenci, a pak několik odborníků, kteří se této konferenci zúčastnili). Sedmáct odborníků poskytlo své příspěvky ve formě odpovědí na otázky a odůvodnění svých odpovědí pomocí písemných připomínek.

⁶ Níže uvedené osoby se zúčastnily konference nebo odpověděly na otázky v dotazníku. V prosinci roku 2011 byli tyto odborníci požádáni o poskytnutí zpětné vazby k této preambuli. Všichni odborníci, kteří tuto svou zpětnou vazbu poskytli, věří, že tato preambule přináší solidní přehled mezinárodního konsensu a diskuse o pokynech pro psychosociální podporu určenou pro uniformované zaměstnance.

⁷ PubMed, PsycINFO and Embase.

⁸ Použití vyhledávacích termínů souvisejících s uniformovanými servisními pracovníky, expozice vůči potenciaálně nebezpečným situacím, zásahy a příslušné akce, výsledná opatření týkající se fungování a zdravotních postižení a kombinace těchto bodů. Výzkum byl zaměřen na publikace z období od ledna 1995 do května 2010.

⁹ Kritéria pro zařazení: 1) systém/postup: alespoň jedna aktivita týkající se prevence, detekce (expozice, výskyt a symptomy), zmírnění či zlepšení, 2) výsledky: alespoň jeden prokázaný účinek na zdravotní stav související s (potenciální) expozicí, 3) (vlastní) studie zaměřená na účinnost, 4) kontext: uniformovaní servisní pracovníci.

¹⁰ Upozorňujeme, že příslušná publikace může obsahovat více různých témat. Jedna publikace obsahuje průměrný počet 1,2 témat.

Většina těchto publikací se zabývá příčinami psychologických traumat (29 %), příznaky psychologických traumat (20 %) a výskytem psychologických traumat (20 %). Méně než polovina článků se zabývá různými kroky, které mohou být přijaty k zabránění nebo k léčbě příznaků psychologických traumat. Prevence, léčebné metody (například desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů/EMDR) a role příslušných rozborů jsou nejčastěji studovanými oblastmi. Pouze pět publikací se výslovně zabývá otázkou kolegiální podpory. Kolegiální podpora je zde tedy skutečně opomíjenou částí. Navíc je třeba zmínit také tu skutečnost, že příslušná literatura je dominantně zaměřena na vojenský personál (53 %). Ihned po tomto vojenském personálu je další nejvíce studovanou složkou policie (13 %), za ní následují záchranáři¹¹ (11 %), zdravotnická záchraná služba / posádky sanitních vozů (10 %) a hasiči (6 %).

Základní témata

Tato část poukazuje na shodu a diskusi týkající se uplatňování tohoto holandského modelu pokynů v mezinárodním kontextu, a to na základě literatury, konference a dotazníku. Mrazek a Haggerty¹² rozlišují tři fáze psychosociální podpory po šokující události (příprava, kolegiální podpora a monitorování, doporučení k odborné péči), které tvoří tři hlavní oblasti pomoci.

Příprava: výběr a povinnosti zaměstnavatele

Výběr zaměstnanců jako způsob prevence proti psychosociálním traumatům

Pokud bereme přípravu jako náš výchozí bod, potom tedy konference, literatura a rady odborníků pomohly upozornit na problémy, které jsou obzvláště zajímavé v mezinárodním kontextu. Jedním z těchto problémů je proces výběru zaměstnanců. Odborníci soudí, že je možné do jisté míry snížit psychosociální rizika potencionálně šokujících událostí tím, že budou zaměstnávání uniformovaní pracovníci s poměrně vysokým stupněm odolnosti, tedy pracovníci, kteří dobře zvládají stresové situace.¹³ Pravidelně jsou zmiňovány také ty osoby, které pracují v profesích, ve kterých dochází k hromadění potencionálně šokujících událostí, tyto osoby jsou k traumatizaci vnímavější.² Bohužel neexistují žádné dostatečně přesné nástroje pro doporučení vyšetření „psychologické zranitelnosti“.³ Literatura všeobecně dokazuje, že je skutečně velmi obtížné přesně předpovědět, u koho se po potencionálně šokující události rozvine psychosociální trauma a u koho nikoliv. Jak již bylo řečeno, určité možnosti mohou spočívat v prevenci před psychosociálními traumaty prostřednictvím informačních školení a předběžného nácviku reakcí na tyto stresové situace.¹⁶

Příprava a povinnosti zaměstnavatele

Další stránkou této problematiky je kompetence zaměstnavatele, a to jak při přípravě uniformovaných pracovníků pro zvládnání potencionálně traumatických událostí, tak při podpoře těchto pracovníků v době, kdy k této traumatické události již došlo. Existuje všeobecná shoda, a hovoří o tom také tyto pokyny, že zaměstnavatelé jsou povinni na tyto potencionálně šokující události své zaměstnance řádně připravit. Zaměstnavatelé mohou například poskytovat různé psychologické informace¹⁷,

¹¹ Zdravotnická záchraná služba, hasiči a policie

¹² Mrazek & Haggerty, 1994

¹³ Všimněte si, že pouze 12,5 % odborníků se domnívalo, že toto snížení psychosociálních rizik po šokující události je možné pouze na základě provedení určitého výběru.

¹⁴ Paton, 2005

¹⁵ Rona et al., 2006; Jones et al., 2003; Wesseley, 2005; Heslegrave and Colvin 1998.

¹⁶ Sharpley et al., 2008; Deahl et al., 2000.

přijímat opatření pro stav zvýšené bdělosti (posuzovat normálnost reakcí, důvody k obavám) a podporovat adekvátní přístup při hledání pomoci.

Konsensus existuje také u tvrzení, že zaměstnavatelé jsou za psychosociální péči o své zaměstnance všeobecně odpovědní.¹⁸ V některých zemích je odpovědnost organizace do jisté míry určena přímo zákonem. Psychosociální péči věnují svou pozornost i Evropské pracovní zákony. Nicméně, tento právní základ se případ od případu liší a obecně se nezdá být dostatečným, aby tuto odpovídající psychosociální péči skutečně zaručil. Někteří odborníci navíc také zdůrazňují, že psychosociální péče je rovněž morální odpovědností těchto organizací. Celkově vzato, drtivá většina respondentů v tomto dotazníku - 88,2 % - (zcela) souhlasí s tvrzením, že ve službách uniformovaných pracovníků by měla být začleněna formální kolegiální podpora a že tento krok přímo souvisí se zodpovědností zaměstnavatelů.¹⁹

Třetím argumentem, kromě právního a morálního aspektu, je to, že pokud je kladen důraz na prevenci a psychosociální podporu, může zaměstnavatel dosáhnout také lepší efektivity z hlediska svých nákladů. Výzkum nákladů u zaměstnanců, kteří již nemohou dále vykonávat tuto práci z důvodu traumatické události, je velmi limitovaný.²⁰ Podle toho, jaké výsledky výzkumu jsou k dispozici a jaké jsou předpovědi odborníků, může být otázka nákladů velmi významná, a to od výdajů na zdravotní péči až k výdajům za nižší pracovní produktivitu a k výdajům za delší čas, který musejí manažeři investovat do jednání o nejrůznějších problémech souvisejících s poklesem výkonnosti těchto zaměstnanců. Nemluvě o nákladech na osoby, které zažily traumatické události (finanční náklady, ale také cena z hlediska kvality života). Mnozí odborníci se domnívají, že zaměstnavatelé neberou toto finanční riziko psychických traumat dostatečně vážně, a to navzdory tomu, že k tomuto tématu bylo přijato dostatečné množství účinných iniciativ.²¹

Kombinace právní a morální odpovědnosti a ekonomické argumenty zatím nestačí k patřičné ochraně zaměstnanců. Doufáme, že tyto Pokyny budou fungovat jako další podnět ke zlepšení této situace, a to jejich empirickým základům a praktické použitelnosti.

Organizovaná kolegiální podpora

Kolegiální podpora ve vztahu k jiným formám podpory a k organizačním nástrojům

Společná podpora je zásadním faktorem pro posílení odolnosti uniformovaných pracovníků.²² Tyto pokyny se zaměřují na způsoby a formy, jakými si mohou tyto podmínky vytvářet sami tyto uniformovaní pracovníci. Takový případ „organizované podpory“ může být základem pro podporu kolegům, kteří zažili traumatickou událost.

Tito odborníci na konferenci v Amsterdamu se v souladu se stávajícím výzkumem a v souladu s těmito pokyny shodují na tom, že tato kolegiální podpora je velmi důležitá při rozpoznávání psychosociálních problémů a při možné podpoře odolnosti pracovníků. Významu a vlivu této kolegiální

¹⁷ Psychologické informace jsou zaměřeny na zvyšování praktické samostatnosti uniformovaných pracovníků prostřednictvím využití příslušných zkušeností.

¹⁸ Komise odborníků se jednomyslně shodla na tom, že zaměstnavatel je do určité míry za tuto psychosociální péči odpovědný.

¹⁹ Toto je tvrzení, se kterým souhlasili skutečně všichni respondenti.

²⁰ Jednou výraznou výjimkou je Haagsma et al., 2011.

²¹ EUTOPA-IP konference v Amsterdamu, 2010.

²² CREST, 2003; Impact/Trimbos, 2007; Forbes et al., 2007.

podpory byl z hlediska empirických základů věnován zatím jen malý a krátký výzkum. Systematický přehled literatury upozorňuje na tuto skutečnost velmi důrazně: pouze pět článků (z 3 600) se explicitně zabývá touto kolegiální podporou

Jedním ze způsobů, jakým se tato stávající literatura ukazuje jako velmi cenný zdroj, je to, že upozorňuje na několik zajímavých výhod / silných stránek této kolegiální podpory (ve srovnání s odbornou péčí). Uniformovaní pracovníci mají tendenci vytvářet uzavřené skupiny, v nichž může hledání odborné psychologické pomoci znamenat slabost, zbabělost a neschopnost efektivně vykonávat svou práci. Odborníci na duševní zdraví jsou na druhé straně nazíráni jako určitý prvek vně skupiny, který nechápe kulturu uniformovaných složek.²³ Kolegiální podpora v rámci uniformovaných složek nabízí v tomto komplikovaném systému snadno dostupnou pomoc, bez nichž by někteří uniformovaní pracovníci sotva mohli vyřešit některé symptomy, které se pro ně staly příliš složitými. Ba co víc, kolegiální podpora přitom mohla mít na tyto rozvíjející se traumatické příznaky preventivní účinek.²⁴ Pánové Levenson a Dwyer uvádějí: „Kolegiální podpora v krizi usnadňuje proces psychologického uzavření a smutku a umožňuje pracovníkům záchranné služby lépe se vyrovnávat se stresovými situacemi, což je základem pro to, aby mohli i nadále po této negativní zkušenosti efektivně a s uspokojením vykonávat svou práci.“²⁵

Kromě této kolegiální podpory existují i jiné sociální vazby, které hrají svou roli v procesu pomoci. Některé studie se zaměřily na to, kdo je vlastně nejdůležitější osobou v okolí někoho, kdo právě prožil šokující událost. De Soir²⁶ zjistil, že ihned po incidentu je to kolega z práce, pak rodina a pak šéf.²⁷ Po několika týdnech se touto nejdůležitější osobou stává šéf, pak rodina a na třetím místě kolega z práce. Dalším příkladem je výzkum prováděný s vojáky, kteří odcházejí na misi. Nález ukazuje, že vojenský personál s vlastním prostředím, které je relativně stabilní, je k těmto psychickým traumatům daleko méně náchylný.

Jednou z věcí, která zde vyvstává na povrch, je ta skutečnost, že pro uniformované pracovníky, kteří právě zažili potencionálně traumatickou událost, jsou důležití jejich vlastní vrstevníci, ale také ostatní osoby. Odborníci, kteří byli dotazováni prostřednictvím tohoto dotazníku, a také členové amsterodamské konference spolu nemohli být nadále ve vzájemné shodě: téměř všichni odborníci se domnívají, že kromě kolegů a nadřízených pracovníků jsou důležití také rodinní příslušníci a sociální pracovníci.

Obzvláště zajímavou kategorií je v tomto ohledu náboženství. Odborníci se shodují zcela jednomyslně, že náboženství a duchovní potřeby v této psychosociální podpoře podstatnou roli.²⁸ Německo je možná tím nejjasnějším příkladem, kde je tato praxe odpovídajícím způsobem prováděná: Německou psychosociální podporu poskytují duchovní. Duchovní, kteří řeší nouzové situace, doprovázejí rovněž skupiny uniformovaných pracovníků při zahraničních misích. Systém kolegiální podpory, který je popsán v těchto pokynech, byl zaveden teprve nedávno.

²³ Dowling et al., 2005; Levenson and Dwyer, 2003.

²⁴ Ryan and MacLochlainn, 1995; Dowling et al., 2005; Levenson and Dwyer, 2003.

²⁵ Levenson and Dwyer, 2003.

²⁶ PM rok vydání

²⁷ Osobám, které prožily v poslední době (během posledního týdne) nějakou potencionálně traumatickou událost, byla (prostřednictvím dotazníku) položena otázka, kdo byl pro ně onou nejdůležitější osobou, která jim poskytla svou podporu. Tatáž otázka byla položena o tři měsíce později.

²⁸ 100 % respondentů odpovědělo, že souhlasí s tím, že náboženství sehrává v poskytování psychosociální podpory svou podstatnou roli.

Pokud ještě více rozšíříme náš pohled a podíváme se i dále za hranice přímé mezilidské podpory, můžeme se v literatuře dočíst také o dalších proměnných, které mohou mít vliv na psychosociální pohodu uniformovaných pracovníků, kteří právě prožili nějakou potencionálně traumatizující událost. Některé z těchto proměnných:

- Organizační kultura / struktury přesvědčení u skupin zaměstnanců: odborníci a články z literatury uvádějí velké rozdíly v přijímání kolegiální podpory u uniformovaných pracovníků a ve způsobech přijímání té skutečnosti, že tyto zážitky mohou mít psychosociálně traumatické účinky.²⁹ Jedná se o rozdíly mezi jednotlivými organizacemi, například mezi hasiči a armádou, a rozdíly mezi jednotlivými zeměmi.
- Skupinová soudržnost a důvěra mezi kolegy:³⁰ toto téma se zabývá například následujícími otázkami: Cítíte se mezi svými přímými kolegy bezpečně, a to jak fyzicky, tak i psychicky? Můžete se o tyto své přímé kolegy s důvěrou opřít a dokážete od nich také přijímat jejich podporu?
- Vedení a role manažera: literatura věnuje patřičnou všeobecnou pozornost formám vedení / managementu (například hierarchickému vedení v porovnání s posilujícím typem vedení / koučováním). Tato literatura se zabývá také tím, jak se vedoucí pracovníci chovají v případech potencionálně traumatizující události.³¹

Tyto proměnné mohou být nahlíženy jako krok zpět od konkrétních potencionálně traumatizujících událostí a jako pohled na to, jaký mají tyto organizační proměnné - často popisované z hlediska pracovního stresu - vliv na vývoj psychosociálních traumatických stavů.

Tato oblast rovněž není výzkumem příliš dotčena, bohužel. Neexistuje proto zatím ani žádný solidní důkaz o rozsahu, v jehož rámci jsou tyto proměnné / nástroje účinné při snižování stresových symptomů u traumatizujících zážitků. Doposud je pravděpodobně nejvíce prostudována oblast skupinové soudržnosti. Tyto nástroje / proměnné bude třeba v budoucnu daleko více vyšetřit a prostudovat. Výzkum by se mohl například věnovat míře vlivu, který tyto nástroje mají, a také formám, pomocí nichž mohou být tyto nástroje realizovány

Rozsah kolegiální podpory

Úkoly související s kolegiální podporou jsou velmi důležité, jak je ostatně uvedeno i v těchto pokynech. Odborníci se domnívají, že tyto úkoly by měly být prováděny stoupenci kolegiální podpory i jednotlivými účastníky, a to v každé zemi. Úkoly, které by měly být prováděny:

- 1 poskytování praktické pomoci;
- 2 stimulace procesu obnovy zdraví;
- 3 včasná identifikace možných (psychosociálních) problémů a včasná organizace odborné pomoci;
- 4 monitorování léčebného procesu;
- 5 aktivace sociální sítě;
- 6 pozornost věnovaná (negativním) reakcím z okolního prostředí.

