

Zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy: wspólna analiza wyników trzech ogólnoeuropejskich badań

Europejskie Obserwatorium Ryzyka
Streszczenie

Zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy: wspólna analiza wyników trzech ogólnoeuropejskich badań

w oparciu o badania przeprowadzone przez Irene Houtman, Iris Eekhout, Anita Venema, Maartje Bakhuys Roozeboom i Stef van Buuren (TNO)

Zarządzanie projektem: Xabier Irastorza, Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA)

Podziękowania: TNO pragnie podziękować Eurostatowi i Eurofound za bezpłatny dostęp do swoich danych dotyczących warunków pracy zawartych w module ad hoc BAEL 2013 oraz szóstym europejskim badaniu warunków pracy (EWCS). Dane z szóstego EWCS zostały udostępnione jeszcze przed ich oficjalną publikacją. Pragniemy również podziękować Maarit Varti-Väänänen i Kristie Pahkin (FIOH), Epp Kalaste i Jannowi Jarvemu (Centar), Inigo Isusiemu (IKEI) i Davidowi McDaidowi (LSE) za cenne uwagi, które przekazali podczas realizacji projektu jako eksperci zewnętrzni.

Niniejszy raport przygotowano na zlecenie Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA). Za treść tego artykułu, w tym za wszelkie wyrażone w nim opinie lub wnioski, odpowiadają wyłącznie jego autorzy i treść ta niekoniecznie odzwierciedla poglądy EU-OSHA.

**Europe Direct to serwis, który pomoże Państwu
znaleźć odpowiedzi na pytania dotyczące Unii Europejskiej.**

Numer bezpłatnej infolinii (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) niektórzy operatorzy telefonii komórkowej nie udostępniają połączeń z numerami 00 800 lub pobierają za nie opłaty.

Więcej informacji o Unii Europejskiej można znaleźć w portalu Europa (<http://europa.eu>).

Dane katalogowe znajdują się na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2017

© Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, 2017. Kopiowanie jest dozwolone pod warunkiem wskazania źródła.

Streszczenie

Aby zapewnić ponad 217 milionom pracowników w Unii Europejskiej (UE) lepszą ochronę przed wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi, Komisja Europejska przyjęła w 2014 r. strategiczne ramy UE dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2014-2020 ⁽¹⁾, w których omówiono główne wyzwania i strategiczne cele w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Ramy strategiczne mają zagwarantować, że Unia Europejska nadal będzie odgrywać wiodącą rolę w promowaniu wysokich standardów w zakresie warunków pracy, usprawniać wdrażanie przyjętych zasad dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa, w szczególności poprzez ułatwianie małym i średnim przedsiębiorstwom skutecznego wdrażania strategii zapobiegania ryzyku, a także efektywnie chronić pracowników przed chorobami zawodowymi poprzez podejmowanie działań w odpowiedzi na nowe i pojawiające się zagrożenia, nie zaniedbując przy tym znanych czynników ryzyka. W ramach strategicznych przedstawiono szereg działań, m.in. usprawnienie gromadzenia danych statystycznych, co pozwoli na dostęp do lepszej jakości dowodów oraz skuteczniejsze wykorzystanie danych, a także doskonalenie narzędzi monitorujących.

W ramach serii wtórnych analiz danych pochodzących z drugiego Europejskiego badania przedsiębiorstw na temat nowych i powstających zagrożeń (ESENER-2), Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA) zleciła badanie, w którym wykorzystano dane pochodzące z ESENER-2 w połączeniu z danymi z dwóch innych, zakrojonych na szeroką skalę, badań europejskich: modułu ad hoc BAEL 2013 w sprawie wypadków przy pracy i innych problemów zdrowotnych związanych z pracą oraz szóstego europejskiego badania warunków pracy; na ich podstawie przeprowadzono wspólną analizę. Chodziło o znalezienie odpowiedzi na istotne pytania dotyczące zarządzania ryzykiem BHP (co byłoby niemożliwe, gdyby poszczególne zestawy danych przeanalizowano w oderwaniu od siebie), np. „Czy pracownicy mają wrażenie, że są mniej narażeni na zagrożenia BHP, gdy tymi zagrożeniami zarządza się na poziomie przedsiębiorstwa?” oraz „Jaki wpływ ma to na stan zdrowia pracowników związany z wykonywaną pracą?”. Aby wspierać zarządzanie ryzykiem, należy wiedzieć, które czynniki wpływają na zarządzanie ryzykiem w zakresie bezpieczeństwa pracy, na przykład czy zarządzanie ryzykiem zależy od poziomu narażenia pracowników na zagrożenia związane z pracą, zarówno ogólne, jak i specyficzne, czy większa częstotliwość występowania problemów zdrowotnych motywuje do podejmowania działań w obszarze zarządzania zagrożeniami dla zdrowia w miejscu pracy, oraz czy bodźce i bariery dla zarządzania ryzykiem BHP, takie jak zaangażowanie kierownictwa, uczestnictwo pracowników lub brak zasobów, również stanowią wymagające uwzględnienia czynniki. Wiedza ta może być cenna dla decydentów, przedstawicieli pracodawców i pracowników, a także specjalistów ds. BHP, ponieważ ułatwi im promowanie idei zarządzania ryzykiem w miejscu pracy.