Je třeba zmínit také tu skutečnost, že současná situace v různých členských státech není (nebo je jen částečně) v souladu s uvedenými úkoly: tato kolegiální podpora neexistuje ve všech jednotlivých státech EU, alespoň ne ve všech uniformovaných složkách. Za druhé je třeba zmínit také tu skutečnost, že pokud jde o vymezení úkolů, tyto pokyny výslovně nezahrnují terapeutické úkoly. Ter-

²⁹ Dowling et al., 2005; Levenson and Dwyer, 2003.

³⁰ Svensson & Fridlund, 2008; Brailey, 2007.

³¹ Castro, 2009

apie je něčím, co by mělo být prováděno pouze profesionálním terapeutem, jak tvrdí obecné zásady. Pokud svěříte terapii traumatu do rukou uniformovaných pracovníků (včetně lehké formy terapie), může se stát, že takto neodborně provedená terapie bude mít za následek zhoršení traumatického stavu kolegy či kolegyně v práci. Uniformovaní pracovníci nedisponují dostatečnou kvalifikací a dostatečnými zkušenostmi k provádění terapeutické léčby.

Praxe v několika zemích je taková, že terapeutická léčba funguje jako jakási součást této kolegiální podpory. Tento systém můžeme vidět například v Dánsku, ale také v Kanadě. Program nazvaný Kanadská sociální podpora pro osoby, které se zotavují ze stresového prožitku utrpeného v práci (OSISS), poskytuje důvěrnou kolegiální podporu a sociální pomoc veteránům a jejich rodinám, tedy těmto osobám, u kterých se objevily stresové stavy jako následek po traumatických zážitcích v době výkonu vojenské služby. Existuje rovněž podstatné procento odborníků, kteří se domnívají, že tato terapeutická složka je skutečně žádoucí.³² To však neznamená, že si tyto odborníci myslí, že tato kolegiální podpora je formou péče o duševní zdraví: většina respondentů tohoto dotazníku (zcela) souhlasí s tvrzením, že kvůli určitým obavám z předávkování léky by tato kolegiální podpora rozhodně neměla být chápána jako forma péče o duševní zdraví. Kromě toho si celých 81 % respondentů vůbec nemyslí, že poskytovatelé této kolegiální podpory mohou být schopni vykonávat úkoly, které patří spíše do oblasti skutečných odborníků na duševní zdraví.

Pokud nahlédneme do literatury, zjistíme, že zde probíhá jistá implicitní forma diskuse týkající se využití lékařské péče v průběhu kolegiální podpory. Někteří autoři popisují úkoly kolegiální podpory v téměř stejném duchu jako tyto pokyny.³³ Publikace Dowling et al. zkoumala například úkoly poskytovatelů kolegiální podpory u Policie v New Yorku. Tato publikace uvádí následující tvrzení: „Jejich role [tedy role poskytovatelů kolegiální podpory] spočívá ve sledování, podpoře a v zajištění jakéhosi mostu směrem k odborné pomoci.“³⁴ Existují však také takoví vědci, kteří nahlízejí na systém kolegiální podpory jako na součást nebo lehkou formu odborné péče o duševní zdraví. Například Linton popisuje „použití týmu složeného z profesionálů v oblasti péče o duševní zdraví a zároveň také personálu, který provádí tuto kolegiální podporu“, a to při aplikaci techniky řízení kritického stresu / Critical Incident Stress Management (CISM).³⁶

Účinky různých forem kolegiální podpory však ještě nebyly dostatečně prozkoumány, proto nelze jednoznačně říci, zda má terapie poskytovaná systémem kolegiální podpory negativní nebo pozitivní účinky.³⁷ Výsledky průzkumu i odborníci však docházejí k jistému konsensu, když společně tvrdí, že všechny úkoly v systému kolegiální podpory uvedené v pokynech mají svou důležitou roli. Kvůli tomuto omezenému rozsahu by se však dalo říci, že se zde jedná o jakýsi „fiktivní důkaz“ kolegiální podpory, na jehož základě mohou někteří odborníci doporučovat využití těchto postupů.

³² 40% respondentů se domnívalo, že kolegiální podpora může být něco víc, než jen detekce, vyhledání problematických jedinců, rada a dlouhodobý monitoring.

³³ Hattigh, 2002; Dowling et al., 2005;

³⁴ Dowling et al., 2005: 870.

³⁵ Linton, 1995; Ryan K, MacLochlainn, 1995.

³⁶ Linton, 1995.

³⁷ Literatura často explicitně nerozlišuje mezi terapeutickým a ne-terapeutickým využitím kolegiální podpory.

³⁸ Hattigh, 2002.

Potřebné znalosti a zkušenosti pro poskytování kolegiální podpory

Kdo by vlastně měl být poskytovatelem kolegiální podpory? Odpovědi na tuto otázku se v jednotlivých zemích značně liší. Opět i zde platí, že tyto pokyny jsou jakýmsi společným základem, na který jsou v příslušných zemích připojovány další potřebné kompetence a požadavky. Literatura³⁸ a také odborníci na konferenci v Amsterdamu považovali za podstatná následující kritéria, tedy kritéria pro osoby, které se chtějí stát poskytovateli kolegiální podpory:

- akceptování druhými, úcta a důvěra u kolegů
- robustní, energická osobnost
- schopnost naslouchat, empatie a silné všeobecné interpersonální dovednosti

Jak již bylo řečeno, mezi jednotlivými zeměmi existují určité rozdíly. Důležitým bodem je výběr poskytovatelů kolegiální podpory, kteří sami zažili traumatizující zkušenost (metoda tzv. „zraněného léčitele“). Kanadští poskytovatelé kolegiální podpory musejí mít za sebou vlastní zkušenost s post-traumatickým reagováním či nemocí, které přímo souvisí s jejich pracovním nasazením. Jedná se např. o deprese, závislosti nebo úzkostné stavy. Tito kolegové by si měli při pomoci druhým dobře počínat, neboť sami znají příslušné příznaky. Prožít nemoc na vlastní kůži by pro tohoto poskytovatele kolegiální podpory mělo být základem pro lepší pochopení svých kolegů, což vede ke kvalitnější pomoci. Jiné země, jako například Německo a Dánsko, tento přístup nevyužívají. Jeden z důvodů jejich odmítavého stanoviska je ten, že tyto poskytovatelé podpory byli stále ještě pod vlivem svých vlastních traumatických zážitků, což přinášelo určité komplikace. Určité informace, které na tento stav upozorňovaly, byly zjištěny během jejich konverzace. Druhý důvod, který vede tyto země k rozhodnutí nepoužívat tuto metodu zraněného léčitele, může být ten, že u těchto poskytovatelů kolegiální podpory se jednoduše neočekává příliš osobní zapojení (během terapeutického procesu).

Určitá forma výcviku je v souladu s těmito pokyny vždy pro tyto poskytovatele kolegiální podpory zajištěna. Obsah těchto výcvikových lekcí se však případ od případu liší. Poskytovatelé kolegiální podpory v Belgii a ve Francii, kteří operují v oblasti hasičských sborů, mají k dispozici osm dní přípravy a čtyři pobytové kurzy v trvání tří dnů.³⁹ Jiná situace je v Nizozemí, kde jsou u tamní policie běžné dva dny školení a k tomu ještě jeden následný tréninkový den ročně. Dalším příkladem je německá spolková země Severní Porýní-Westfálsko, kde mají profesionální hasiči k dispozici dva dny základního výcviku a k tomu ještě osm a půl dne školení, které je zaměřeno na psychosociální podporu.

Celkem 75,1 % respondentů (zcela) souhlasí s výběrem, školením, vzděláváním a rolí této organizace, která je také popsána v těchto pokynech.⁴⁰ Tito respondenti pocítují, že se jedná o dobře prozkoumaná doporučení. Tyto návrhy jsou vytvářeny s ohledem na vyšetřování předchozích traumatických stavů a také s ohledem na přiměřená školení pro jednotlivce, která jsou zaměřená na situace, které tyto jednotlivci mohou očekávat v „terénu“.

³⁸ Castro, 2009

³⁹ Poněkud podobná délka odborné přípravy je poskytována v Kanadě (dva týdny), Dánsku (dva týdny) a Lucembursku (pět víkendů).

⁴⁰ 18,8 % respondentů vyjádřilo s tímto přístupem svůj (naprostý) nesouhlas. Bohužel nemáme k dispozici žádné motivační prostředky.

Využití odborné péče*Doporučení k odborné péči*

Poskytovatelé kolegiální podpory, společně s vedením, přímými spolupracovníky a s rodinou / přáteli, mají důležitou roli při včasné rozpoznávání a provádění opatření u kolegů, kteří vykazují jasné známky narušení úzdravného procesu. Tyto pokyny mají v této oblasti plnou podporu odborníků i literatury. Problematika doporučování se dotýká zároveň rozsahu kolegiální podpory. Tyto pokyny navrhují přísné oddělování mezi podporou (poskytovanou mimo jiné také ze strany kolegů v práci) a léčbou (zajišťovanou prostřednictvím odborné zdravotní péče). Toto oddělování je v Holandsku samozřejmostí, ale ne vždy je tomu tak i v jiných zemích. Například policisté v Belgii a ve Francii jsou poté, kdy prožijí potencionálně traumatickou událost, pozváni k poradě s psychologem. Profesionální péče je tedy poskytována bezprostředně po incidentu, a to společně s touto kolegiální podporou.

Tyto rozdíly mezi jednotlivými zeměmi se projevují také v odpovědích v dotazníku. Většina respondentů - 68,8 % - (zcela) souhlasí s tím, že počáteční podpora by měla zahrnovat také pomoc ze strany kolegiální podpory. Řada odborníků zároveň přispívá svými komentáři o tom, že je také potřeba zajistit přímé zapojení profesionálních poskytovatelů z oblastí péče o duševní zdraví, a to v závislosti na povaze události (nehody), dostupných zdrojích a na rozhodnutí daných jednotlivci, zda vůbec chtějí či nechtějí během své terapie využít tento systém kolegiální podpory. Někteří odborníci naznačují, že mezi systémem kolegiální podpory a odbornou péčí o duševní zdraví by mělo být uplatňováno méně přísné rozlišování. Například, v mnoha případech se provádí zákrok vedený poskytovatelem kolegiální podpory pod dohledem profesionálního odborníka z oblasti péče o duševní zdraví.

Závěry

Konsensus: odolnost, organizační odpovědnost a základní úkoly pro kolegiální podporu

Výchozím bodem těchto pokynů je zajištění schopnosti jednotlivých uniformovaných pracovníků postarat se o své vlastní uzdravení. Zaměření se na vlastní odolnost osob je prvním bodem na cestě ke shodě. Pokud se dostaneme do jakékoli traumatizující situace, není vůbec jisté, že tuto negativní zkušenost dokážeme absolvovat bez jakýchkoli následků. Každý člověk má svou „přirozenou“ odolnost, která mu společně s pomocí sociálního prostředí umožňuje tyto situace zvládat. Většina lidí je schopna zvládat tyto zátěžové situace i bez odborné profesionální pomoci. Navíc bylo také zjištěno, že stigmatizace v podobě negativní zkušenosti u nemocných osob může narušovat proces uzdravování. Tato stigmatizace může u těchto osob navodit pocit, že se staly oběťmi, což vede k pasivnímu chování.

Pokud považujeme míru odolnosti jednotlivých uniformovaných zaměstnanců za základ pro vývoj těchto pokynů, vůbec to neznamená, že zaměstnavatel nemá v tomto ohledu žádné povinnosti. Jak jsme již uvedli, zaměstnavatel je vázán určitými právními, finančními a podle názorů některých lidí také morálními důvody k tomu, aby svým uniformovaným zaměstnancům zajistil patřičnou psychosociální péči. Drtivá většina konzultovaných odborníků se shoduje v tom názoru, že za tuto psychosociální péči je do určité míry odpovědná samotná organizace (zaměstnavatel). Zaměstnavatelé si

však stále ještě plně neuvědomují (finanční) rizika a odpovědnosti související s těmito psychickými traumaty.

Za třetí, existuje určitá shoda týkající se úkolů připisovaných v těchto pokynech poskytovatelům kolegiální pomoci. Systém kolegiální podpory by měl vždy směřovat k (praktické) pomoci, stimulaci k obnově zdraví a k případnému doporučení k odborné péči. Odborníci se shodují na tom, že tyto ne-medicínské úkoly zajišťované ze strany kolegiální podpory jsou základem pro jakékoli další definování postupu kolegiálních poradců.

Diskuse: rozsah kolegiální podpory, další organizační zásahy a načasování odborné péče

Pokud se jedná o otázku, zda je tato kolegiální podpora cenným nástrojem pro prevenci před psychosociálními traumaty, neexistuje zde žádná diskuse. Literatura i odborníci se v tomto ohledu plně shodují. Kromě této kolegiální podpory však existují i jiné nástroje, které mohou být při léčbě psychosociálních traumatických stavů využívány. Ovlivňující struktury víry/kultury v organizacích, míra důvěry mezi přímými spolupracovníky a střídání úkolů nebo rozmístění zaměstnanců, to vše jsou příklady toho, co může příslušná organizace udělat v rámci ovlivňování vývoje psychosociálních traumatických stavů.

Přestože existuje určitý konsensus týkající se úkolů souvisejících s kolegiální podporou, které jsou popsány v těchto pokynech, otázka přidávání léčebných součástí do systému kolegiální podpory je stále ještě živě diskutována. Některé země uplatňují takovou praxi, při které poskytovatelé kolegiální podpory sehrávají svou podpůrnou roli v příslušné odborné terapii. Když vezmeme v úvahu výsledky dosavadních výzkumů, stále ještě nemůžeme definitivně odpovědět na otázku, zda je tento způsob efektivnější než metoda kolegiální podpory bez této terapeutické složky. Toto může být velmi dobře jedním z témat, které závisí na národním kontextu, a které by měly být vzaty v úvahu při realizaci těchto pokynů.

Konečně je zde také určitá diskuse o tom, kdy by tito poskytovatelé profesionální péče měli být vlastně do tohoto procesu zapojeni. Teprve poté, kdy byli upozorněni ze strany pracovníků, kteří poskytují kolegiální podporu, ze strany samotných zaměstnanců či ze strany jejich nadřízených? Nebo by měli být automaticky upozorněni v případě zvláště závažných událostí nebo v případě zaměstnanců, kteří již nyní trpí příznaky psychosociálních traumatických stavů?

Realizace

Přehled literatury i odborníci, kterých jsme se dotazovali, se však shodují na tom, že tyto postupy tvoří pro tento systém psychosociální podpory pro uniformované zaměstnance dostatečně pevný základ. Pokud realizujeme tyto pokyny v praxi, musíme dbát na dvě obzvláště důležité záležitosti. Především se jedná o to, že mezi jednotlivými zeměmi existují určité rozdíly. Samotná diskuse na tuto skutečnost rovněž jasně poukazuje. Tyto rozdíly je třeba při realizaci těchto pokynů vzít v úvahu. To znamená, že v zájmu přizpůsobení těchto pokynů vnitrostátní situaci budou nutné určité dodatky k těmto pokynům. Na druhé straně je však třeba říci, že efektivní realizace není v žádném případě závislá pouze na kvalitě těchto pokynů. Je velmi důležité, aby byl zaveden takový proces, který vůči těmto pokynům vytváří pozornost a podporu mezi hlavními zúčastněnými stranami.

Partneři projektu a zúčastnění odborníci

Partneři projektu

- City of Cologne, Germany (beneficiary)
- Centre of Psychotraumatology, Alexianer Krefeld GmbH, Germany
- Impact - Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care, The Netherlands
- Charles University in Prague, Faculty of Philosophy, Czech Republic
- Sociedad Española de Psicotraumatología y Estrés Traumático (SEPET), Madrid, Spain
- Public Health Department, Düsseldorf, Germany

Odborníci zúčastnění na konferenci v Amsterdamu⁴¹

Účastníci Amsterdamské konference

Jméno účastníka	Země
Robert Bering	Germany
Hans te Brake	The Netherlands
Bruno Brito	Portugal
Michel Dückers	The Netherlands
Ira Helsloot	The Netherlands (only September 16)
Henriette Hoogendorp	The Netherlands
Leonie Hoijsink	The Netherlands
Eric Geerligs	The Netherlands (discussion leader)
Michaela Krtickova	Czech Republic
Henrik Lyng	Denmark
Josée Netten	The Netherlands
Brigit Nooij	The Netherlands
Lasse Nurmi	Finland
Paco Orengo Garcia	Spain
Ulrich Pasch	Germany
Gerd Puhl	Germany
Don Richardson	Canada
Magda Rooze	The Netherlands
Claudia Schedlich	Germany
Erik de Soir	Belgium
Axel Strang	Germany
Zuzana Vrbova	Czech Republic
Stepan Vymetal	Czech Republic
Dieter Wagner	Germany
Gisela Zurek	Germany

Odborníci, kteří se nemohli zúčastnit konference, ale odpověděli na otázky v dotazníku

Jméno účastníka	Země
David Alexander	Scotland (United Kingdom)
David E. Alexander	Italy
Irmtraud Beerlage	Germany
Jonathan Bisson	Wales (United Kingdom)
Chris Brewin	United Kingdom
Mark Creamer	Australia
Neil Greenberg	United Kingdom
Mark Walsh	United Kingdom

⁴¹ Amsterdamská konference se konala od 16. do 17. září 2010.