Analizę przeprowadzono w oparciu o następujące pytania badawcze:

1. Czy, na podstawie informacji przekazanych przez pracowników, narażenie na ogólne zagrożenia oraz na ryzyko środowiskowe, ryzyko wystąpienia zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i ryzyko psychospołeczne jest powiązane ze świadomością ryzyka i zarządzaniem ryzykiem w przedsiębiorstwach?
2. Czy, na podstawie informacji przekazanych przez pracowników, stan zdrowia i dobrostan związane z pracą są powiązane ze świadomością ryzyka i zarządzaniem ryzykiem w przedsiębiorstwach?
3. Czy, na podstawie informacji przekazanych przez pracowników, zarządzanie ryzykiem w kontekście skutków dla zdrowia i narażenia na ogólne i specyficzne czynniki ryzyka w miejscu pracy jest należycie wyjaśnione?
4. Czy bodźce, takie jak zaangażowanie kierownictwa i uczestnictwo pracowników, albo bariery, takie jak brak zasobów czy fachowej wiedzy, znajdują odzwierciedlenie w powiązaniach pomiędzy zarządzaniem ryzykiem na poziomie przedsiębiorstwa a postrzeganiem ryzyka przez pracowników? Jeśli tak, jaki jest wpływ tych czynników?

⁽¹⁾ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/pl/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0332>

5. Czy typologię przedsiębiorstw należy oprzeć na kontekście, w jakim działa przedsiębiorstwo (tj. kraj, sektor i wielkość) czy raczej na przyjętym przez to przedsiębiorstwo podejściu do zarządzania ryzykiem BHP, również z uwzględnieniem bodźców i barier?

Jednym z uwzględnionych w analizie było badanie ESENER-2 przeprowadzone przez EU-OSHA na poziomie przedsiębiorstw ⁽²⁾ w 2014 r. W ramach tego badania przeanalizowano świadomość ryzyka, zarządzanie ryzykiem oraz obecność bodźców i barier w zarządzaniu ryzykiem. Pozostałe dwa badania przeprowadzono na poziomie pracowników, a ich przedmiotem było narażenie na zagrożenia i skutki dla zdrowia, w oparciu o informacje przekazane przez pracowników. Jedno z tych badań, moduł ad hoc badania aktywności ekonomicznej ludności (BAEL 2013) dotyczący wypadków przy pracy i innych problemów zdrowotnych związanych z pracą (moduł ad hoc BAEL 2013) ⁽³⁾, opisuje ogólny poziom narażenia, identyfikując ogólne czynniki ryzyka BHP, zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i ryzyka psychospołecznego oraz wskaźniki dotyczące zdrowia ogólnego i związanego z pracą, chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz wpływ pracy na zdrowie psychiczne. Drugim sondażem przeprowadzonym wśród pracowników i wykorzystanym na potrzeby tej analizy było szóste europejskie badanie warunków pracy (European Working Conditions Survey, EWCS) ⁽⁴⁾ z 2015 r. Dotyczy ono bardziej konkretnych zagrożeń związanych z pracą, takich jak ryzyko środowiskowe, ryzyko zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i ryzyko psychospołeczne, a także pewnych specyficznych konsekwencji pracy dla stanu zdrowia.

Przyjęto dwie wspólne zmienne, tj. *kraj* i *sektor*, by połączyć te zestawy danych, przeprowadzając wielopoziomowe analizy. W analizie uwzględniono dwa poziomy:

- wyższy poziom: kraje (analiza na poziomie kraju, przekazywanie informacji na poziomie grup krajów);
- niższy poziom: sektory w poszczególnych krajach (analiza na poziomie sektorowym z uwzględnieniem różnic pomiędzy krajami).

Wielkość przedsiębiorstwa rozważano jako potencjalny trzeci, najniższy poziom łączenia zestawów danych, ale nie wykorzystano go, ponieważ klasyfikacja zastosowana w EWCS nie odpowiadała tej przyjętej w pozostałych badaniach.

Zależności między wskaźnikami poddano analizom korelacji i regresji.

Zagrożenia, zarządzanie zdrowiem i ryzykiem związanym z pracą w przedsiębiorstwach: główne wnioski

Badanie wskazało na istnienie pewnego ogólnego związku, co potwierdza wyniki wcześniejszych badań przeprowadzonych z wykorzystaniem pojedynczych zestawów danych: *narażenie na ryzyko*, a zwłaszcza na specyficzne zagrożenia przekłada się na lepsze zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwach. Stwierdzenie to potwierdzono w zakresie:

- środowiskowych zagrożeń w zakresie bhp, świadomości ryzyka i zarządzania bezpieczeństwem pracy;
- ogólnego narażenia na choroby układu mięśniowo-szkieletowego, podnoszenia ciężkich przedmiotów i męczących pozycji, wykonywania powtarzalnych ruchów, a także świadomości ryzyka zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i zarządzania nim;
- ogólnego ryzyka psychospołecznego oraz świadomości i zarządzania ryzykiem psychospołecznym;
- przemocy i nękania, niepewności zatrudnienia i zarządzania ryzykiem psychospołecznym.

Występowanie *problemów zdrowotnych* jest tylko marginalnie skorelowane z lepszym zarządzaniem ryzykiem BHP i ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego w przedsiębiorstwach. Tylko w

⁽²⁾ <https://osha.europa.eu/pl/surveys-and-statistics-osh/esener>

⁽³⁾ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_labour_force_survey_-_ad_hoc_modules

⁽⁴⁾ <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys>

tych przypadkach, w których pracownicy zgłaszają związane z pracą problemy w zakresie zdrowia psychicznego, przekłada się to na wyższy poziom zarządzania ryzykiem psychospołecznym w przedsiębiorstwach; nie jest to związane z wpływem wynikającym z narażenia na ogólne i specyficzne ryzyko psychospołeczne.