Literatura použitá pro tuto preambuli⁴²

Brailey K, Vasterling JJ, Proctor SP, Constans JI, Friedman MJ: PTSD symptoms, life events, and unit cohesion in U.S. soldiers: baseline findings from the neurocognition deployment health study. *J Trauma Stress* 2007, 20: 495-503.

Castro CC: Impact of combat on the mental health and well-being of soldiers and marines. *Smith College Studies in Social Work* (Haworth) 2009, 79: 247-262.

CREST (2003). The Management of post-traumatic stress disorders in adults. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). <http://www.crestni.org.uk>.

Deahl M, Srinivasan M, Jones N, Thomas J, Neblett C, Jolly A: Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol* 2000, 73 (Pt 1): 77-85.

Dowling FG, Genet B, Moynihan G, Courmos F, Goldfinger SM: A Confidential Peer-Based Assistance Program for Police Officers. *Psychiatric Services* 2005, 870-871.

Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly GJ et al. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust NZ JPsychiat*, 41, 637-648.

Haagsma J, Smits I, Folmer T, Burger N, Hagelstein R. (2011) De prijs die je betaalt ... Politie: de kosten achter een hoog risicobe-roep. Utrecht: Andersson Elffers Felix.

Hattingh SP: A model for the training of peer debriefers in the emergency services. *University of South Africa (South Africa)*; 2002. D.Litt. et Phil.

Impact. (2010). Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerde. Amsterdam: Impact.

Impact. (2008). Feiten en fictie: inzet van geüniformeerde hulpverle-ners bij rampen en grootschalige calamiteiten. Psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland. Amsterdam: Impact.

Impact/Trimbos-instituut. (2007). Multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. Amsterdam/Utrecht: Impact/Trimbos Instituut.

Levenson RL, Jr., Dwyer LA: Peer support in law enforcement: past, present, and future. *Int J Emerg Ment Health* 2003, 5: 147-152.

Linton JC: Acute stress management with public safety personnel: Opportunities for clinical training and pro bono community service. [References]. *Professional Psychology: Research and Practice* 1995, 566-573.

Mrazek PJ, Haggerty RJ (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

Paton D: Posttraumatic growth in protective services professionals: Individual, cognitive and organizational influences. [References]. *Traumatology* 2005, 335-346.

Ryan K, MacLochlainn A: Establishment of a peer support program at St. Vincent's Hospital, Sydney. *Nursing Monograph* 1995, -5p.

Sharpley JG, Fear NT, Greenberg N, Jones M, Wessely S: Pre-deployment stress briefing: does it have an effect? *Occup Med (Lond)* 2008, 58: 30-34.

Soir, de E (1997) Traumatische stress en politie. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.

Svensson A, Fridlund B: Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: a critical incident study. *International Emergency Nursing* 2008, 16: 35-42.

⁴² Tato literatura byla použita při vytváření této preambule. Část této literatury, konkrétně pět publikací zabývajících se přímo kolegiální podporou, je dodatkem k Pokynům pro psychosociální podporu určenou pro uniformované pracovníky (2010).

Vodítka

psychosociální podpora
pro pracovníky
uniformovaných složek
*Podrobné shrnutí
a doporučení*



Colofon

Tato shrnutí je spolufinancováno Evropskou komisí - GR Životní prostředí, č. grantové smlouvy: 070401/2009/540414/SUB/A4 - EUTOPA-IP

Autorská spolupráce

Impact, Holandské centrum pro získávání vědomostí a pro poradenskou činnost v rámci následné psychosociální péče po katastrofických událostech.

Závěrečné úpravy

Hans te Brake, *PhD*, vyšší analytik výzkumu a vývoje, *Impact*; česká obsahová korektura: *PhDr. Štěpán Vymětal, OBP MV ČR*

Design

Burobraak, Amsterdam

Tisk

Wheel Printing, Katwijk

Datum vydání

Leden 2012

Zúčastnené organizace

Nizozemská policie (Politie Nederland)

Úřad pro službu národní policie (Korps Landelijke Politiediensten – KLPD)

Nizozemská policejní akademie (Politieacademie)

Psycho-traumatické diagnostické centrum (PDC), policejní jednotka

Hasičský záchranný sbor (Nederlandse Vereniging voor Brandweezorg en Rampenbestrijding – NVBR)

Nizozemská ambulanti péče (Ambulancezorg Nederland – AZN)

Národní ambulanti dispečink (Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg – LMAZ)

Ministerstvo obrany

Nizozemská královská policie (Koninklijke Marechaussee)

Královská nizozemská asociace pro záchranné akce ve vodě (Reddingsbrigade Nederland – KNBRD)

Královská nizozemská instituce pro záchranné akce na moři (Koninklijke Nederlandse Reddingsmaatschappij – KNRM)

Nizozemská škola pro praktický zdravotnický personál (Nederlands Huisartsen Genootschap – NHG)

Nizozemská společnost pro otázky pracovního lékařství (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde – NVAB)

Nizozemská asociace psychologů (Nederlands Instituut van Psychologen – NIP)

Nizozemská společnost pro psychiatrii (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie – NVvP)

Bezpečný region Rotterdam-Rijnmond (Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond)

© 2012 IMPACT, PARTNER IN ARQ

Použití obsahu těchto Vodítek za účelem vysvětlení nebo podpory v člancích, knihách a diplomních pracích je povoleno, a to pod podmínkou jasného uvedení zdroje.

Tuto publikaci si můžete objednat u Impact, Holandské centrum pro získávání vědomostí a pro poradenskou činnost v rámci následné psychosociální péče po katastrofických událostech.

Nienoord 5

1112 XE Diemen

Nizozemí

+31 20 660 1901.

E-mail: info@impact.arq.org.

Toto shrnutí, stejně jako kompletní verze těchto Vodítek v holandském jazyce, si můžete stáhnout ve formátu PDF na webových stránkách společnosti Impact: www.impact.arq.org

Úvod

Členové uniformovaných složek - dále jen „uniformovaní pracovníci“ - zažívají zvýšené riziko spojené s osobním prožíváním událostí náhlé, neočekávané a násilné povahy (Impact/Trimbos, 2007, Impact, 2008). Uniformované servisní organizace (USO) v Nizozemsku mohou zajišťovat psychosociální podporu svých členů prostřednictvím vlastních zaměstnanců, obvykle ve formě kolegiální podpory.

Psychosociální péče o tyto uniformované pracovníky musí být zajišťována v souladu s nejnovějšími, prokazatelně účinnými a použitelnými postupy. Realizace, provádění a sledování psychosociálních intervencí je však ve skutečnosti často závislé na správném porozumění ze strany uniformovaných organizací, jednotlivých poskytovatelů služeb a někdy také ze strany obchodních společností. To znamená, že tyto intervence jsou nabízeny různými způsoby a že těmto uniformovaným pracovníkům není vždy nabídnuta ta nejlepší a optimální péče. Někdy jsou realizovány takové zásahy, které nebyly nikdy vědecky prozkoumány, nebo v tom horším případě jsou realizovány dokonce i takové zásahy, u kterých výzkum prokázal jejich nedostatečnost a nesprávnou efektivitu.

Ze strany Nizozemské vlády byla vnímána potřeba srozumitelné normy ohledně podpory členům uniformovaných složek a zavedení profesionální zdravotní péče v oblasti duševního zdraví v tomto kontextu. Tyto důvody vedly k vypracování multidisciplinárních vodítek založených na jasném důkazním materiálu, které se týkají psychosociální podpory pro uniformované pracovníky (Impact, 2010). Tento program byl vypracován ve spolupráci s policií, hasiči, záchrannou službou a Ministerstvem pro obranu a záchranné akce. Tato Vodítka popisují způsob, jakým uniformované organizace poskytují optimální psychosociální podporu pro své zaměstnance. Tato Vodítka obsahují doporučení pro samotné zaměstnance, systém kolegiální podpory a pro orgány dohledu a řízení.

Výše uvedené organizace přijímají tato Vodítka jako svou normu pro psychosociální podporu uniformovaných pracovníků po prožití traumatizující události. To však neznamená, že je celá tato práce u konce. Nyní musejí být učiněny určité kroky, které zajistí realizaci těchto doporučení v jednotlivých uniformovaných organizacích. Tato Vodítka budou použita (dalším) vývoji postupů a protokolů, které se týkají psychosociální podpory. Proces implementace těchto norem do praxe musí být sledován, aby bylo možné vytvořit vstupní materiál pro zamýšlený přezkum těchto Vodítek v roce 2016. Nastavení Vodítek, jako například směrnic pro progresivní náhled, je považováno za určitý způsob vedoucí k odstranění rozdílů mezi teorií (co se má dělat) a praxí (co se vlastně ve skutečnosti děje).

Souhrn

Jedná se o souhrn holandských multidisciplinárních vodítek pro psychosociální podporu určenou pro uniformované pracovníky (Impact, 2010). Pokud je nám známo, doposud neexistují žádné systematické pokyny pro optimální psychosociální podporu v rámci skupin USO, které by byly založeny na jasných důkazních materiálech. Určitá související iniciativa byla provedena pouze australským Centrem pro post-traumatickou péči o duševní zdraví, které vytvořilo vodítka k řadě otázek týkajících se kolegiální podpory na základě metodologie Delphi¹

Vodítka popsaná v tomto souhrnu byla vyvinuta v rámci nizozemského kontextu, ale základní zásady a doporučení jsou relevantní i v širším mezinárodním kontextu. Kromě toho jsou tato Vodítka založena na mezinárodní vědecké literatuře. Zpřístupněním těchto holandských vodítek pro mezinárodní veřejnost je rovněž učiněna jakási pobídka pro další rozvoj (výzkum) na poli psychosociální podpory v rámci uniformovaných složek a snad i pro vytvoření mezinárodně uznávaných pravidel.

Toto shrnutí se skládá ze dvou částí:

- Část A popisuje pozadí a metodologický vývoj těchto Vodítek.
- Část B poskytuje shrnutí těchto Vodítek. Kompletní přehled všech (55) doporučení těchto Vodítek je uveden v Příloze č. 3.

Kompletní seznam referencí je také součástí tohoto dokumentu. Tato základová literatura byla použita při vývoji těchto Vodítek. Tento přehled neuvádí všechny odkazy. Konkrétní úvahy týkající se holandského kontextu a zejména regionů v Nizozemsku nebyly do tohoto shrnutí začleněny, stejně jako příslušné praktické příklady.

A. Okolnosti těchto Vodítek

Vodítka pro psychosociální podporu určenou pro uniformované pracovníky (dále jen „Vodítka“) byla vypracována na základě žádosti nizozemského Ministerstva bezpečnosti a spravedlnosti (bývalé Ministerstvo vnitra a královských vztahů, bezpečnostní generální ředitelství). Tato Vodítka byla vypracována společností Impact, tedy v holandském Informačním a poradním centru pro psychosociální péči po traumatických událostech. Úřad pro kontrolu kvality při Holandské společnosti pro pracovní lékařství a ústav Trimbos Institute poskytly při tomto vývoji svou metodologickou podporu.

Tímto způsobem došlo k vytvoření multidisciplinární projektové skupiny a řídicí skupiny. Členové těchto skupin zastupovali relevantní uniformované složky (skupiny USO) a čtyři obchodní sdružení profesionálů v oblasti psychosociální péče (přehled všech zúčastněných skupin uniformovaných složek je uveden v Příloze č. 1). Úkolem řídicí skupiny bylo monitorování postupu práce a schválení kvality konečného výsledku.² Projektová skupina poskytla vstupní informace o vývoji těchto vodítek a formulace jejich doporučení.³ Během procesu formulování těchto Vodítek byly mezi projektovou skupinou a řídicí skupinou udržovány neustálé kontakty a konzultace. Navíc byly pro případ potřeby vytvořeny i menší pracovní podskupiny, které byly určeny pro podrobnější řešení konkrétních záležitostí.

Vývoj těchto Vodítek probíhal v souladu s metodou Rozvoje vodítek založeného na důkazních materiálech (EBRO). Výhodou je řada „startovních otázek“ založených na hlavním seznamu problémů nebo na problémech, které nastaly při poskytování péče uniformovaným pracovníkům po katastrofách a traumatizujících událostech. Tyto startovní otázky pokryly celou řadu aspektů, včetně povahy a cílů těchto postupů (definování cílové skupiny, vymezení událostí, pro které jsou tato Vodítka určena), včetně aktuální poskytnuté podpory (v oblasti prevence, akutní péče a následné péče) a monitoringu. Celkem bylo vytvořeno 34 startovních otázek.

Počáteční výzkum literatury byl proveden na základě startovních otázek. Později byl proveden také „obecnější“ výzkum, který byl založen na dalších otázkách projektové a řídicí skupiny. Specifika provedeného výzkumu literatury jsou uvedena v Příloze 2. Kvalita použitých článků byla hodnocena pomocí kontrolních seznamů v rámci platformy EBRO (manuál pro členy pracovní skupiny CBO 2005) a následně bylo provedeno také posouzení metodologické kvality.

Projektová skupina zjistila, že se dostupná a konzultovaná odborná literatura zaměřuje především na posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Projektová skupina by ráda zdůraznila, že i když k těmto PTSD poruchám může docházet po katastrofách, teroristických akcích a dalších šokujících

¹ Australské centrum pro post-traumatickou péči o duševní zdraví, leden 2011. Vypracování Vodítek pro kolegiální podporu s využitím metodologie Delphi.

² Vedoucím multidisciplinární řídicí skupiny je profesor Niek Klazinga, docent sociálního lékařství při Akademickém zdravotnickém centru v Amsterdamu (AMC). Místopředsedou byl profesor Jan Swinkels, psychiatr přidružený ke skupině AMC a vyšší lektor v oblasti obecných zásad vývoje v sektoru zdravotní péče.

³ Vedoucím multidisciplinární projektové skupiny byl Menno van Duin, Ph.D., lektor ve Skupině pro řízení krizových událostí v Holandském institutu pro otázky bezpečnosti (NIFV).

událostech, existují také různé jiné psychologické důsledky, o kterých se tato literatura příliš nezmiňuje. Patří sem například depresivní poruchy, úzkostné poruchy, lékařsky nevysvětlitelné fyzické symptomy (MUPS) a zneužívání návykových látek.

Pokud chceme formulovat konkrétní doporučení, jsou často kromě vědeckých důkazů relevantní i jiné aspekty, například: stávající praxe, náklady, kulturní preference, dostupnosti zdrojů a organizační aspekty. Tyto další úvahy byly systematicky mapovány v rámci projektové skupiny. Kromě toho bylo v rámci této organizace provedeno šest setkání tzv. zájmových skupin, a to na různých úrovních (management, vedoucí provozu, kolegiální podpora, uniformovaní pracovníci), za účelem lepšího a konkrétnějšího zmapování stávající praxe. Tyto zájmové skupiny byly zvláště užitečné pro určení (často implicitní) určení) úsudku souvisejícího s názory a vstupním příspěvkem účastníků.

Závěry podložené konkrétními skutečnostmi byly vytvořeny a příslušná doporučení byla formulována na základě výsledků vědeckého výzkumu v kombinaci s dalšími úvahami členů projektové skupiny. Pokud jde o počáteční otázky, které nemohly být řešeny vzhledem k nedostatku jasných důkazů, nebo vzhledem k protichůdným názorům v rámci projektové skupiny, bylo vyjádřeno doporučení pro další pokračování ve výzkumu. Kompletní přehled všech doporučení je uveden v Příloze 3 tohoto shrnutí.