Główne wnioski dotyczące pierwszych trzech pytań badawczych:

1. Według relacji pracowników, narażenie na zagrożenia w ogóle jest wprost proporcjonalne do świadomości ryzyka i zarządzania ryzykiem w przypadku wszystkich trzech rodzajów zagrożeń (BHP, zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego i ryzyko psychospołeczne): większe narażenie na ryzyko zgłaszane przez pracowników wiąże się z lepszym zarządzaniem ryzykiem w przedsiębiorstwach.
2. Dostępność szczegółowych informacji dotyczących narażenia na zagrożenia, zgodnie z informacjami przekazanymi przez pracowników, jest silnie skorelowana z zarządzaniem ryzykiem w przedsiębiorstwach.
3. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez pracowników, wyniki badań ogólnych i szczegółowych, przede wszystkim dotyczące ogólnego stanu zdrowia związanego z wykonywaną pracą, chorób układu mięśniowo-szkieletowego i zdrowia psychicznego, są dodatkowo skorelowane ze świadomością ryzyka i zarządzaniem ryzykiem w przedsiębiorstwach. Niemniej jednak, jeśli chodzi o ogólny stan zdrowia (według pracowników) (BAEL), nie wykazano związków pomiędzy świadomością ryzyka w zakresie bezpieczeństwa pracy a zarządzaniem nim w przedsiębiorstwach.
4. Kiedy uwzględniane są informacje dotyczące narażenia na ogólne i specyficzne zagrożenia, informacje o problemach zdrowotnych zgłaszane przez pracowników wskazują jedynie na nieznaczące powiązania z zarządzaniem ryzykiem BHP i narażeniem na zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego w przedsiębiorstwach. Kiedy pracownicy zgłaszają problemy zdrowia psychicznego związane z pracą, powiązania z zarządzaniem ryzykiem psychospołecznym w przedsiębiorstwie są silniejsze, nawet przy uwzględnieniu ogólnego i specyficznego ryzyka psychospołecznego.

Wyniki te sugerują, że przedsiębiorstwa reagują na wysoki poziom narażenia zgłaszany przez pracowników, zwłaszcza kiedy chodzi o konkretne zagrożenia. Szczególnie w przypadku zarządzania ryzykiem psychospołecznym, problemy zdrowia psychicznego, z jakimi mają do czynienia pracownicy, wydają się znajdować odzwierciedlenie w poziomie zarządzania ryzykiem psychospołecznym, poza zarządzaniem narażeniem na tego typu czynniki ryzyka.

Jeśli chodzi o różnice na poziomach analizy (między krajami i między sektorami) stwierdzono, że przynależność do sektorów silniej motywuje do zwiększania świadomości i lepszego zarządzania ryzykiem BHP i ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Z drugiej strony, zaobserwowano pewne prawidłowości w zakresie zwiększania świadomości ryzyka psychospołecznego i zarządzania nim w określonych krajach. Może to oznaczać, że w tym obszarze większą rolę odgrywają czynniki polityczne i kulturowe.

Bodźce i bariery w zarządzaniu ryzykiem w przedsiębiorstwach: główne wnioski

Można wskazać kilka bodźców i barier, które wpływają na zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwach. Niektóre bodźce i bariery mogą moderować lub wpływać na *relacje* między ryzykiem a zarządzaniem ryzykiem. Do bodźców, które mają bezpośredni wpływ zarówno na zarządzanie ryzykiem BHP i ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego zalicza się wyznaczenie oficjalnego przedstawiciela pracowników, zaangażowanie kierownictwa i nieformalne zaangażowanie pracowników w zarządzanie BHP. Nie stwierdzono bezpośrednich związków z innymi bodźcami, takimi jak spełnianie oczekiwań pracowników, zwiększanie wydajności lub reputacja organizacji, ani barierami, np. brakiem czasu, niedoborami personelu i zasobów, lukami w wiedzy itp. W przypadku zarządzania ryzykiem psychospołecznym, jedynym mającym wpływ i statystycznie istotnym bodźcem okazuje się być zaangażowanie pracowników w opracowanie i wdrożenie działań służących zarządzaniu tym rodzajem ryzyka.

Kiedy poddano ocenie moderujący wpływ bodźców na zarządzanie ryzykiem i stwierdzono ich brak lub niski poziom, okazało się, że nie ma związku pomiędzy narażeniem na ryzyko a zarządzaniem ryzykiem. Jeśli takie bodźce są obecne, zauważono bezpośrednią korelację pomiędzy narażeniem na ryzyko (według pracowników), a zarządzaniem ryzykiem w przedsiębiorstwach, moderowaną określonym bodźcem, np. zaangażowaniem pracowników. Formalna reprezentacja pracowników moderuje powiązania pomiędzy konkretnymi rodzajami ryzyka środowiskowego, wykonywaniem powtarzalnych ruchów a zarządzaniem ryzykiem BHP i ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego; dla porównania, moderujący wpływ innych bodźców na relacje pomiędzy ryzykiem BHP i ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego a zarządzaniem ryzykiem jest raczej niewielki. Oczekiwania pracowników są jedynym bodźcem, który moderuje relacje pomiędzy wykonywaniem powtarzalnych ruchów a zarządzaniem ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego.

W przypadku zarządzania ryzykiem psychospołecznym stwierdzono, że niektóre konkretne bodźce moderują relacje pomiędzy narażeniem na ryzyko psychospołeczne (według pracowników) a zarządzaniem tym rodzajem ryzyka w przedsiębiorstwach. Podstawowe wnioski dotyczące zarządzania ryzykiem BHP i ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego znajdują potwierdzenie i w tym przypadku. Stwierdzono przy tym, że na zarządzanie ryzykiem psychospołecznym szczególnie korzystnie wpływa zaangażowanie pracowników w zarządzanie tym rodzajem ryzyka (a nie w ogólne zarządzanie ryzykiem BHP), a także sprawna komunikacja w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, pełne szacunku relacje w miejscu pracy oraz możliwość omawiania kwestii organizacyjnych w bardziej sformalizowany sposób.