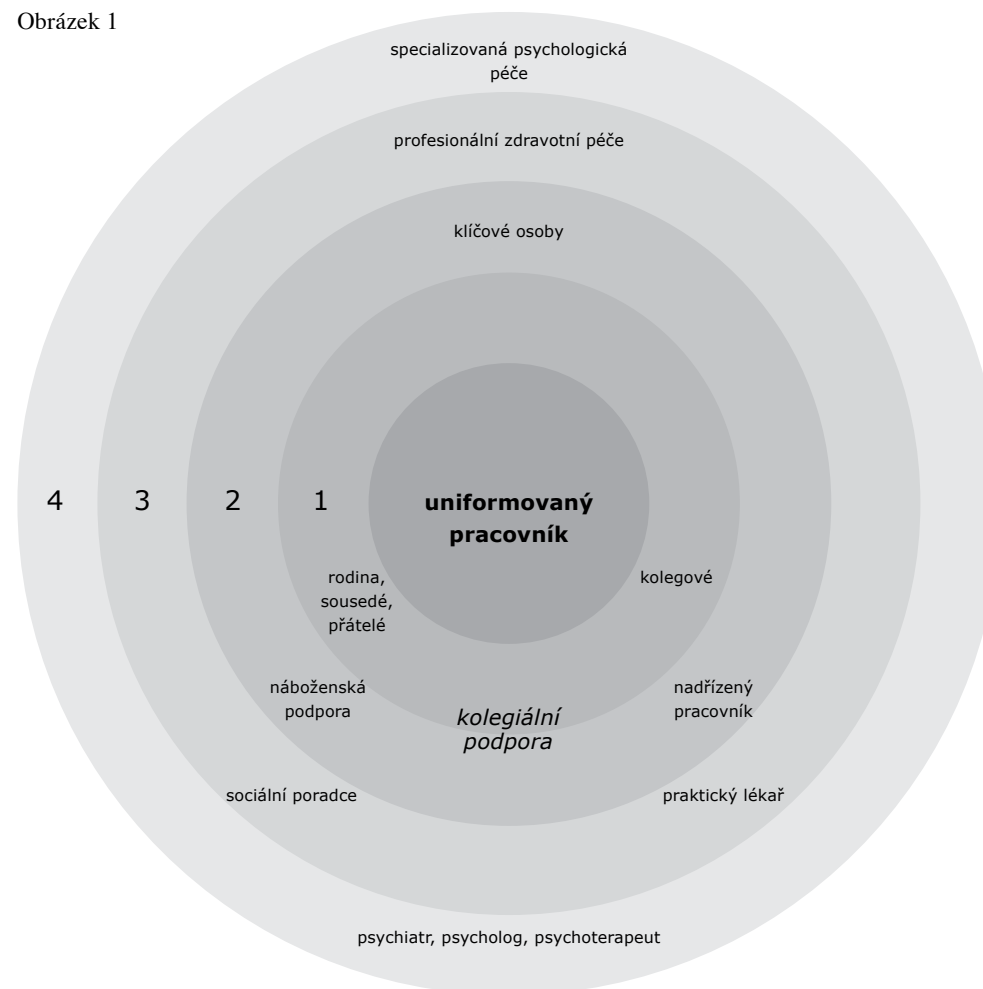
Výzkum názorně dokazuje, že při vypracovávání vodítek pro psychosociální podporu byla otázka plánované a strukturované realizace věnována jen malá pozornost (Fleuren et al., 2009). Během vývoje vodítek, které jsou prezentovány v tomto dokumentu, byla této realizaci věnována patřičná pozornost již od samého počátku. „Test použitelnosti“, ve kterém byla testována hlavní doporučení k návrhu těchto Vodítek, byl proveden za účelem zjištění použitelnosti v praxi. Uniformovaní pracovníci během tohoto testu obdrželi informace o klíčových doporučeních a seznam ukazatelů. Poté následovala diskuse o využitelnosti těchto ukazatelů v souvislosti s případy v reálném životě.

Pracovní verze těchto Vodítek byla předložena k vyjádření a schválení řadovým členům projektové skupiny. Návrh Vodítek byl v této fázi konzultován také s řadou dalších organizací, které k tomuto návrhu poskytly svá vyjádření (viz Příloha 1). Definitivní verze těchto Vodítek byla stanovena po zpracování všech připomínek a výsledků testu použitelnosti, nakonec byla tato Vodítka předložena ke schválení příslušným organizacím.

B. Vodítka shrnutí

Shrnutí přístup těchto Pokynů pro psychosociální podporu určenou uniformovaným pracovníkům je znázorněno na Obrázku 1. Tento přístup je založen na procesním modelu pro psychosociální podporu používanou holandskou Pečovatelskou službou pro občanskou péči o duševní zdraví. Tento přístup je používán rovněž v nizozemských ozbrojených složkách. Důležitým základním principem tohoto modelu je schopnost osob postarat se o své vlastní uzdravení a postupné využití odborné pomoci pro podporu tohoto procesu uzdravování.

Obrázek 1



Tento model předpokládá, že péče o pracovníky v uniformě začíná u samotných těchto pracovníků. Základním bodem tohoto modelu je ta skutečnost, že uniformovaný pracovník je sám odpovědný za své vlastní zdraví. Pokud je to nutné, může tento pracovník nalézt podporu v okolních kruzích. Pokud přecházíme směrem k vnějším kruhům, je stále více a více k dispozici odborná pomoc. První okruh se skládá z rodiny, přátel a kolegů. Druhý okruh se skládá z podpory, která není považována za součást odborné péče o duševní zdraví, ale je přitom poskytována dohlížejícím odborným personálem nebo organizovaným systémem kolegiální podpory. Třetí kruh odpovídá úrovni „odborné zdravotní péče“, řešení problémů a příslušná péče jsou v tomto kruhu poskytovány praktickými lékaři a sociálními pracovníky. Pokud nastanou závažné psychiatrické nebo psychologické problémy, měla by být poskytnuta profesionální duševní pomoc (související s touto traumatickou situací), a to v rámci čtvrtého okruhu (Gersons, 2005).

Sféra vlivu uniformovaných organizací spočívá především v těch okruzích, které jsou nejbližší středu (0, 1 a 2). Psychosociální podpora by měla být poskytována v rámci těchto vnitřních okruhů, přičemž by měla být zachována snaha o podporu soběstačnosti jednotlivce (Impact/Trimbos, 2007). Psychosociální podpora poskytovaná po traumatizujících událostech může být rozdělena na tři jednotlivé fáze, které mohou být v souladu s výše popsáním kruhovým modelem (Mrazek a Haggerty, 1994).

- 1 Příprava: výběr, informace a vzdělávání (prevence), (modelové okruhy 0 a 1)
Tato fáze se zabývá zásahy / úkony předcházejícími jakýmkoli kontaktům se šokujícími událostmi, včetně výběru a přípravy uniformovaných pracovníků a včetně jejich školení a výcviku. Úloha služby uniformovaných složek je řešena také v této fázi.
- 2 Peer support (kolegiální podpora) a monitoring (modelové okruhy 1 a 2)
Tato fáze se vztahuje k první podpoře po šokující události. Aktivita organizovaná kolegiální podpory (týmy kolegiálních poradců uvnitř organizace) a úloha supervizorů rovněž patří do této fáze.
- 3 Odkazování na péči profesionálů (modelové okruhy 2, 3 a 4). Tato fáze se týká péče poskytované odborníky na duševní zdraví, pokud je tato nezbytná.

Nyní následuje podrobnější popis každé jednotlivé fáze.

Příprava: výběr, informace a role v příslušné organizaci

Psychosociální podpora pro uniformované pracovníky závisí především na dobře zvolených pracovních postupech. To znamená, že se v rámci jednotlivých uniformovaných složek věnuje potřebná pozornost takovým faktorům, které podporují psychickou odolnost. Jedná se například o poskytování motivačních posláních, možností souvisejících s profesním rozvojem, poskytování sociální podpory, zpětné vazby a vyhodnocování prostřednictvím týmové práce a inspirativního vedení. Patříčná pozornost by měla být věnována také otázkám souvisejícím se snižováním rizikových faktorů, kam patří například nadměrná pracovní zátěž, emočně náročnější práce či procedurální a vztahová nespravedlnost v rámci jednotlivých uniformovaných složek (Dowden a Tellier, 2004, Holandsko, Centrum pro výzkum nemocí z povolání (NCvB), 1999; Sociální a hospodářská rada Nizozemska (SER), 2009; Walburg, 2008).

Traumatizující události s sebou přinášejí dosti širokou škálu možných následků (Impact/Trimbos, 2007), které mohou přetrvávat i několik let po nehodě (Benedek et al., 2007; Forbes et al., 2007; Morren et al., 2007; Witteveen et al., 2007; Bills et al., 2008). Možné psychosociální důsledky traumatizujících událostí pro uniformované pracovníky jsou: dysfunkční chování, stíznosti na úzkostné stavy, časté absence, zvýšené zneužívání návykových látek, problémy v soukromém životě, emoční uzavřenost, syndrom akutního stresu, PTSD, depresivní poruchy, poruchy spánku, pracovní konflikty a pracovní neschopnost. Žádné dostatečně přesné nástroje, pomocí nichž by bylo možno doporučit vyšetření „psychologické zranitelnosti“ bohužel nejsou k dispozici (Heslegrave a Colvin 1998; Jones et al., 2003; Wesseley, 2005; Rona et al., 2006). Výsledky výzkumu přípravy na zvládání stresu pro uniformované zaměstnance poukazuje na to, že tyto vzdělávací programy nemají významný vliv na rozvoj onemocnění po prožití traumatizující události (Deahl et al., 2000; Cigrang et al., 2003; Williams et al., 2004; Williams et al., 2007).

Faktory, které hrají svou roli ve vývoji psychosociálních problémů, zahrnují mimo jiné i tyto následující situace: míra vystavení vůči potencionálně traumatizující události, spokojenost s prací a pracovní nasazení, specifické problémy v konkrétní práci (nedostatečná bezpečnost, nejistota), fyzické zranění a (společenské) uznání nebo kritika u příslušných pracovních akcí. Pokud bereme v úvahu výše uvedené situace, podstatnou roli zde hrají také média. Uniformovaný zaměstnanec musí být připraven rovněž na (negativní) vnější reakce, stejně jako na možnost sledování při vyšetřování (Koren et al., 2006; Richter et al., 2006; Forbes et al., 2007; MacGregor et al., 2009). Toto tvrzení platí rovněž v souvislosti se zvládáním agrese. Agrese kolemdoucích vůči uniformovaným zaměstnancům v Holandsku se zvyšuje a v současné době je této problematice věnováno hodně pozornosti v médiích. Jednotlivé uniformované složky na tento trend reagovaly tím způsobem, že zavedly tato témata do svých vzdělávacích a tréninkových systémů. Studie z literatury, Richter et al. (2006), uvádí, že školení věnována zvládání agrese v rámci péče o duševně a tělesně postižené osoby zlepšují povědomí o postupech pro účinné zvládání násilnických situací a zvyšují také důvěru ve vlastní schopnosti v této oblasti. Další účinek související s poskytováním těchto tréninkových kurzů pro

zvládání agrese členy uniformovaných složek v určitém vyslání signálu o tom, že bezpečnost uniformovaných zaměstnanců je brána skutečně vážně.

Informování uniformovaných pracovníků o různých možnostech zvládání traumatizujících událostí může být prováděno také formou podávání psychologických informací. Psychologické informování je zaměřeno na zvyšování praktické seberealizace uniformovaných pracovníků. Důležitým faktorem je v tomto ohledu uznání a jasná identifikace (traumatizující) zkušenosti. Psychologické informování také zdůrazňuje důležitou roli takových aspektů, jakými jsou například bdělé čekání (posouzení normálnosti reakcí, posouzení reakcí, které vedou k obavám) a podpora adekvátního přístupu souvisejícího s chutí vyhledávat pomoc. Tato forma informace by neměla být poskytována pouze bezprostředně po traumatizujícím incidentu, ale měla by být zaměstnancům nabídnuta již dříve (například při tréninku).

Organizovaná kolegiální podpora a systém monitoringu

Otázky související s užitečností poskytování tohoto podpůrného kontextu v zájmu zabránění výskytu psychosociálních problémů jsou předmětem všeobecné shody (CREST, 2003; Impact/Trimbos, 2007; Forbes et al., 2007). Tento podpůrný kontext si mohou v rámci jednotlivých uniformovaných složek nabízet uniformovaní pracovníci sami. Taková „organizovaná kolegiální podpora“ může pomoci mobilizovat sociální síť, tato podpora také přispívá k otevřené pracovní kultuře, zjednodušuje nacházení odborné pomoci a má signalizační a předávací funkci v případech, kdy je nutná odborná pomoc. Organizovaná kolegiální podpora se vztahuje na většinu skupin uniformovaných složek, ne-li na všechny z nich. Tato podpora je svažována se současnou praxí (Broersen a Bos, 2002).

Úkolem organizované kolegiální podpory je poskytnutí pomoci kolegům, kteří zažili traumatickou událost. Realizace tohoto úkolu vyžaduje věnování patřičné pozornosti následujícím bodům:

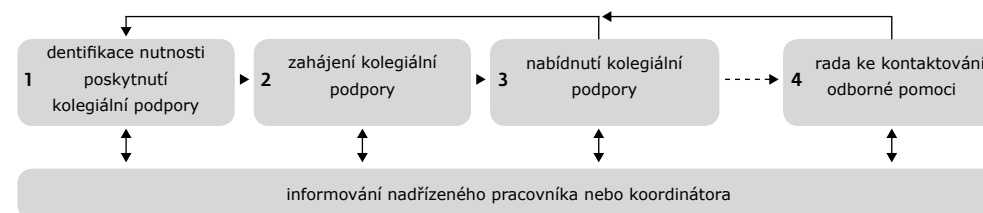
- 1 poskytování praktické pomoci;
- 2 stimulace procesu obnovy zdraví;
- 3 včasná identifikace možných (psychosociálních) problémů a včasná organizace odborné pomoci;
- 4 monitorování léčebného procesu;
- 5 aktivace sociální sítě;
- 6 (negativní) reakce z okolního prostředí.

Provádění organizované kolegiální podpory může být rozděleno na tyto čtyři kroky:

- 1 identifikace nutnosti použití kolegiální podpory (prokázání skutečnosti, že došlo k vystavení příslušné osoby vlivu traumatizující události);
- 2 přivolání (nabídka) služby kolegiální pomoci / jmenování poskytovatele této kolegiální pomoci;
- 3 podpora kolegy v souladu s výše uvedenými aspekty;
- 4 kontaktování (zprostředkování) odborníka na duševní zdraví pro tohoto uniformovaného pracovníka, v případě nutnosti.

Tyto jednotlivé kroky jsou znázorněny na Obr. 2. Strukturovaný postup monitorování se provádí pomocí opakované podpory a dohlížení na pohodlí uniformovaného pracovníka. Kromě toho je také důležité, aby byl orgán dohledu nad péčí o pracovníky o té skutečnosti, že zasaženému uniformovanému zaměstnanci byla poskytnuta kolegiální podpora, náležitě informován. Tento dohlížející orgán je totiž odpovědný za personální péči (mělo by být zdůrazněno, že jakékoli informace o obsahu rozhovorů se členy kolegiální pomoci nebudou s nikým sdíleny).

Obrázek 2



Dohlížející pracovník je odpovědný za péči o zaměstnance (mělo by být zdůrazněno, že jakékoli informace týkající se obsahu rozhovorů se členy kolegiální pomoci nebudou s nikým sdíleny).

Pokud hovoříme o identifikaci nutnosti zavedení kolegiální podpory, existují mezi příslušnými skupinami uniformovaných složek (ale také v rámci jednotlivých složek) určité rozdíly v přístupu. Inventář jednotlivých používaných kritérií však posloužil jako základ pro vytvoření soupisu obecných „kritérií pro nasazení“. Tento soupis obsahuje následující body:

- vážné zranění nebo hrozba (zejména v případě dětí);
- zasažení rodiny nebo kolegů uniformovaného pracovníka;
- pocit bezmoci na straně uniformovaného pracovníka;
- uniformovaný pracovník sám indikuje, že má potřebu pomoci;
- násilí proti uniformovanému pracovníkovi.

Jednotlivým uniformovaným složkám se doporučuje používat tento základní soubor kritérií a v případě potřeby jej doplnit o další specifická kritéria pro konkrétní nasazení.

Kolegové, poskytovatelé kolegiální pomoci nebo nadřízený pracovník mohou rozpoznat psychosociální problémy také během provozního pohovoru s pracovníkem. Provozní pohovor je definován jako pohovor provozního charakteru, který je veden po traumatizující události. Hlavním cílem tohoto pohovoru je určení faktických skutečností; důraz není kladen na citový zážitek, jelikož pro řešení těchto záležitostí jsou považovány za vhodnější jiné postupy. Provozní pohovor (operační briefing) je důležitý z hlediska eliminace faktických nejasností („doplňování jednotlivých dílků ve skládačce puzzle“) a z hlediska zamezení opakování chyb v budoucnosti.