Relacja między bezpieczeństwem pracy a zarządzaniem ryzykiem psychospołecznym jest nieco inna. Tutaj korelacja jest odwrotna, co można interpretować jako dowód na to, iż z wysokim poziomem niepewności zatrudnienia (czyli niską wartością przypisywaną zatrzymywaniu personelu), wiąże się niski poziom zarządzania ryzykiem psychospołecznym, co wskazuje na to, iż nie jest ono priorytetem dla danego przedsiębiorstwa.

Barier w zarządzaniu ryzykiem, takie jak brak zasobów, nie mają istotnego wpływu na zarządzanie ryzykiem, ale moderują zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy, a także mają niewielki wpływ na zarządzanie ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i ryzykiem psychospołecznym: w przypadku mniejszej liczby barier, związki pomiędzy ryzykiem (postrzeganym przez pracowników) a zarządzaniem ryzykiem nie występują. Kiedy jednak bariery istnieją, wyłącznie wysoki poziom narażenia na takie zagrożenia jak przemoc czy nękanie wydaje się skłaniać przedsiębiorstwa do położenia większego nacisku na zarządzanie ryzykiem.

Na podstawie tych wyników można sformułować wniosek, że większe zaangażowanie kierownictwa w zarządzanie, formalna reprezentacja pracowników i zaangażowanie pracowników w zarządzanie BHP wpływają pozytywnie na zarządzanie ryzykiem BHP i ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Zaangażowanie pracowników w zarządzanie konkretnymi rodzajami ryzyka psychospołecznego jest bezpośrednio skorelowane z ogólnym poziomem zarządzania tym rodzajem ryzyka w miejscu pracy. Lepsze zarządzanie ryzykiem psychospołecznym można również zaobserwować w tych miejscach pracy, w których pracownicy czują się szanowani, gdzie wprowadzono przejrzyste zasady komunikacji, i gdzie istnieje możliwość omawiania potencjalnych zagrożeń.

Typologie przedsiębiorstw: główne wnioski

Odpowiedź na ostatnie pytanie badawcze miała umożliwić ustalenie czy typologia przedsiębiorstw powinna opierać się na kontekście ich funkcjonowania (tj. kraju, branży), czy raczej na głównych aspektach zarządzania ryzykiem BHP, w tym na bodźcach i barierach. Wyniki analiz wskazują, że w oparciu o główne wyznaczniki zarządzania ryzykiem, typologie można opracować dla krajów, grup krajów i sektorów gospodarki. Typologie te przedstawiają względny wpływ bodźców na zarządzanie ogólnymi lub specyficznymi czynnikami ryzyka, a także wskazują obszary wymagające poprawy w zakresie zarządzania ryzykiem w danym kraju, grupie krajów lub sektorze.

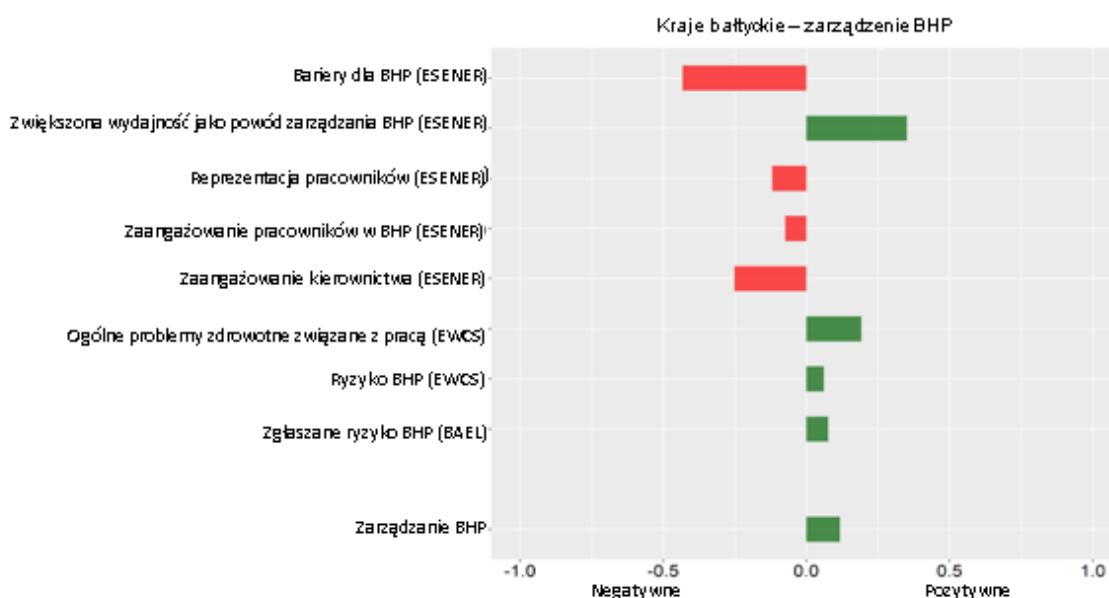
W pełnym sprawozdaniu podano kilka przykładów ukazujących cechy skorelowane z wyższym poziomem zarządzania ryzykiem. Na przykład, na Rys. A i B pokazano typologię zarządzania ryzykiem

Zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy: wspólna analiza wyników trzech ogólnoeuropejskich badań

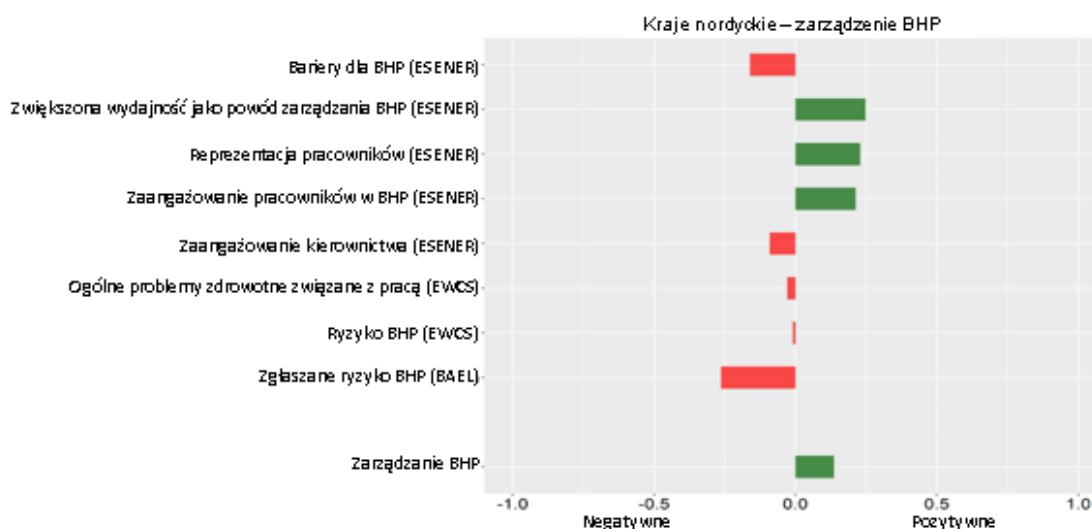
BHP i zarządzania ryzykiem psychospołecznym w krajach nordyckich i krajach bałtyckich; okazują się one być zupełnie inne.

Typologia zarządzania BHP w grupach krajów pokazuje, że grupa państw bałtyckich (Rys. A) uzyskała wyniki powyżej średniej (0,0 na osi poziomej) w zakresie zarządzania ogólnym ryzykiem BHP, i że wynik ten jest porównywalny z wynikiem uzyskanym przez kraje nordyckie (Rys. B). Jednocześnie dane wskazują, że na poziom zarządzania ryzykiem w każdej z tych dwóch grup krajów w dużym stopniu wpływają inne czynniki, co sugeruje, że w obu grupach krajów można znacznie poprawić zarządzanie ryzykiem BHP. Na przykład, w krajach bałtyckich usprawnienie zarządzania ryzykiem w miejscu pracy mogłoby polegać na zwiększeniu reprezentacji pracowników, udziału pracowników w zarządzaniu ryzykiem BHP oraz zaangażowania kierownictwa. W krajach nordyckich należałoby zwrócić większą uwagę na ryzyka środowiskowe, a ponadto zwiększyć zaangażowanie kierownictwa. Bariery dla BHP, np. brak zasobów, mają negatywny wpływ na zarządzanie ryzykiem w obu grupach krajów; na zarządzanie ryzykiem może również pozytywnie wpłynąć obniżenie barier.

Rys. A: Typologia zarządzania ryzykiem BHP w krajach bałtyckich.

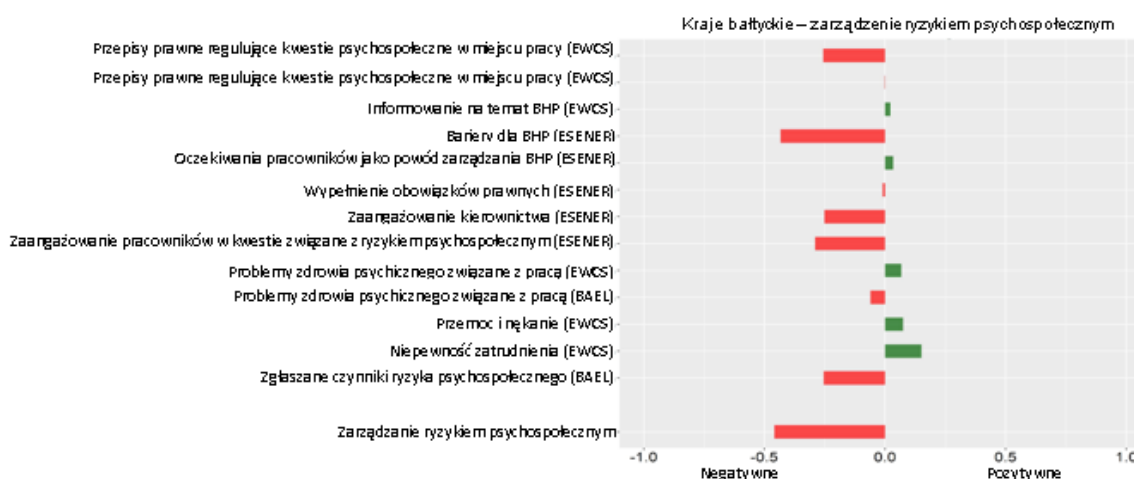


Rys. B: Typologia zarządzania ryzykiem BHP w krajach nordyckich.