Je velmi důležité, aby měl uniformovaný pracovník možnost vyprávět svůj vlastní příběh, ve kterém mohou hrát určitou roli i emoce. Nedoporučuje se však pokládat krátce po incidentu „aktivní“ otázky související s pocity a emocemi. Tento problém se týká také diskuse o praxi „psychologických pohovorů“, které jsou definovány jako jakákoli jednotlivá psychologická intervence, která zahrnuje určitou rekonstrukci, nové vyvolání prožitku, nebo vzpomínku na trauma a následné emocionální reakce (Rose et al., 2002). Výzkum ukázal, že takové intervence nejsou efektivní; existují i takové náznaky, že tyto intervence dokonce zhoršují psychosociální dopady (Rose et al., 2002; Sijbrandij et al., 2006; Morren et al., 2007; Roberts et al., 2009). Přestože jsou tyto závěry založeny na výzkumu provedeném u běžného obyvatelstva, není v nich žádný důkaz o tom, že časná poskytovaná péče by měla být u různých uniformovaných složek jiná (Peñalba et al., 2008; Jones et al., 2003; Greenberg et al., 2008). Proto se nedoporučuje spojit kolegiální pomoc s psychologickými pohovory.

Aktuální rozvrstvení organizované kolegiální podpory se skládá z prvního pohovoru a následných navazujících pohovorů, které jsou prováděny, pokud jsou považovány za nutné. Správné načasování prvního pohovoru s poskytovatelem kolegiální pomoci je velmi důležitým faktorem. Pokud k tomuto pohovoru dojde příliš brzy po incidentu, může to být pro přirozený proces obnovy (zvládnání) nežádoucí (viz předchozí komentáře k psychologickým pohovorům). Je také důležité, aby uniformovaný pracovník nebyl v systému kolegiální podpory „udržován“ příliš dlouho. Pokud je zapotřebí odborné pomoci (péče o duševní zdraví), měla by být tato pomoc poskytnuta co nejdříve. Doporučuje se provést maximálně tři psychologické pohovory. Pokud i nadále problémy přetrvávají, unifor-

movaný pracovník by měl být vyzván k tomu, aby využil odbornou pomoc. Pohovory s poskytovateli kolegiální pomoci by měly být vedeny zhruba v následujících intervalech: první pohovor několik dní po incidentu, druhý (v případě potřeby) po čtyřech až šesti týdnech a třetí (v případě potřeby) po třech měsících. Přestože jsou všechny výše uvedené postupy pro organizování podpůrných kolegiálních systémů v rámci jednotlivých skupin uniformovaných složek velmi důležité, nic to nemění na klíčovém bodu, který říká, že musí být vytvořena taková pracovní kultura, ve které je přijímáno sdílení emocí jednotlivců a ve které bude (kdykoli) existovat prostor pro vyslyšení příběhu jednotlivce.

Kompetence, které jsou důležité pro členy organizované kolegiální podpory a které by měly být řešeny při výběru a výcviku:

- komunikační dovednosti;
- schopnost naslouchat;
- empatie;
- robustní, energická osobnost;
- nezávislost;
- spolehlivost / důvěryhodnost.

Sledování uniformovaných pracovníků, kteří byli vystaveni traumatizující události, je důležité v zájmu včasného odhalování psychosociálních problémů. Ačkoli byly pro tento účel vytvořeny krátké dotazníky (NICE, 2005, Forbes et al, 2007), přesto se nedoporučuje používat tyto klinicky ověřené screeningové seznamy během pohovorů v rámci kolegiální pomoci - použití těchto nástrojů musí být přenecháno profesionálům v oblasti duševního zdraví. Témata screeningových nástrojů (inventářů) však mohou během pohovorů vedených poskytovatelem kolegiální pomoci posloužit jako výchozí bod nebo pomocné vodítko.

Dohlížející pracovníci (odpovědní za zprostředkování podpory) mají za úkol tyto problémy u uniformovaných zaměstnanců signalizovat a musejí mít proto určité znalosti a dovednosti (Forbes et al., 2007; Fuoppala et al., 2008). Tyto znalosti by měly zahrnovat alespoň následující hlediska:

- znalosti týkající se vlivů spojených s prožitkem traumatizující události a jejich společenský kontext;
- schopnost včasného rozpoznání psychosociálních problémů;
- znalosti o průběhu procesu zotavení;
- znalost faktorů, které ovlivňují proces zotavení;
- znalost možných (dočasných) důsledků pro výkonnost pracovníka;
- znalost prostředků, které mají být uplatněny v případě absence související s traumatickým zážitkem;
- znalost způsobů nabízení praktické a sociální podpory;
- znalost použití a případné potřeby úprav v pracovních činnostech;
- znalost norem a pravidel o (profesionální) péči v rámci dané uniformované složky;
- schopnosti související s podporou uniformovaných pracovníků;
- znalost úkolů, organizace a pracovních metod souvisejících se systémem kolegiální podpory a s jeho uplatňováním;
- schopnost motivovat uniformované zaměstnance k vyhledání odborné péče, pokud se objeví (vážné) psychické problémy.

Organizovaná kolegiální podpora si zaslouží své pevné místo v každé uniformované složce. Úkoly související s koordinací - sledováním a hodnocením aktivit systému kolegiální podpory - mají být v ideálním případě přiřazeny jedné osobě. Tím se zabrání roztržštěnosti a fragmentaci v rámci provádění těchto úkolů. Vylepšení služeb souvisejících s podporou může být zajištěno pomocí „registračního systému“, ve kterém je u každého uniformovaného zaměstnance veden záznam o všech závažných incidentech, kterým byl vystaven. Pokud je tento registrační systém používán, je nutné respektovat předpisy související s ochranou soukromí. Údaje, které jsou přenášeny v rámci pohovorů v systému kolegiální pomoci, musejí být považovány za přísně důvěrné.

Využití odborné péče

Včasně rozpoznání a intervence u zaměstnanců, kteří absentují kvůli strachu nebo depresivním potížím, vede ke snížení počtu stížností a k rychlejšímu návratu do pracovního procesu (Rebergen et al., 2009). Princip „psychologického třídění“ je v tomto ohledu relevantní (Impact/Trimbos, 2007). Psychologické třídění je vysvětlováno jako rozlišování následujících skupin osob po traumatizující události 1) osoby, které jsou schopny se uzdravit samy, 2) osoby, které jsou vystaveny riziku vzniku vážnějšího a chronického zdravotního problému a 3), osoby, které vykazují jasné známky narušení procesu zotavení a které potřebují přímou odbornou péči. První a druhá skupina vyžaduje taktiku „pozorného vyčkávání“ během prvních čtyř až šesti týdnů. Během této fáze je obzvláště důležité vytvářet kontext podpory (NICE, 2005, Impact/Trimbos, 2007). Následující údaje / signály o přerušení procesu zotavení jsou důležité pro správné rozlišování mezi jednotlivými skupinami:

- rušivé vzpomínky nebo sny o traumatizující události;
- rozrušení na základě opakovaných vzpomínek na tuto traumatizující událost;
- fyzické reakce na stresovou situaci;
- netečnost, absence (vyhýbavé chování);
- problémy se spánkem;
- zvýšená podrážděnost nebo „prchlivost“;
- přehnaná vyplašenost (lekavost);
- výkyvy nálad;
- potíže se soustředěním;
- zvýšené užívání alkoholu nebo drog;
- zhoršení provozuschopnosti (v práci i doma);
- strach, stud, pocity viny.

Pokud uniformovaný pracovník projevuje alarmující množství výše uvedených údajů / signálů, je vhodné mu doporučit, aby využil odbornou péči.

Doporučuje se také využít stávající pokyny a protokoly v oblasti psychosociální podpory a následné péče (jak je například uvedeno v dokumentu Trimbos/Impact, 2007, NICE, 2005). Je rovněž velmi důležité, aby příslušná uniformovaná organizace znala dostupné léčebné možnosti.

Literatura

Aardal-Eriksson, E., Eriksson, T. E., Holm, A. C., & Lundin, T. (1999). Salivary cortisol and serum prolactin in relation to stress rating scales in a group of rescue workers. *Biol Psychiat*, 46, 850-855.

Alvarez, J. & Hunt, M. (2005). Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *J Trauma Stress*, 18, 497-505.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Association.

Andersen, H. S., Christensen, A. K., & Odden Petersen, G. (1991). Post-traumatic stress reactions among rescue workers after a major rail accident. *Anxiety Res*, 1, 245-251.

Barrett, G. V., Polomsky, M. D., & McDaniel, M. A. (1999). Selection tests for firefighters: A comprehensive review and meta-analysis. *J Bus Psychol*, 13, 507-514.

Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annu Rev Publ Health*, 28, 55-68.

Bills, C. B., Levy, N. A., Sharma, V., Charney, D. S., Herbert, R., Moline, J. et al. (2008). Mental health of workers and volunteers responding to events of 9/11: review of the literature. *Mt Sinai J Med*, 75, 115-127.

Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Db Syst Rev*, CD003388.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*, 68, 748-766.

Broersen, S. & Bos, J. (2002). Samenwerking als waarborg. De bescherming van hulpverleners tijdens en na rampen en zware ongevallen. Leiden: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (1996). Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. *J Trauma Stress*, 9, 51-62.

Cigrang, J. A., Carbone, E. G., & Lara, A. (2003). Four-year prospective study of military trainees returned to duty following a mental health evaluation. *Mil Med*, 168, 710-714.

Cigrang, J. A., Todd, S. L., & Carbone, E. G. (2000). Stress management training for military trainees returned to duty after a mental health evaluation: effect on graduation rates. *J Occup Health Psychol*, 5, 48-55.

Clohesy, S. & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *Br J Clin Psychol*, 38 (Pt 3), 251-265.

CREST (2003). The Management of post-traumatic stress disorders in adults. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). <http://www.crestni.org.uk>

Cronin, M., Ryan, D., & Brier, D. (2007). Support for staff working in disasters situations: A social work perspective. *Int Soc Work*, 18, 541-545.

Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C., & Jolly, A. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol*, 73 (Pt 1), 77-85.

Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L. et al. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder following September 11, 2001. *J Clin Psychiat*, 68, 1639-1647.

Difede, J., Malta, L. S., Best, S., Henn-Haase, C., Metzler, T., Bryant, R. et al. (2007). A randomized controlled clinical treatment trial for World Trade Center attack-related PTSD in disaster workers. *J Nerv Ment Dis*, 195, 861-865.

Dirkzwager, A. J., Grievink, L., Velden, P. G. van der, & Yzermans, C. J. (2006). Risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. Prospective study. *Br J Psychiat*, 189, 144-149.

Dirkzwager, A. J., Yzermans, C. J., & Kessels, F. J. (2004). Psychological, musculoskeletal, and respiratory problems and sickness absence before and after involvement in a disaster: a longitudinal study among rescue workers. *Occup Environ Med*, 61, 870-872.

Dowden, C. & Tellier, C. (2004). Predicting work-related stress in core-tional officers: A meta-analysis. *J Crim Just*, 32, 31-47.

Ebell, M. H. (2007). Screening instruments for post-traumatic stress disorder. *Am Fam Physician*, 76, 1848-1849.

Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 38, 319-345.

Elhai, J. D., Gray, M. J., Kashdan, T. B., & Franklin, C. L. (2005). Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects? A survey of traumatic stress professionals. *J Trauma Stress*, 18, 541-545.

Epstein, R. S., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (1998). Posttraumatic stress disorder following an air disaster: A prospective study. *Am J Psychiat*, 155, 934-938.

Elten, M. L. v. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychotherapy*, 5, 126-144.

Everly, G. S., Jr. & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing "controversy" and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *Int J Emerg Ment Health*, 2, 211-225.

Flannery, J. & Everly, J. (2000). Crisis intervention: A review. *Int J Emerg Ment Health*, 2, 119-125.

Fleuren, M., Keijsers, J., Kamphuis, M., Kramer, J., Koense, Y., Schouten, L. et al. (2009). Casusbeschrijving richtlijnen: ontwikkeling en toepassing van een analyse-instrument. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven/CBO/Trimbos-instituut.

Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Effective treatment for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York, Guilford Press.

Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G. J. et al. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust NZ J Psychiat*, 41, 637-648.