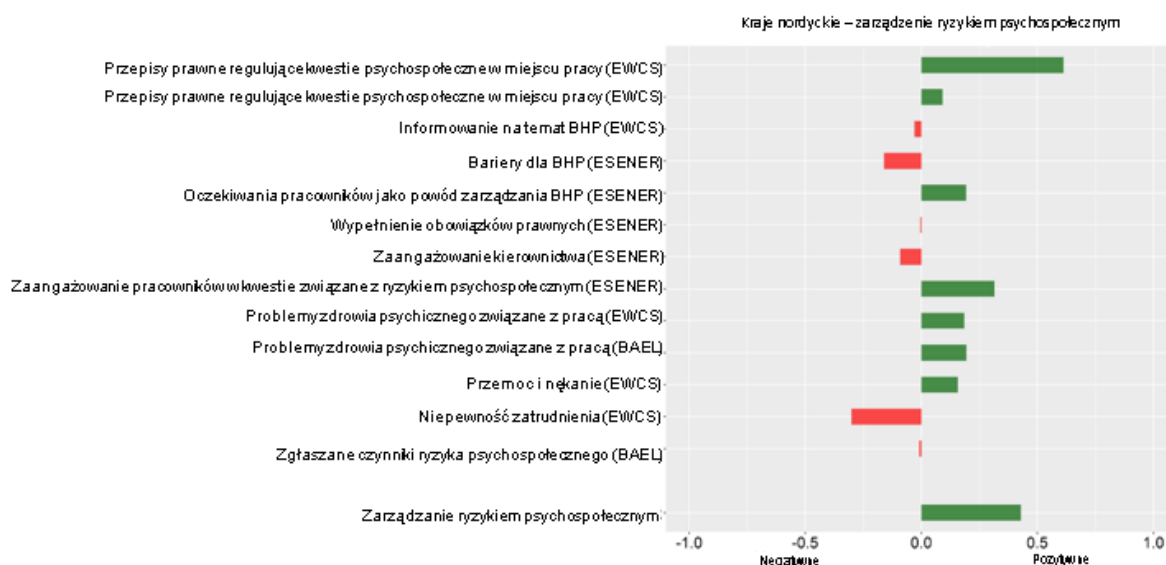


Objasniające zmienne dotyczące zarządzania ryzykiem psychospołecznym różnią się znacznie od tych, które przyjmuje się w odniesieniu do zarządzania ryzykiem BHP. Jeśli chodzi o zarządzanie ryzykiem psychospołecznym w tych samych grupach krajów, typologia państw bałtyckich wskazuje na większe możliwości poprawy sytuacji (Rys. C) w porównaniu z krajami nordyckimi (Rys. D). Poziom zarządzania ryzykiem psychospołecznym w państwach bałtyckich jest stosunkowo niski, w przeciwieństwie do ogólnego stopnia narażenia na ten rodzaj ryzyka; zaangażowanie pracowników w zarządzanie ryzykiem psychospołecznym oraz możliwości omawiania zagrożeń są raczej niewielkie. Poprawa wszystkich powyższych wskaźników może przynieść pozytywne zmiany w zakresie zarządzania ryzykiem psychospołecznym w krajach bałtyckich. W krajach nordyckich typologia zarządzania ryzykiem psychospołecznym jest znacznie bardziej pozytywna, zarówno jeśli chodzi o zarządzanie ryzykiem, jak i najważniejsze czynniki wpływające na zarządzanie ryzykiem psychospołecznym (Rys. D). Jednak nawet w tej grupie krajów można wprowadzić pewne zmiany i usprawnić proces pokonywania barier utrudniających zarządzanie ryzykiem psychospołecznym, zwiększyć zaangażowanie kierownictwa, a zarazem podjąć kroki służące rozwiązaniu problemu niepewności zatrudnienia.

Rys. C: Typologia zarządzania ryzykiem psychospołecznym w państwach bałtyckich.



Rys. D: Typologia zarządzania ryzykiem psychospołecznym w krajach nordyckich.



Podsumowanie wyników wspólnej analizy

Z wyników wspólnej analizy trzech europejskich badań dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy można wyciągnąć następujące wnioski:

- Postrzegane przez pracowników narażenie na zagrożenia, a w szczególności specyficzne rodzaje ryzyka środowiskowego, specyficzne ryzyko zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i ryzyko psychospołeczne, wydaje się być ważnym czynnikiem stymulującym zarządzanie ryzykiem BHP, ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i ryzykiem psychospołecznym.
- Ponadto przekazane przez pracowników informacje na temat problemów zdrowia psychicznego w istotny sposób przekładają się na zarządzanie ryzykiem psychospołecznym w przedsiębiorstwach, podobnie jak informacje dotyczące narażenia na ogólne i specyficzne czynniki ryzyka psychospołecznego. Nie dotyczy to ogólnego stanu zdrowia związanego z pracą ani zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego.
- Bodźce i bariery w zarządzaniu ryzykiem mogą wpływać na to, w jaki sposób podmioty kształtujące politykę i inne zainteresowane strony (pracodawcy, pracownicy i ich przedstawiciele oraz specjaliści ds. BHP), zarządzają ryzykiem BHP w przedsiębiorstwach, w szczególności ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i ryzykiem psychospołecznym.

Zalecenia dla podmiotów kształtujących politykę, zainteresowanych podmiotów krajowych i sektorowych

Na podstawie wyników wspólnej analizy można sformułować następujące zalecenia:

- Ważne jest wspieranie działań służących wzmocnieniu zaangażowania kierownictwa w zarządzanie ogólnym bezpieczeństwem w miejscu pracy, a także specyficznymi czynnikami ryzyka w zakresie BHP i zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Choć nie wykazano związków pomiędzy tym bodźcem a zarządzaniem ryzykiem psychospołecznym, literatura

Zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy: wspólna analiza wyników trzech ogólnoeuropejskich badań

wskazuje, że jest on istotny. Niniejsze badanie sugeruje, że zarządzanie ryzykiem psychospołecznym wymaga wsparcia.