- Gersons, B. P. R. (2005). *Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen. Advies.* Den Haag, Ministerie van Defensie.
- Gevers, J. K. M. & Aalst, A. van (1998). *De rechter en het medisch handelen (3e druk).* Deventer: Kluwer.
- Giddens, J. B. (2008). *Critical incident stress debriefing/psychological debriefing: A critical review of the literature.* San Diego: ProQuest Information & Learning, US.
- Greenberg, N., Cowkill, P., & Sharpley, J. (2005). How to TRIM away at post traumatic stress reactions: traumatic risk management—now and the future. *J R Nav Med Serv*, 91, 26-31.
- Greenberg, N., Langston, V., & Jones, N. (2008). Trauma risk management (TRiM) in the UK Armed Forces. *J R Army Med Corps*, 154, 124-127.
- Greist, J. H., Jefferson, J. W., & Katzelnick, D. J. (2007). *Posttraumatic Stress: A Guide.* Madison, WI: Madison Institute of Medicine.
- Haafkens, J., Moerman, C., Schuring, M., Dijk F. van (2006). Searching bibliographic databases for literature on chronic disease and work participation. *Occup Med (Lond)*, 56(1), 39-45.
- Hertzberg, M. A., Feldman, M. E., Beckham, J. C., Moore, S. D., & Davidson, J. R. (1998). Open trial of nefazodone for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiat*, 59, 460-464.
- Heslegrave, R. J. & Colvin, C. (1998). Selection of personnel for stressful operations: The potential utility of psychophysiological measures as selection tools. *Hum Perform Extreme E*, 3, 121-139.
- Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *J Am Med Assoc*, 295, 1023-1032.
- Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., & Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiat*, 164, 150-153.
- Hovens, J., Luinge, B., & Minnen, A. van (2005). *Het klinisch interview voor PTSS (KIP): een handleiding* Cure & care Publishers: Nijmegen.
- Huizink, A. C., Slotje, P., Witteveen, A. B., Bijlsma, J. A., Twisk, J. W., Smid, N. et al. (2006). Long term health complaints following the Amsterdam Air Disaster in police officers and fire-fighters. *Occup Environ Med*, 63, 657-662.
- Impact. (2008). *Felten en fictie: inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten.* Psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland. Amsterdam: Impact.
- Impact/Trimbos-instituut. (2007). *Multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen* Amsterdam/Utrecht: Impact/Trimbos Instituut.
- Jacobs, J., Horne-Moyer, H. L., & Jones, R. (2004). The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims. *Int J Emerg Ment Health*, 6, 5-14.
- Jones, E., Hyams, K. C., & Wessely, S. (2003). Screening for vulnerability to psychological disorders in the military: an historical survey. *J Med Screen*, 10, 40-46.
- Jones, N., Roberts, P., & Greenberg, N. (2003). Peer-group risk assessment: a post-traumatic management strategy for hierarchical organizations. *Occup Med (Lond)*, 53, 469-475.
- Katz, C. L., Smith, R., Silverton, M., Holmes, A., Bravo, C., Jones, K. et al. (2006). A mental health program for ground zero rescue and recovery workers: cases and observations. *Psychiat Serv*, 57, 1335-1338.
- Koren, D., Hemel, D., & Klein, E. (2006). Injury increases the risk for PTSD: an examination of potential neurobiological and psychological mediators. *CNS Spectr*, 11, 616-624.
- Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J., & Klein, E. M. (2005). Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiat*, 162, 276-282.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects: a systematic review and a meta-analysis. *J Occup Environ Med*, 50, 904-915.
- Lange, A., van, d., V, Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2001). Interapy, treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiat*, 32, 73-90.
- Leffler, C. T. & Dembert, M. L. (1998). Posttraumatic stress symptoms among U.S. navy divers recovering TWA flight 800. *J Nerv Ment Dis*, 186, 574-577.
- MacGregor, A. J., Corson, K. S., Larson, G. E., Shaffer, R. A., Dougherty, A. L., Galarneau, M. R. et al. (2009). Injury-specific predictors of post-traumatic stress disorder. *Injury*, 40, 1004-1010.
- Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J. et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Ann NY Acad Sci*, 1071, 1-18.
- Maxfield, L. & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol*, 58, 23-41.
- Morren, M., Dirkzwager, A. J., Kessels, F. J., & Yzermans, C. J. (2007). The influence of a disaster on the health of rescue workers: a longitudinal study. *Can Med Assoc J*, 176, 1279-1283.
- Morren, M., Yzermans, C. J., Van Nispen, R. M., & Wevers, S. J. (2005). The health of volunteer firefighters three years after a technological disaster. *J Occup Health*, 47, 523-532.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005). *National Collaborating Centre for Mental Health. Posttraumatic stress disorder (PTSD) the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26.* London: The Royal College of Psychiatrists and the British Psychological Society.
- Netherlands Center for Occupational Diseases (Nederlands centrum voor beroepsziekten, NCVB), 1999. *Registratie Richtlijnen: Traumatische Stress Stoornissen (TSS).* Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. www.beroepsziekten.nl/datafiles/E001.pdf
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., de Boer, A. G., Blonk, R. W., & van Dijk, F. J. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occup Environ Med*, 61, 817-823.
- Nijenhuis, J., Ven, C. v. d., Vermeij, A., & Vos, A. (2009). *Personeels selectie en opleidingsverloop: Een overzicht van studies onder gebruikmaking van psychometrisch meta-analytische technieken.* Den Haag: Ministerie van Defensie.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress order and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 129, 52-73.
- Pak, V. M., O'Hara, M., & McCauley, L. A. (2008). Health effects following 9/11: implications for occupational health nurses. *Am Assoc Occup Health Nurs J*, 56, 159-165.
- Penalba, V., McGuire, H., & Leite, J. R. (2008). Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. *Cochrane Db Syst Rev*, CD005601.
- Pole, N., Best, S. R., Weiss, D. S., Metzler, T., Liberman, A. M., Fagan, J. et al. (2001). Effects of gender and ethnicity on duty-related posttraumatic stress symptoms among urban police officers. *J Nerv Ment Dis*, 189, 442-448.
- Rebergen, D. S., Bruinvels, D. J., Bezemer, P. D., van der Beek, A. J., & Mechelen, W. van (2009). Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med*, 51, 305-312.
- Rebergen, D., Asghari, E., Sluiter, J., Pal, T., Dijk, F. v., & Frings-Dresen, M. (2008). De invloed van arbeidsrisico's op gezondheid en arbeidsparticipatie. Amsterdam: Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid/Nederlands Centrum voor Beroepsziekten Academisch Medisch Centrum (AMC).
- Regel, S. (2007). Post-traumatic support in the workplace: the current status and practice of critical incident stress management (CISM) and psychological debriefing (PD) within organizations in the UK. *Occup Med-C*, 57, 411-416.
- Richter, D., Needham, I., & Kunz, S. (2006). The effects of aggression management training for mental health care and disability care staff: A systematic review. In D. Richter, R. Whittington, D. Richter, & R. Whittington (Eds.), *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management* (pp. 211-225). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. (2009). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Db Syst Rev*, CD006869.
- Rona, R. J., Hooper, R., Jones, M., Hull, L., Browne, T., Horn, O. et al. (2006). Mental health screening in armed forces before the Iraq war and prevention of subsequent psychological morbidity: follow-up study. *Brit Med J*, 333, 991.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Db Syst Rev*, CD000560.
- Scholes, C., Turpin, G., & Mason, S. (2007). A randomised controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress disorder following a traumatic injury. *Behav Res Ther*, 45, 2527-2536.
- Sectorfonds SOVAM. (2001). *Handreiking Bedrijfs Opvang Team Ambulancezorg* Zwolle.
- Seidler, G. H. & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med*, 36, 1515-1522.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V., & Gersons, B. P. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *Br J Psychiat*, 189, 150-155.
- Silver, S. M., Rogers, S., & Knipe, J. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: a community-based intervention project in New York City. *Int J Stress Manage*, 12, 29-42.
- Slotje, P., Twisk, J. W., Smid, N., Huizink, A. C., Witteveen, A. B., van, M. W. et al. (2007). Health-related quality of life of firefighters and police officers 8.5 years after the air disaster in Amsterdam. *Qual Life Res*, 16, 239-252.
- Smid, N., Slotje, P., Witteveen, A. B., Huizink, A. C., Twisk, J. W., & Bijlsma, J. A. (2004). De gezondheid van hulpverleners en hangarmedewerkers ruim 8 jaar na de Vliegkamp Bijlmermeer. Tweede deelrapport van het Medisch Onderzoek Vliegkamp Bijlmermeer - Epidemiologie (MOV-B-E) Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, VU Medisch Centrum.
- Smid, N., Slotje, P., Witteveen, A. B., Huizink, A. C., Twisk, J. W. R., & Bijlsma, J. A. (2004). De gezondheid van hulpverleners en hangarmedewerkers ruim 8 jaar na de Vliegkamp Bijlmermeer. Eerste deelrapport van het Medisch Onderzoek Vliegkamp Bijlmermeer - Epidemiologie (MOV-B-E) Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, VU Medisch Centrum.
- Social and Economic Council of the Netherlands (Sociaal Economische Raad, SER), 2009. *Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties. Advies aan minister van VWS.* Den Haag: Sociaal Economische Raad.
- Spinhoven, P. & Verschuur, M. (2006). Predictors of fatigue in rescue workers and residents in the aftermath of an aviation disaster: a longitudinal study. *Psychosom Med*, 68, 605-612.
- Stewart, S. H., Mitchell, T. L., Wright, K. D., & Loba, P. (2004). The relations of PTSD symptoms to alcohol use and coping drinking in volunteers who responded to the Swissair Flight 111 airline disaster. *J Anxiety Disord*, 18, 51-68.
- Taal, L. (2008). *Enkele principiële overwegingen over richtlijnen psychische hulpverlening na calamiteiten.* Psychologie & Gezondheid, 36, 176-179.
- Turpin, G., Downs, M., & Mason, S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. *Br J Psychiat*, 187, 76-82.
- Van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet*, 360, 766-771.
- Velden, P. G. van der, & Kleber, R. J. (2000). *Nasleep Herculesramp. Personeelszorg voor en huidige gezondheidszorg van betrokken brandweer en ambulance medewerkers.* Zaitbommel: Instituut voor Psychotrauma.
- Vitzthum, K., Mache, S., Joachim, R., Quarcioo, D., & Groneberg, D. A. (2009). Psychotrauma and effective treatment of post-traumatic stress disorder in soldiers and peacekeepers. *J Occup Med Toxicol*, 4, 21.
- Wagner, S. L. (2005). Emergency Response Service Personnel and the Critical Incident Stress Debriefing Debate. *Int J Emerg MentHealth*, 7, 33-41.
- Walburg, J. (2008). *Mentaal vermogen. Investeren in geluk.* Amsterdam: Nieuw-Amsterdam.
- Watson, P. J., Friedman, M. J., Gibson, L. E., Ruzek, J. I., Norris, F. H., & Ritchie, E. C. (2003). Early Interventions for trauma-related problems. In R. J. Ursano & A. E. Norwood (Eds.), *Trauma and Disaster Responses and Management.* Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Wessely, S. (2005). Risk, psychiatry and the military. *Br J Psychiat*, 186, 459-466.
- Wijmen, F. C. B. v., Ubachs-Moust, J., Everdingen, J. J. E., Swinkels, J. A., & Klundert, J. L. M. van (2004). *De juridische status van richtlijnen. Evidence-based richtlijnontwikkeling, een leidraad voor de praktijk.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Williams, A., Hagerty, B. M., Andrei, A. C., Yousha, S. M., Hirth, R. A., & Hoyle, K. S. (2007). STARS: strategies to assist navy recruits' success. *Mil Med*, 172, 942-949.
- Williams, A., Hagerty, B. M., Yousha, S. M., Horrocks, J., Hoyle, K. S., & Liu, D. (2004). Psychosocial effects of the BOOT STRAP intervention in Navy recruits. *Mil Med*, 169, 814-820.
- Witteveen, A. B., Bramsen, I., Twisk, J. W., Huizink, A. C., Slotje, P., Smid, T. et al. (2007). Psychological distress of rescue workers eight and one-half years after professional involvement in the Amsterdam air disaster. *J Nerv Ment Dis*, 195, 31-40.
- Wodarski, J. S. (2004). Preparing social services and public services professionals for meaningful roles in disaster services. *Stress Trauma Crisis*, 7, 209-222.
- Woodall, S. (1998). *Ask not why the wounded fall, but how the valiant continue to march: new theory on work-related stress management in the fire service.* Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, Vol 59(9-A), Mar 1999. pp. 3665.
- Yzermans, C. J., Dirkzwager, A. J., DenOuden, D. J., Kerssens, J. J., Donker, G. A., & Veen, P. M. H. ten, et al. (2003). Monitoring gezondheid getroffen Vuurwerkramp Enschede. Utrecht: Nivel.

Příloha 1

Organizace zapojené do systému těchto Vodítek

Primární cílovou skupinu těchto Vodítek tvoří holandské uniformovaní pracovníci a také organizace, ve kterých tito zaměstnanci pracují (organizace poskytující službu uniformovaných zaměstnanců - USO). Uniformovaní pracovníci jsou definováni takto: uniformovaní pracovníci, jejichž úkolem je poskytovat pomoc po mimořádných událostech a katastrofách, tato pomoc je založena na organizovaném profesionálním kontextu.

Následující organizace se aktivně podílely na vývoji těchto Vodítek:

- Nizozemská policie (Politie Nederland)
- Národní policejní úřad (Korps Landelijke Politiediensten – KLPD)
- Hasičský záchranný sbor (Nederlandse Vereniging voor Brandweezorg en Rampenbestrijding – NVBR)
- Nizozemská ambulantní péče (Ambulancezorg Nederland – AZN)
- Dispečink Národní ambulantní péče (Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg – LMAZ)
- Ministerstvo obrany
- Nizozemská královská policie (Koninklijke Marechaussee)
- Nizozemská královská asociace pro vodní záchranné akce (Reddingsbrigade Nederland – KNBRD)
- Nizozemská královská instituce pro záchranné akce na moři (Koninklijke Nederlandse Reddingsmaatschappij – KNRM)

Kromě toho jsou doporučení obsažená v těchto Vodítkách důležitá také pro profesionální poskytovatele záchranné služby, kteří by mohli být zapojeni do systému následné psychosociální péče u uniformovaných pracovníků, kteří prožili potencionálně traumatizující události. Následující organizace se aktivně podílely na vývoji těchto Vodítek:

- Nizozemská škola praktických lékařů (Nederlands Huisartsen Genootschap – NHG)
- Nizozemská společnost pracovního lékařství (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde – NVAB)
- Nizozemská asociace psychologů (Nederlands Instituut van Psychologen – NIP)
- Nizozemská společnost pro psychiatrii (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie – NVvP)

Kromě výše uvedených organizací je třeba uvést také tyto organizace, které (mimo jiné) přispěly svou pomocí při konečné úpravě těchto Vodítek:

- Duchovní poradenství (v rámci Ministerstva obrany a v rámci Nizozemské policejní organizace)
- Nizozemská tisková rada (Raad voor de Journalistiek – RvJ)
- Nizozemský Červený kříž (Nederlandse Rode kruis)
- Pomoc obětem, Holandsko (Slachtofferhulp Nederland)

Sdružení nizozemských měst (Vereniging van Nederlandse Gemeenten – VNG)

Příloha 2

Popis výzkumu literatury

První základní průzkum dostupné literatury byl proveden na konci roku 2008. Doplňkový průzkum literatury byl proveden v srpnu 2009, částečně na základě dodatečných otázek formulovaných v projektové skupině. Oba průzkumy jsou popsány níže.

Výsledky základního průzkumu

Průzkum v příslušné odborné literatuře v roce 1996 byl proveden v databázích společností Medline (PubMed), EMBASE a PsycINFO. Počáteční pozornost se soustředila na stávající vodítka, systematické přehledy a náhodně rozdělené kontrolované studie (RCT) v oblasti psychosociální podpory a dohledu nad poskytovateli této pomoci po katastrofách. Mezi jinými zdroji byla využita vyhledávací strategie pro intervence u pracovních problémů, která byla vyvinuta a ověřena ve společnosti Cochrane Occupational Health Field.

Citlivé vyhledávání podle strategie Cochrane Occupational Health Field, vyhledávané výrazy: traumatický stres, pracovníci pro případy katastrofy, záchranáři

```
(effect*[tw] OR control*[tw] OR evaluation*[tw] OR program*[tw]) AND (work[tw] OR works*[tw] OR work*[tw] OR worka*[tw] OR worke*[tw] OR workg*[tw] OR worki*[tw] OR workl*[tw] OR workp*[tw] OR occupation*[tw] OR prevention*[tw] OR protect*[tw]) AND (“Stress Disorders, Post-Traumatic”[Mesh] OR “Stress Disorders, Traumatic”[Mesh] OR “Stress Disorders, Traumatic, Acute”[Mesh]) AND disaster workers OR rescue workers
```

Shodná klíčová slova byla použita v programech EMBASE a PsycINFO. Během tohoto hledání se objevilo 98 výsledků (zejména při omezení vyhledávání na poskytovatele pohotovostní služby). Další výběr proběhl v rámci limitující funkce. Shodné vyhledávání u „pracovníků pro traumatické situace“ místo „pracovníků pro případy katastrofy“ nebo „záchranářů“ nabídlo 93 výsledků. Některé výsledky se shodovaly s těmi předchozími. Další výběr proběhl v rámci limitující funkce. Další vyhledávání bylo provedeno pomocí zadávání takových termínů, jako například záchranáři, policisté, hasiči, personál záchranné služby, vojsko, kolegiální podpora, regenerace a řízení spánku. Dále byla použita také obecná vyhledávací strategie popsaná v publikaci Haafkens (2006). Prozkoumána byla také literatura použitá v pokynech NICE, PTSD (2005). Výsledek se projevil v podobě několika doplňujících článků.

Popis výběru literatury

132 abstraktů nalezených během prvního vyhledávání bylo vyhodnocováno podle obsahu a kvality. Byly vybrány takové články, které popisují výzkum (psychosociálních) důsledků katastrof u poskytovatelů (uniformované) pomoci, nebo články, které popisují účinnost zásahů v oblasti psychosociální podpory a dohled v rámci této cílové skupiny. Řada článků byla v konečném důsledku

vyloučena. Jednalo se o takové články, které se zaměřovaly především na civilní oběti katastrof nebo pouze na obecné post-traumatické stresové poruchy. Pomocí metody sněhové koule jsme prozkoumali bibliografii výsledných 35 článků a vybrali řadu dalších článků. Tento postup vedl k celkovému počtu 44 vybraných článků, jejichž celé texty byly náležitě prozkoumány. Většina z těchto 44 článků byla věnována obecným následkům katastrof. Mnohem méně článků se zaměřovalo na to, co je nutné po katastrofě udělat. Nakonec bylo projektové skupině prezentováno 8 těchto článků.

Výsledky doplňkového průzkumu

Toto vyhledávání se dále zaměřuje na důsledky katastrof u (uniformovaných) pracovníků. Tyto dokumenty obsahují systematické přehledy a meta-analýzy od roku 1995, a to v holandštině, angličtině, francouzštině, němčině a španělštině. Toto vyhledávání bylo provedeno v programech PsycINFO, PubMed a PILOTS (databáze článků souvisejících s traumatickými událostmi). Citlivé vyhledávání bylo vybráno za účelem získání co nejvyššího výnosu. Během definování pojmů byla použita strategie Cochrane Occupational Health Field.

První, obecnější výzkum byl zaměřen na hodnocení. Během tohoto výzkumu byla použita kombinace pojmů vztahujících se k určitým profesním skupinám a traumatickým stavům v práci (stres). Během tohoto vyhledávání, které částečně kopírovalo vyhledávání prováděné v pokynech pro časné psychosociální intervence po katastrofických událostech, teroristických akcích a dalších traumatizujících událostech (Impact, 2007), bylo nalezeno 116 článků. Tento fond nám posloužil pro výběr 21 článků týkajících se agresivity v práci, charakteristiky zaměstnanců a zvýšeného rizika psychiatrických problémů a ochrany před těmito problémy.