- Zaleca się również, by przedstawiciele pracodawców i pracowników oraz inne zainteresowane strony, takie jak przedstawiciele organizacji branżowych i specjaliści ds. bezpieczeństwa i higieny pracy *zachęcali pracowników do zaangażowania się w zarządzanie BHP w ogóle, a także w zarządzaniu ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i ryzykiem psychospołecznym*, ponieważ:
 - Wzmocnienie *formalnej reprezentacji pracowników* jest silnie skorelowane z zarządzaniem ryzykiem BHP i ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego. I w tym przypadku, nie stwierdzono istnienia związków z zarządzaniem ryzykiem psychospołecznym.
 - Wzmocnienie *nieformalnego udziału pracowników* również może pozytywnie przełożyć się na zarządzanie BHP.
 - *Zaangażowanie w projektowanie i wdrażanie działań służących zarządzaniu ryzykiem psychospołecznym* wyraźnie przekłada się na skuteczniejsze zarządzanie tym rodzajem ryzyka.

Krajowe i sektorowe podmioty mogłyby również:

- *Wspierać opracowywanie narzędzi oceny ryzyka*. Dostępnych jest wiele przykładów takich narzędzi na poziomie unijnym i krajowym; opracowano je w odpowiedzi na zagrożenia ogólne i specyficzne.
- *Dążyć do zwiększenia formalnej reprezentacji pracowników w przedsiębiorstwach*, by wspierać zarządzanie BHP.
- *Budować formalną reprezentację pracowników*, która jest ważnym czynnikiem sprzyjającym zgłaszaniu przez pracowników czynników ryzyka w zakresie BHP i zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego oraz zarządzaniu ryzykiem przez przedsiębiorstwa. Stwierdzono, że reprezentacja pracowników odgrywa ważną rolę. Okazuje się przy tym, że reprezentacja nie musi mieć formalnego charakteru, szczególnie biorąc pod uwagę ustalenia dotyczące zarządzania ryzykiem psychospołecznym. Kluczowym czynnikiem jest zaangażowanie pracowników w zarządzanie ryzykiem, zwłaszcza w zarządzanie ryzykiem psychospołecznym, na które niezwykle pozytywny wpływ ma zaangażowanie pracowników w zarządzanie specyficznymi rodzajami ryzyka psychospołecznego.
- *Zachęcać kierownictwo do zaangażowania się w zarządzanie ryzykiem*, ponieważ ma ono istotny wpływ na zarządzanie ryzykiem BHP i ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Zaangażowanie kierownictwa w kwestie psychospołeczne może przekładać się na zarządzanie ryzykiem psychospołecznym, chociaż ESENER nadal nie dysponuje informacjami na ten temat.
- *Promować budowanie sprawiedliwego i pełnego szacunku środowiska pracy oraz wspierać reprezentację pracowników w miejscu pracy* w celu skutecznego zarządzania PSR. Powyższe czynniki, a także możliwość formalnego omawiania kwestii organizacyjnych mają szczególnie pozytywny wpływ na zarządzanie ryzykiem psychospołecznym.
- *Dążyć do zwiększenia zasobów przeznaczonych na zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwach*. Ogólnie rzecz biorąc, kiedy przedsiębiorstwo dysponuje ograniczonymi zasobami, obserwuje się brak powiązań pomiędzy zgłaszanymi zagrożeniami a poziomem zarządzania ryzykiem. Niewielkie zasoby przeznacza się na zarządzanie ryzykiem tylko w przypadku specyficznych zagrożeń, takich jak przemoc i nękanie w miejscu pracy.

Ograniczenia wspólnej analizy

Zastosowana w tym badaniu metoda łączenia danych wykazuje pewne ograniczenia. Nie ulega wątpliwości, że połączenie trzech zestawów danych jest dość złożonym przedsięwzięciem, zwłaszcza

jeśli wziąć pod uwagę, że nie było możliwości powiązania danych na poziomie poszczególnych pracowników lub przedsiębiorstw. W rezultacie ograniczyliśmy się do analiz na wyższych poziomach (tzn. na poziomie krajów i sektorów). Gdy w analizie uwzględniono EWCS, zmienna „wielkość” nie mogła zostać uwzględniona na potrzeby powiązania zestawów danych. Niemniej, wpływ nieuwzględnienia poziomu wielkości został przeanalizowany przy użyciu, łącznie, ESENER-2 i modułu ad hoc BAEL 2013; stwierdzono, że gdy wziąć pod uwagę tylko solidne i istotne ustalenia, zmienna ta nie ma istotnego znaczenia.

Kolejne ograniczenie badania polega na niemożności ustalenia związku przyczynowego z wykorzystaniem danych pochodzących z badania przekrojowego, a nie podłużnego. Dane pochodzą z trzech różnych sondaży przeprowadzonych w podobnym czasie. Chociaż można było przeanalizować korelacje i powiązania pomiędzy wszystkimi zmiennymi, nie udało się wskazać żadnego związku przyczynowego. Mimo że typologie opierają się na wynikach wszystkich wspólnych analiz i przedstawiają względny wpływ bodźców sprzyjających zarządzaniu ogólnym ryzykiem BHP oraz zarządzaniu bardziej specyficznymi zagrożeniami związanymi z ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i ryzykiem psychospołecznym, można założyć istnienie związku przyczynowego, ponieważ wszystkie sugerują możliwość poprawy. W niniejszym badaniu można było rozważyć wyłącznie korelacje przekrojowe. Z literatury wynika jednak, że można przyjąć istnienie pewnego związku przyczynowego związanego z zaangażowaniem pracowników w zarządzanie ryzykiem, a także z brakiem zasobów (m.in. Kompier and Marcelissen, 1990; Leka et al., 2010, 2011; Westgaard and Winkel, 2011; Nielsen and Randall, 2013).

Co więcej, w ramach ESENER-2 zadano pytania dotyczące konkretnych bodźców sprzyjających zarządzaniu ryzykiem psychospołecznym, a także na temat samego zarządzania ryzykiem psychospołecznym, tylko przedsiębiorstwom zatrudniającym co najmniej 20 pracowników, nie uwzględniając w badaniu mniejszych przedsiębiorstw. Nie pozostało to bez wpływu na analizę oddziaływania bodźców i barier na zarządzanie ryzykiem psychospołecznym.