Uniformed workers

DE "Rescue Workers" or DE "Fire Fighters" or DE "Police Personnel") or (DE "Emergency Services") OR DE "Military Personnel" OR DE "Air Force Personnel" OR DE "Army Personnel" OR DE "Coast Guard Personnel" OR DE "Commissioned Officers" OR DE "Enlisted Military Personnel" OR DE "Marine Personnel" OR DE "Military Medical Personnel" OR DE "Military Psychologists" OR DE "National Guard Personnel" OR DE "Navy Personnel" OR DE "ROTC Students" OR DE "Volunteer Military Personnel" OR TI (red cross OR disaster responders OR disaster work* OR rescue handler* OR trauma work* OR trauma intervent* OR rescue and recovery worker* OR armed forces OR ambulance personnel OR ambulance service worker* OR rescuers OR uniformed health care work* OR emergency personnel OR emergency services personnel OR emergency nurs*) or AB (red cross OR disaster responders OR disaster work* OR rescue handler* OR trauma work* OR trauma intervent* OR rescue and recovery worker* OR armed forces OR ambulance personnel OR ambulance service worker* OR rescuers OR uniformed health care work* OR emergency personnel OR emergency services personnel OR emergency nurs*) or KW (red cross OR disaster responders OR disaster work* OR rescue handler* OR trauma work* OR trauma intervent* OR rescue and recovery worker* OR armed forces OR ambulance personnel OR ambulance service worker* OR rescuers OR uniformed health care work* OR emergency personnel OR emergency services personnel OR emergency nurs*) OR TI (fire service personnel OR accident and emergency work* OR emergency nurs*) or AB (fire service personnel OR accident and emergency work* OR emergency nurs*) or KW (fire service personnel OR accident and emergency work* OR emergency nurs*) OR TI (helping profession* OR mental health professional*) or AB (helping profession* OR mental health professional*) or KW (helping profession* OR mental health professional*) OR DE "cal-

ersonnel" or DE "Military Medical Personnel" or DE "Nurses" or DE "Health Personnel" or DE "Allied Health Personnel" or DE "Occupational Therapists" or DE "Counselors" or DE "General Practitioners" or DE "Physicians" or DE "Psychologists" OR DE "Clinical Psychologists" OR DE "Counseling Psychologists" OR DE "Educational Psychologists" OR DE "Experimental Psychologists" OR DE "Industrial Psychologists" OR DE "Military Psychologists" OR DE "Social Psychologists" or DE "Psychotherapists" OR DE "Hypnotherapists" OR DE "Psychoanalysts" or DE "Therapists" or DE "Clinicians" or DE "Juries" or DE "Judges" OR DE "Impaired Professionals"

Traumatický stav

KW psychological N2 debriefing or TI psychological N2 debriefing or AB psychological N2 debriefing OR DE Debriefing (Experimental) or DE Debriefing (Psychological) or DE "Emotional Trauma" or DE "Posttraumatic Stress Disorder" or DE "Psychological Stress" or DE "Terrorism" or DE "Distress" or DE "Survivors" or DE "Stress" OR DE "Chronic Stress" OR DE "Environmental Stress" OR DE "Financial Strain" OR DE "Occupational Stress" OR DE "Physiological Stress" OR DE "Psychological Stress" OR DE "Social Stress" OR DE "Stress Reactions" or DE "Acute Stress Disorder" or DE "Disasters" or DE "Natural Disasters" or DE "Violence" OR DE "Family Violence" OR DE "Patient Violence" OR DE "School Violence" OR DE "Violent Crime" or DE "Violent Crime" OR DE "Family Violence" OR DE "Homicide" OR DE "Physical Abuse" OR DE "Political Assassination" OR DE "Rape" OR DE "Terrorism" or DE "Homicide" or DE "Genocide" OR TI critical incidents or AB critical incidents or KW critical incidents

Pracovní stres / všeobecné problémy související s pracovním procesem

DE "Occupational Stress" or DE "Occupational Exposure" or DE "Stress" or DE "Stress Reactions" or DE "Stress Management" or DE "Caregiver Burden" or DE "Impaired Professionals" OR ((TI work OR works* OR work* OR worka* OR worke* OR workg* OR worki* OR workl* OR workp* OR occupation* OR prevention* OR protect*) or AB (work OR works* OR work* OR worka* OR worke* OR workg* OR worki* OR workl* OR workp* OR occupation* OR prevention* OR protect*) AND DE "Posttraumatic Stress Disorder"

Toto přídatné vyhledávání bylo provedeno v zájmu nalezení odpovědí na řadu konkrétních otázek, které se týkají následujících témat:

Efektivita tréninku (175 článků)

(skill based intervention* OR social problem solving program* OR social problem solving approach* OR psychological skills intervention* OR psychological skills training) "peer support" DE "Social Support" OR DE "Social Networks" OR DE "Online Social Networks" OR DE "Support Groups" OR DE "Twelve Step Programs" staff education "Prevention" coping behavior or KW coping strategies morbidity "Debriefing (Experimental)" or DE "Debriefing (Psychological)"

Efektivita metod výběru (54 článků)

(DE “Job Performance” OR DE “Employee Efficiency” OR DE “Employee Productivity”) or (DE “Personnel Recruitment”) or (DE “Coping Behavior”) vulnerability “Susceptibility (Disorders)”) or (DE “Prediction”) or (DE “Morbidity”) “Personnel Selection” OR DE “Job Applicant Interviews” OR DE “Job Applicant Screening” or DE “Selection Tests” OR DE “Psychological Screening Inventory” or DE “Military Recruitment” (helping profes-sion* OR mental health professional*) or AB (helping profession* OR mental health professional*) or KW (helping profession* OR mental health professional*)(fire service personnel OR accident and emergency work* OR emergency nurs*)

Vztah mezi fyzickým zraněním a psychickými důsledky (223 článků)

(physical trauma* OR physical damag*) or AB (physical trauma* OR physical damag*) or KW (physical trauma* OR physical damag*) (DE “Wounds” or DE “Injuries” or DE “Burns” or DE “Electrical Injuries” or DE “Head Injuries” or DE “Brain Concussion” or DE “Traumatic Brain Injury”)

Role chronického stresu (souvisejícího s prací) a často se vyskytující nehody (151 článků)

(secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or TI=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) OR (AB=((secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or AB=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) OR (DE=((“vicarious traumatization” or “trauma contagion”)) OR ((TI=((secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or TI=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) or(AB=((secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or AB=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) or(DE=((“vicarious traumatization” or “trauma contagion”)))) and((DE=”burnout”) or(TI=(chronic stress) or AB=(chronic stress)))) and(rct or random*)

Sociální pomoc (200 článků)

(DE “Public Opinion”) and (DE “Mass Media” or DE “Communications Media” OR DE “Audio-visual Communications Media” OR DE “Mass Media” OR DE “Telecommunications Media” or DE “News Media” OR DE “Newspapers” or DE “Printed Communications Media” OR DE “Books” OR DE “Magazines” OR DE “Newspapers” or DE “Television” OR DE “Closed Circuit Television” OR DE “Educational Television” OR DE “Television Advertising”))“public attention” [ti] OR “public awareness” [ti] “Disaster Medicine”[Mesh]

Efektivita pohovorů a psychologických informací (96 článků)

TI (debriefing OR crisis intervention) or AB (debriefing OR crisis intervention) or KW (debriefing OR crisis intervention) psychoeducation[tiab] OR “Patient Education as Topic”[Mesh] OR “psy-chological skills training*”[tiab] OR motivational interviewing[tiab] OR “patient teaching”[tiab] OR “patient instruction”[tiab] OR “patient information”[tiab] OR “patient knowledge”[tiab] OR (patient[tiab] AND (educational program[tiab] OR educational programing[tiab] OR educational programme[tiab] OR educational programmes[tiab] OR educational programming[tiab] OR educational programs[tiab] OR educational programmes/schools[tiab] OR educational intervention[tiab] OR educational interventions[tiab]))

Efektivita kolegiální podpory (97 článků)

(DE “Impaired Professionals” DE “Vicarious Experiences”“peer support”[All Fields] OR “Social Support”[Mesh] OR “Self-Help Groups”[Mesh] “colleague support”)

Úloha dohlížejících pracovníků (112 článků)

(“leadership” OR “employer” OR “supervisor” OR “manager” AND “job performance”)

Efektivita zvládnání stresu, profesionální (firemní) zdravotní péče (167 článků)

(adjustment disorders[MeSH Terms] OR burnout, professional[MeSH Terms] OR work stress[Text Word] OR occupational stress[Text Word] OR job stress[Text Word] OR neurasthenia[MeSH Terms] OR minor depression[Text Word] OR ((mixed[All Fields] AND (anxiety[MeSH Terms] OR anxiety[Text Word])) AND ((depressive disorder[MeSH Terms] OR depression[MeSH Terms]) OR depression[Text Word])) OR emotional disorder[Text Word] AND (“stressmanagement\ OR timing feedback\ OR “return to work\ OR (occupational AND therap*) OR (occupational AND interven-tion*) OR “ OR “work capacity evaluation\ OR “vocational guidance\ OR absenteeism OR “oc-cupational health service\ OR “occupational health\ OR “sick leave\ OR “sickness absence\ OR occupation* OR job)

Popis výběru literatury

Výsledkem těchto hledání je celkem 1391 článků. Nejprve proběhlo posouzení na základě názvů těchto článků a poté byly prozkoumány výtahy z 227 článků. Nakonec byly prozkoumány plné texty z 59 článků, z čehož 15 článků bylo podrobena meta-analýze. Bibliografie těchto 15 článků byla přezkoumána pomocí metody sněhové koule a poté byly vybrány některé další články. Sedm článků ze zbývajících 65 bylo předloženo čtenářským skupinám, které byly vytvořeny z projektové skupiny, navíc bylo doplněno několik otázek týkajících se kvality a použitelnosti těchto článků. Tyto čtenářské skupiny u každé otázky posuzovaly vhodnost článků. Vědecké závěry z článků pak byly zahrnuty do těchto Vodítek.

Příloha č. 3

Celkový přehled doporučení

Tato příloha obsahuje kompletní přehled doporučení formulovaných ve Vodítkách pro psychosociální podporu u uniformovaných pracovníků. Tato doporučení jsou chronologicky zastoupena podle struktury Vodítek a zahrnují tato následující témata:

- Vize a kontext (doporučení 1 - 12);
- Příprava: výběr, informace a role v organizaci (doporučení 13 - 16);
- Organizovaná kolegiální podpora a sledování (doporučení 17 - 48); a
- Nasazení odborné péče (doporučení 49 - 55).

Vize a kontext

Potenciálně šokující události a možné následky

- 1 Projektová skupina doporučuje u definování potencionálně traumatizujících události používat kritéria A1 diagnózy posttraumatického stresového syndromu (PTSS) podle programu DSM-IV a rozšířit tato kritéria dále na další případné psychiatrické stížnosti a poruchy. Kritérium A1 zní takto: osoba, která přímo na sobě nebo na jiných osobách zažila nebo viděla událost či události, které zahrnovaly skutečné nebo hrozící případy smrti nebo vážného zranění či ohrožení fyzické integrity, nebo osoba, která s těmito událostmi byla konfrontována.
- 2 Následující psychiatrické a psychosociální důsledky je třeba vzít po potencionálně traumatizujících události v úvahu: narušení životních funkcí; stížnosti na úzkostné stavy; zvýšené absence; zvýšené užívání návykových látek; problémy v soukromém životě uniformovaného zaměstnance; necitlivost; emoční stažení; syndrom akutního stresu; posttraumatický stresový syndrom; depresivní poruchy; poruchy spánku; konflikty na pracovišti a pracovní neschopnost.

Rizikové a protektivní faktory

- 3 Obecné rizikové a protektivní faktory rozvoje PTSS po šokující události jsou (v obecné populaci):

pre-traumatické faktory

- předchozí traumatizace
- předchozí psychopatologický stav
- neurotické stavy

peri-traumatické faktory

- závažnost traumatu

post-traumatické faktory

- sociální podpora
- další zdroje stresu

Projektová skupina dále doporučuje obezřetnost vůči situacím, ve kterých uniformovaní pracovníci nemluví o traumatu, které zažili, vyhýbají se konkrétním úkolům a činnostem, nebo hledají

různé formy rozptýlení, které jsou pro dané jednotlivce nebo jejich sociální souvislosti škodlivé (např. zneužívání návykových látek).

- 4 Projektová skupina uvádí, že psychosociální podpora uniformovaných zaměstnanců se odvíjí od kvalit zaměstnavatele. To je důvod, proč systém USO věnuje pozornost takovým faktorům, které podporují duševní odolnost. Tyto faktory zahrnují například atraktivní úkoly, možnosti rozvoje, sociální podporu, zpětnou vazbu a hodnocení pomocí týmové práce a inspirující a prospěšné vedení. Kromě toho je určitá pozornost věnována také snižování rizikových faktorů. Tyto rizikové faktory zahrnují například pracovní vypětí, emočně náročnou práci či procesní a vztahovou nespravedlnost v rámci organizace.
- 5 Kromě výše zmíněných obecných faktorů, které se vztahují rovněž na uniformované zaměstnance, zdůrazňuje projektová skupina význam nabízení sociální podpory. Zvláštní pozornost s ohledem na uniformované zaměstnance musí být věnována těmto následujícím faktorům:
 - a uznání;
 - b možnost „vyprávět svůj příběh“;
 - c diskuse související s následnou péčí a s podporou; a
 - d informace o činnosti dalších zainteresovaných stran.

Kromě toho musí být uniformovaný zaměstnanec co možná nejlépe chráněn - mimo jiné prostřednictvím poskytování informací a přípravy - před možnými (negativními) reakcemi z okolního prostředí, před vykonstruovaným obviňováním či agresivitou.

- 6 Projektová skupina doporučuje provedení dalšího výzkumu v oblasti faktorů zvyšujících rizika a zejména v oblasti ochranných faktorů. Tento postup umožňuje jednotlivým uniformovaným složkám, aby mohly přijímat opatření pro zabránění pozdějším problémům v procesu zvládnutí.
- 7 Projektová skupina doporučuje určitou obezřetnost s ohledem na to, že fyzické zranění utrpěné během potencionálně traumatizující události může mít na uniformované zaměstnance negativní psychosociální vliv.
- 8 Zprávy v médiích (zejména negativní zprávy) si v průběhu následné péče u uniformovaných zaměstnanců také zaslouží svou pozornost. Projektová skupina doporučuje, aby si jednotlivé uniformované složky byly vědomy negativního vlivu médií po traumatizující události, s ohledem na zdravotní stav uniformovaných zaměstnanců.
- 9 Projektová skupina doporučuje používat (již existující) protokoly, které nabízejí postupy při řešení situací spojených s agresivitou, která se týká dané uniformované složky.

Odpovědnost za psychickou pohodu uniformovaných zaměstnanců

- 10 Přestože nizozemská legislativa uvádí, že zaměstnavatel je za psychickou pohodu svých uniformovaných zaměstnanců odpovědný, nejnovější právní úprava nestanoví žádné jasné stanovisko ke konkrétní realizaci tohoto ustanovení. Doporučuje se proto, aby si každá jednotlivá uniformovaná složka stanovila a zdokumentovala své vlastní hranice odpovědnosti za péči o své zaměstnance.
- 11 Každá uniformovaná složka je odpovědná za to, že bude věnovat trvalou pozornost stávajícím rizikovým faktorům souvisejícím s rozvojem poruch založeným na pracovním stresu utrpěném během traumatizující události. Zaměstnavatel se může například snažit o podporu psychosociální pohody během zdravotního šetření na pracovišti.
- 12 Organizace zaměstnavatele musí vytvořit takové pracovní podmínky, které snižují negativní dopad traumatizujících událostí na duševní zdraví uniformovaných zaměstnanců.

Příprava: výběr, informace a role v příslušné organizaci

- 13** Možnost doporučování screeningu uniformovaných pracovníků v zájmu snížení výskytu psychických stesků nebo výskytu snížené pracovní výkonnosti není podložena dostatkem důkazů.
- 14** Projektová skupina doporučuje provádět popisy příkladů úspěšné následné péče a postupů kolegiální podpory a aplikaci těchto postupů v rámci různých uniformovaných složek.
- 15** Projektová skupina klade důraz na důležitost pravidelných zdravotních prohlídek, preventivních lékařských prohlídek nebo průzkumů spokojenosti zaměstnanců, tyto aspekty patří k základní charakteristice dobrého zaměstnavatele. Kromě toho je zde žádoucí organizovaný přístup k řešení incidentů, ve kterém by měly být splněny následující body:
- 1 poskytnutí dobrého školení a profesionálního personálu;
 - 2 řádná dokumentace rolí a povinností poskytovatelů péče;
 - 3 snadná dostupnost odborné pomoci.
- 16** Projektová skupina doporučuje provádět podrobnější (kvalitativní) výzkum vlivu preventivních postupů v rámci snížení počtu stížností u uniformovaných zaměstnanců.

Organizovaná kolegiální podpora a systém sledování

Základní principy

Kontext podpory: jaký druh podpory je efektivní?

- 17** Projektová skupina doporučuje vytvoření podpůrného programu prostřednictvím „formy kolegiální podpory, kdy je učiněn pokus o to, aby byla poskytnuta podpora a psychosociální péče zaměstnancům, kteří jsou vystaveni potenciaálně traumatické pracovní zkušenosti, a tím se zabránilo snížení pracovního výkonu“. Tato kolegiální podpora se postupně vyrovnává s pracovními metodami, které jsou v současné době nabízeny u většiny uniformovaných složek v Nizozemí.
- 18** Aby bylo možno zajistit optimální psychosociální péči v rámci organizací, doporučuje projektová skupina zavedení kolegiální podpory, která bude dobře vedená a podporovaná stranou uniformované organizace, a to s použitím přístupu a rámců uvedených v těchto Vodítkách.

Kolegiální podpora a související intervence

- 19** Projektová skupina doporučuje používat termíny provozní porada a psychologická informace, naopak je třeba se vyhýbat používání termínu psychologická porada.
- 20** Projektová skupina doporučuje uvolnění určitého času pro operační poradu / briefing (je-li to možné, měla by tato porada mít multidisciplinární charakter), v tomto kontextu by se neměla věnovat zvláštní pozornost emocionálním aspektům příslušných zkušeností.
- 21** Navzdory nedostatku vědeckých důkazů o účinnosti poskytování psychologicky relevantních informací projektová skupina doporučuje, aby byly uniformovaným pracovníkům tyto „psychologické informace“ poskytovány, a to s cílem zlepšit duševní odolnost. Psychologické informace by měly být zaměřeny na zvýšení praktické soběstačnosti uniformovaných zaměstnanců a zlepšení jejich pracovního kontextu, a to prostřednictvím uznávání a rozpoznávání jejich zkušeností, s důrazem na význam takových aspektů, jakým je například metoda bdělého očekávání, dále prostřednictvím sledování pracovní funkčnosti uniformovaných zaměstnanců a případně také podporou adekvátního přístupu založeného na vyhledávání pomoci. Tato forma informace by neměla být poskytována pouze bezprostředně po traumatizujícím incidentu, ale měla by být zaměstnancům nabídnuta již dříve.

Organizace kolegiální podpory

Jádro organizované kolegiální podpory

- 22** Projektová skupina doporučuje využívání systému kolegiální podpory. Tato kolegiální podpora je v řadách uniformovaných zaměstnanců uznávána. Tato metoda rovněž snižuje práh pro vyhledávání pomoci. Na základě tohoto obecného východiska záleží na každé uniformované složce, aby si vytvořila určitou strukturu, která přesně „sedí“ její vlastní organizaci.
- 23** Projektová skupina poukazuje na to, že tato organizovaná kolegiální podpora by měla být základem pro podporu kolegů, kteří prožili traumatizující událost, přičemž by se měla věnovat pozornost těmto aspektům:
- 1 poskytování praktické pomoci;
 - 2 stimulace procesu obnovy zdraví (zotavení);
 - 3 včasná identifikace možných (psychosociálních) problémů a včasná organizace odborné pomoci;
 - 4 monitorování léčebného / úzdravného procesu;

- 5 aktivace sociální sítě;
- 6 (negativní) reakce z okolního prostředí.
- Tyto aspekty mohou být v rámci dané uniformované složky doplněny dalšími aspekty, které jsou pro tuto organizaci specifické.
- 24** Projektová skupina doporučuje u jednotlivých uniformovaných složek, které byly společně zainteresovány v traumatizující události, multidisciplinární následnou diskusi (provozní poradou).
- 25** Projektová skupina doporučuje v rámci organizované kolegiální podpory používat aplikaci složenou ze čtyř jednotlivých kroků:
- 1 zavedení expozice vůči potenciálně traumatizující události;
 - 2 zahájení kolegiální podpory (přivolání / jmenování poskytovatele kolegiální podpory);
 - 3 poskytnutí organizované kolegiální podpory pro spolupracovníky na pracovišti (šest úkolů uvedených v doporučení 23);
 - 4 (v případě potřeby:) doporučení pro další odkázání.
- Dohlížející pracovník musí absolvovat příslušnou instruktážní konzultaci během prvního kroku a tato instruktáž by měla pokračovat v průběhu procesu organizované kolegiální podpory. Dohlížející pracovník může tuto organizovanou kolegiální podporu iniciovat také sám, například po provozní konzultaci. Uniformovaná organizace určuje, kdo bude tyto kroky realizovat.

Zahájení organizované kolegiální podpory

- 26** Projektová skupina doporučuje při úvahách o zahájení organizované kolegiální podpory používat definici potenciálně traumatizující události, která je popsána v doporučení 1.
- 27** Projektová skupina doporučuje tato všeobecná kritéria pro pracovní rozmístění, která mohou být doplněna prostřednictvím dané uniformované složky. Zahájení kolegiální podpory musí být zvažováno při takových incidentech, které se týkají těchto následujících bodů:
- vážné zranění nebo hrozba (zejména u dětí);
 - zapojení rodiny nebo kolegů;
 - pocit bezmoci na straně (uniformovaného) pracovníka;
 - uniformovaní pracovníci, kteří zjevně tuto podporu potřebují;
 - přímé násilí použité proti uniformovanému zaměstnanci.
- 28** Tato organizovaná kolegiální podpora je v zásadě zahajována pouze u pracovních incidentů. Někdy mohou být předmětem této kolegiální pomoci také incidenty, které přímo s pracovním prostředím nesouvisí. Tyto případy však závisí na dobré vůli zaměstnavatele.
- 29** Projektová skupina doporučuje jednotlivým uniformovaným organizacím, aby si vytvořily svůj vlastní seznam základních incidentů společně s konkrétními kritérii pro nasazování této služby, ve kterých jsou zahrnuty výše uvedené body, které byly předmětem pozornosti a úvah.
- 30** Projektová skupina doporučuje sdílení tohoto seznamu základních incidentů mezi různými uniformovanými organizacemi. Tento způsob umožňuje vyrovnání a výměnu různých zkušeností a úvah.
- 31** Dohlížející pracovník může iniciovat tuto organizovanou kolegiální podporu na základě provozní rady. Projektová skupina doporučuje, aby byl tento dohlížející pracovník kvalifikován / vyškolen v oblasti, která se věnuje identifikaci uniformovaných pracovníků, kteří tuto podporu potřebují.

Nabídka organizované kolegiální podpory

- 32** První rozhovory v organizované struktuře kolegiální podpory by se měly uskutečnit několik dní poté, kdy došlo k aktuální expozici vůči problematické situaci, tedy nikoli ihned po tomto incidentu. To však nic nemění na skutečnosti, že v rámci organizace musí existovat také jakýsi podpůrný kontext, v němž je v případě potřeby vytvořen prostor pro uvolnění emocí a vyprávění vlastního příběhu.
- 33** Projektová skupina doporučuje rozvrstvení systému kolegiální podpory podle následujícího schématu.
- První rozhovor: několik dní po incidentu.
 - Druhý rozhovor: po čtyřech až šesti týdnech.
 - Třetí rozhovor: po třech měsících.
- 34** Projektová skupina doporučuje, aby byly provedeny maximálně 3 pohovory v rámci organizované kolegiální podpory, a to v souladu s výše uvedeným časovým rozvrstvením. Uniformovanému zaměstnanci musí být po vypršení těchto tří rozhovorů doporučeno, aby vyhledal odbornou pomoc.
- 35** Systém kolegiální podpory má kromě své podpůrné funkce také funkci včasného rozpoznání.
- 36** Diskrétnost je při kontaktu se členy organizované kolegiální podpory klíčovou otázkou, platí zde však také určité podmínky:
- 1 diskrétnost nemá charakter „privilegované výsady“, poskytovatel kolegiální pomoci tedy nemá v otázkách souvisejících s jeho vztahem s uniformovaným pracovníkem právo nevyprávět u soudu⁴;
 - 2 na základě otázek diskutovaných během kontaktování může poskytovatel kolegiální podpory rozhodnout, zda má být uniformovaný zaměstnanec sám proti sobě chráněn;
 - 3 pokud tento uniformovaný pracovník během svého kontaktování provádí útočnou, urážlivou nebo trestnou činnost, může u poskytovatele kolegiální podpory nastat problém.
- Tyto podmínky musejí být uniformovaným zaměstnancům jasně vysvětleny ještě před zahájením pohovoru v rámci kolegiální podpory. Předem musí být také jasné, že v případě potřeby může být celý rozhovor ukončen.
- 37** Spojení se systémem organizované kolegiální podpory by mělo dostat přednost před prostým zjišťováním skutečností, pokud však nemá vyšetřující orgán státního zastupitelství zásadní důvody pro jiná řešení.

Požadované znalosti a dovednosti pro zapojení do systému organizované kolegiální podpory

- 38** Projektová skupina doporučuje provádět školení pro účast v systému organizované kolegiální podpory v rámci organizace. Určitá pozornost musí být věnována diskusi o dovednostech (individuálně a ve skupinovém kontextu), základních znalostech psychologického traumatu, traumatizujících událostech a o potenciálních důsledcích. Pozornost musí být věnována také schopnosti rozpoznat problémy vyskytující se během obnovy po incidentu.
- 39** Každý zaměstnanec má povinnost přispívat svým dílem na zajištění vlastní použitelnosti, a to nejen tím, že se bude vzdělávat a udržovat své odborné dovednosti, ale také tím, že bude pečovat o své zdraví a psychickou pohodu. Zaměstnanec musí být v pravidelných intervalech informován o možnosti této (profesionální) pomoci.
- 40** Kompetence, které jsou relevantní pro poskytovatele kolegiální pomoci a které by měly být řešeny

4 Právní definice „výsady“, která je uvedena na internetových stránkách judikatury Nejvyššího soudu v Nizozemsku: <http://www.rechtspraak.nl> a která byla zpřístupněna dne 24. září 2010.

během školení:

- komunikační dovednosti;
- umění naslouchat;
- empatie;
- robustní, asertivní osobnost;
- nezávislost;
- spolehlivost.

Proces sledování - monitoring

41 Pokud to bude poskytovatel kolegiální pomoci považovat za nutné a také na základě konzultace s uniformovaným pracovníkem, tento poskytovatel kolegiální pomoci zaměstnanci poradí, aby vyhledal odbornou pomoc. Poskytovatel kolegiální pomoci může využít bodů uvedených v doporučení 50.

42 Projektová skupina nedoporučuje používání existujících výsledků klinických vyšetření v rámci programu kolegiální podpory za účelem jakéhosi „klinického udržování seznamu potíží“, seznamy z vyšetřování mohou být použity pouze profesionálními poskytovateli péče, jako jejich diagnostický nástroj. Pokud jsou však tyto seznamy použity jako tematické seznamy (témata k diskusi), mohou tyto dokumenty z vyšetřování sloužit jako základ při pohovorech vedených v rámci kolegiální podpory.

43 Projektová skupina doporučuje, aby dohlížející pracovníci měli určitou úroveň znalostí a dovedností nutnou pro rozpoznání psychosociálních problémů uniformovaných pracovníků, kteří prožili traumatickou událost. Tyto znalosti a dovednosti by měly zahrnovat alespoň tato následující hlediska:

- znalosti týkající se vlivů spojených s prožitkem traumatizující události a jejich společenský kontext;
- schopnost včasného rozpoznání psychosociálních problémů;
- znalosti o průběhu procesu obnovy zdraví;
- znalost faktorů, které ovlivňují proces obnovy zdraví;
- znalost možných (dočasných) důsledků pro výkonnost pracovníka;
- znalost prostředků, které mají být uplatněny v případě absence související s traumatickým zážitkem;
- znalost způsobů praktické a sociální podpory;
- znalost použití a případné potřeby úprav v pracovních činnostech;
- znalost ustanovení o (profesionální) péči v rámci uniformované složky;
- schopnosti související s podporou uniformovaných zaměstnanců;
- znalost úkolů, organizace a pracovních metod souvisejících se systémem kolegiální podpory a s uplatňováním tohoto systému kolegiální podpory;
- příslušné schopnosti pro motivaci uniformovaného zaměstnance k vyhledání odborné pomoci v případě psychosociálních problémů.

44 Dohlížející pracovník musí vzít v úvahu negativní vedlejší účinky incidentů a informace z následných studií (včetně vyhodnocování), jakými jsou například vnitřní výzkum, pozornost médií atd. Tento aspekt by měl být zahrnut do procesu informování a vzdělávání managementu, vedoucích pracovníků a členů organizované kolegiální podpory.

45 Projektová skupina doporučuje, aby tato detekce nebyla prováděna pouze po nehodách, ale aby byla zakotvena v každodenní praxi.

Úkoly a hodnocení systému organizované kolegiální podpory

46 Projektová skupina doporučuje, aby byla úloha spojená s koordinací, monitorováním a hodnocením činností systému kolegiální podpory v rámci organizace řádně zakotvena a dokumentována. Tuto úlohu by měla v ideálním případě obstarávat jen jedna osoba.

47 Koordinace organizované kolegiální podpory zahrnuje následující úkoly:

- řádný dohled nad kolegiální podporou
- dohled a odpovědnosti za kvalitu systému kolegiální podpory;
- řízení poskytovatelů kolegiální podpory;
- usnadnění činností kolegiální podpory;
- podporu náboru pro systém kolegiální podpory;
- uspořádání a zachovávání kontaktů s dalšími významnými partnery v této oblasti;
- organizace školení pro poskytovatele kolegiální podpory;
- zajištění dostupnosti systému kolegiální podpory;
- pravidelné sledování a vyhodnocování nasazování systému kolegiální podpory;
- pravidelné podávání zpráv o těchto aspektech v rámci organizace.

48 Projektová skupina doporučuje, aby byly v případě nastavení registračního systému v rámci kolegiální pomoci pečlivě dodržovány předpisy o ochraně soukromí. Informace o jednotlivých osobách, které jsou předávány v rámci systému kolegiální podpory, nesmějí být použity mimo tento kontext.

Nasazení odborné péče

Indikace potřeby odborné pomoci

49 Pokud bereme v úvahu myšlenku psychologického třídění po traumatizujících událostech, můžeme rozlišovat celkem tři skupiny postižených osob: 1) osoby, které si nestěžují; 2) osoby, které by si na potíže mohly stěžovat; a 3) osoby, které vykazují signály, jež naznačují přerušení procesu zotavení (tedy osoby, které proto potřebují být ihned identifikovány a doporučeny pro odpovídající odbornou péči). V rámci kolegiální podpory je třeba pěstovat povědomí o tom, že první skupina (dotčené osoby bez potíží) je největší a že hlavní úsilí systému kolegiální pomoci se zaměřuje na druhou a třetí skupinu.

50 Následující indikace / signály přerušení procesu zotavení / zvládnání by měly být během pohovoru v rámci systému kolegiální pomoci slovně projednávány a přezkoumávány.

- rušivé vzpomínky nebo sny o traumatizující události;
- rozrušení na základě opakovaných vzpomínek na traumatizující událost;
- fyzické reakce na stresovou situaci;
- netečnost, absence;
- problémy se spánkem;
- zvýšená podrážděnost nebo agresivita jako regulační prostředek pro zvládnání problémů (prchlivost);
- pocity nejistoty nebo úzkosti, přehnaná citlivost;
- výkyvy nálad, pochmurné nálady;
- potíže se soustředěním;
- zvýšené užívání alkoholu nebo drog;
- zhoršení provozuschopnosti (v práci i doma);
- pocit viny a stud.

51 Pokud uniformovaný pracovník, který prožil traumatizující událost, vykazuje během jednoho z pohovorů s poskytovatelem kolegiální pomoci znepokojující množství výše uvedených indikací / signálů, měla by mu být poskytnuta rada, aby vyhledal odbornou pomoc. Pokud tyto příznaky přetrvávají i po čtyřech až šesti týdnech po prožití traumatizující události, je velice vhodné podrobit se odborné péči v oblasti léčby traumatických stavů. Uniformovaný pracovník by měl vyhledat odbornou pomoc také v případě jakýchkoli pochybností.

52 Není doporučováno, aby mezi poskytovatelem kolegiální pomoci a uniformovaným zaměstnancem vznikl jakýsi „terapeutický vztah“.

53 Daná uniformovaná složka musí mít k dispozici protokol o předávání uniformovaných pracovníků do systému odborné péče. Poskytovatelé organizované kolegiální pomoci musí být o tomto protokolu informováni.

Efektivita odborné péče

54 Projektová skupina doporučuje využití stávajících vodítek a protokolů v oblasti podpory a psychosociální následné péče (např. pokyny s názvem Časné psychosociální intervence po katastrofách, teroristických útocích a dalších traumatizujících událostech (Impact, 2007)).

55 Projektová skupina se domnívá, že je důležité, aby měla příslušná organizace určité znalosti o možných léčebných metodách. Existuje rovněž možnost konzultace s firemním lékařem.