Mocne strony wspólnej analizy

Takie połączenie zestawów danych prowadzi do uzyskania istotnych, interpretowalnych wyników, które pozwalają na więcej, niż byłoby możliwe, gdyby zestawy danych analizowano osobno. Analiza połączonych zestawów danych, jaką przeprowadzono w ramach badania, jest ekonomicznym sposobem na uzyskanie rezultatów z kilku źródeł, co normalnie wymagałoby kosztownej i czasochłonnej pracy w terenie. Pozwala również na lepsze wykorzystanie istniejących danych. Na przykład, badanie umożliwia nam spojrzenie na powiązania pomiędzy danymi dotyczącymi pracowników i przedsiębiorstw w kontekście narażenia na zagrożenia związane z BHP zgłaszane przez pracowników i zarządzaniem ryzykiem na poziomie przedsiębiorstwa.

Ujednoczenie wspólnych zmiennych w celu łączenia baz danych (np. kraj, branża i wielkość), którego dokonano w niniejszym badaniu, jest warunkiem skutecznego łączenia różnych zestawów danych. Im więcej poziomów informacji można ze sobą powiązać, tym wiarygodniejsza i trafniejsza interpretacja wyników.

Wspólne analizy łączą istotne informacje o czynnikach wpływających (bodźcach i barierach) z ogólnymi informacjami na temat zarządzania ryzykiem BHP oraz zarządzania istotnymi, specyficznymi zagrożeniami związanymi z BHP, zaburzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i ryzykiem psychospołecznym. W przypadku zarządzania ryzykiem psychospołecznym, część informacji dotyczących bodźców zaczerpnięto z ESENER-2, a część z EWCS. Obydwa źródła dostarczyły użytecznych informacji, które mogą być wykorzystane na potrzeby wspierania zarządzania ryzykiem psychospołecznym. Bodźce są szczególnie ważnymi elementami typologii, która stanowi przegląd warunków panujących w poszczególnych krajach, grupach krajów lub sektorach, wskazując obszary wymagające poprawy i aktywnego wspierania zarządzania ryzykiem.

Przyszłe badania

Wspólne analizy zasługują na powszechniejsze wykorzystanie w przyszłości. Gdy zestawy danych zawierających informacje na temat BHP będą lepiej zharmonizowane, w tym pod względem poziomów, na których dane można ze sobą powiązać, tego typu analizy mogą okazać się jeszcze bardziej przydatne.

W przyszłości, po lepszym dostosowaniu do tego rodzaju badań, możemy być w stanie rozważyć inne istotne bodźce i bariery, szczególnie w odniesieniu do specyficznych rodzajów zagrożeń BHP. Na chwilę obecną nie dysponujemy informacjami na temat bodźców i barier dla zarządzania ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Istnieją pewne specyficzne czynniki stymulujące zarządzanie ryzykiem psychospołecznym, ale lepsze zrozumienie warunków oddziaływania określonych bodźców wymagałoby dodatkowo specyficznych informacji na temat wsparcia ze strony kierownictwa, szczególnie w zakresie ryzyka zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i ryzyka psychospołecznego, a także informowania na temat tych konkretnych rodzajów zagrożeń.

Chociaż zaproponowane w niniejszym opracowaniu przyszłe kierunki działań są bardzo ambitne, wspólne analizy stanowią źródło informacji istotnych zarówno dla zarządzania ogólnym ryzykiem BHP, jak i ryzykiem zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i ryzykiem psychospołecznym. Wskazują także, które czynniki oraz ewentualne zmiany strategii i praktyki są w stanie pozytywnie przełożyć się na rozwój zarządzania ogólnymi i specyficznymi czynnikami ryzyka BHP w przedsiębiorstwach w różnych krajach i sektorach.

Piśmiennictwo

- Kompier, M. & Marcelissen, F. (1990). Handboek werkstress [Handbook of work-related stress]. NIA, Amsterdam.
- Leka, S., Jain, A., Zwetsloot, G. & Cox, T. (2010). Policy-level interventions and work-related psychosocial risk management in the European Union. *Work and Stress*, 24 (3), 298-307.
- Leka, S., Jain, A., Cox, T. & Kortum, E. (2011). The development of the European framework for psychosocial risk management: PRIME-EF. *Journal of Occupational Health*, 53, 137-143.
- Nielsen, K. & Randall, R. (2013). Opening the black box: presenting a model for evaluating organization-level interventions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22 (5), 601-617.
- Westgaard, R.H. & Winkel J. (2011). Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems – a systematic review. *Applied Ergonomics*, 42, 261-296

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA) stawia sobie za cel uczynienie Europy bezpieczniejszym, zdrowszym i wydajniejszym miejscem pracy. Agencja bada, opracowuje i rozpowszechnia wiarygodne, zrównoważone i bezstronne informacje na temat bezpieczeństwa i higieny pracy oraz organizuje ogólnoeuropejskie kampanie informacyjne. Agencja została powołana przez Unię Europejską w 1994 r. i ma siedzibę w Bilbao w Hiszpanii; zrzesza ona przedstawicieli Komisji Europejskiej, przedstawicieli rządów państw członkowskich, przedstawicieli organizacji pracodawców i pracowników, a także czołowych specjalistów z każdego z państw

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy

Santiago de Compostela 12, 5. piętro
48003 Bilbao, HISZPANIA
Tel. +34 944358400
Faks +34 944358401
E-mail: information@osha.europa.eu

<https://osha.europa.eu/pl>



Publications Office