

Súčasný a vznikajúce problémy v sektore zdravotnej starostlivosti vrátane domácej a komunitnej starostlivosti

Európske observatórium rizík

Zhrnutie

Autori:

Tanja de Jong, Ellen Bos (TNO)

Karolina Pawlowska-Cyprysiak, Katarzyna Hildt-Ciupińska, Marzena Malińska (CIOP)

Georgiana Nicolescu, Alina Trifu (INCDPM)

Kontrola: Roxane Gervais (HSL)

Zodpovední za riadenie projektu:

Adrian Suarez, Emmanuelle Brun, Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (EU-OSHA)

**Europe Direct je služba, ktorá vám pomôže nájsť odpovede
na vaše otázky o Európskej únii**

Bezplatné telefónne číslo (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Niektorí operátori mobilných sietí nepovoľujú prístup k číslam 00800 alebo tieto hovory fakturujú.

Viac doplňujúcich informácií o Európskej únii je k dispozícii na internete. Sú dostupné cez server Európa (<http://europa.eu>).

Katalogizačné údaje nájdete na konci tejto publikácie.

Luxembursko: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, 2014

ISBN: 978-92-9240-498-7

doi: 10.2802/33116

© Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci, 2014

Rozmnožovanie je povolené len so súhlasom autora.

Zhrnutie

Európsky sektor zdravotnej starostlivosti zohráva rozhodujúcu úlohu pri dosahovaní cieľov stratégie Európa 2020 tým, že prispieva k celkovému zdraviu a pohode pracovnej sily a spoločnosti ako celku. Sektor zdravotnej starostlivosti je navyše aj významným zamestnávateľom, ktorého význam v súvislosti s demografickým vývojom bude pravdepodobne narastať. Zamestnávateľov v sektore zdravotnej starostlivosti ovplyvňujú teda nielen trendy starnutia populácie z hľadiska rastúceho dopytu po poskytovaní služieb, ale aj z hľadiska začínajúceho nedostatku pracovných síl na trhu práce v dôsledku klesajúcej pôrodnosti. Do roku 2030 by počet obyvateľov v produktívnom veku v Európskej únii (EÚ) mohol klesnúť zo súčasných 303 miliónov na 280 miliónov, čo má dôsledky nielen na potenciálny rast a udržateľnosť dôchodkov, ale aj na financovanie sektora zdravotnej a sociálnej starostlivosti a prijímanie pracovníkov na poskytovanie týchto služieb. Aj keď sa očakáva, že dopyt po pracovníkoch poskytujúcich starostlivosť, ako aj ich nedostatok porastú, z výskumu vyplýva, že v tomto sektore často existujú zlé pracovné podmienky a nízke platy v porovnaní so sektormi, ktoré si vyžadujú rovnakú úroveň zručností a odbornej prípravy. Táto situácia už vedie k značnej mobilite pracovníkov v rámci EÚ i mimo nej a mohla by prispieť k zhoršeniu nedostatočného počtu kvalifikovaných pracovných síl v budúcnosti.

Sektor zdravotnej a sociálnej starostlivosti je jedným z najväčších sektorov v Európe, zamestnáva okolo 10 % pracovníkov v EÚ, pričom ženy tvoria 77 % pracovnej sily. Významný podiel zdravotníckych pracovníkov pracuje v nemocniciach, možno ich však nájsť aj na iných pracoviskách vrátane zariadení opatrovateľskej a ošetrovateľskej starostlivosti, lekárskej praxe a v iných oblastiach súvisiacich so zdravotníckymi činnosťami.

V tejto najnovšej správe sa posudzujú problémy bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci (BOZP) v sektore zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti v členských štátoch EÚ. Skúmali sa činnosti súvisiace so zdravotnou starostlivosťou v takých inštitúciách ako nemocnice a zariadenia opatrovateľskej starostlivosti, ako aj činnosti vykonávané v domácnostiach pacientov. Pracovníci zamestnaní v sektore zdravotnej starostlivosti sa musia zaoberať celým radom činností a prostredí, ktoré predstavujú hrozbu pre ich zdravie a v ktorých im hrozia choroby z povolania alebo pracovné úrazy. Mnohé prostredia, kde zdravotnícki pracovníci vykonávajú svoju prácu, a rôznorodosť úloh, ktoré vykonávajú, napríklad pri poskytovaní hlavnej starostlivosti pre telesne alebo mentálne postihnutých, manipulácii s pacientmi alebo poskytovaní upratovacích služieb, môžu predstavovať **veľmi rozmanité nebezpečenstvá. Zdravotnícki pracovníci sú vystavení veľkému počtu rizík, ktoré súvisia s ich prácou, napr.:**

- biologické riziká, napr. infekcie v dôsledku poranení injekčnou ihlou a iné prenosné choroby,
- chemické riziká vrátane rizík, ktoré predstavujú lieky používané pri liečbe rakoviny a dezinfekčné prostriedky,
- fyzikálne riziká, napr. ionizujúce žiarenie,
- ergonomické riziká, napr. počas manipulácie s pacientom a
- psychosociálne riziká vrátane násillia a práce na zmeny.

Kombinácia týchto rozmanitých rizík spôsobuje, že zdravotná starostlivosť je pre pracovníkov vysokorizikovým sektorom.

Okrem dobre známych nebezpečenstiev sa objavuje určitý nový vývoj a trendy, ktorým sektor zdravotnej a sociálnej starostlivosti v Európe musí čeliť a ktoré predstavujú viaceré nové výzvy v oblasti BOZP, ktoré je potrebné riešiť a zvládnuť. Patria k nim aj demografické, epidemiologické, sociálne, technologické a kultúrne trendy v rámci krajín EÚ, ktoré ovplyvňujú existujúce modely starostlivosti, ako napríklad rastúci nedostatok zdravotníckych pracovníkov; starnutie pracovnej sily v oblasti zdravotníctva a nedostatok nových pracovných síl, ktoré by nahradili zamestnancov odchádzajúcich do dôchodku; vznik nových modelov zdravotnej starostlivosti na liečbu viacerých chronických stavov; nárast využívania technológií,

ktorý si vyžaduje kombináciu nových zručností a odlišnú úroveň zručností a pracovných návykov. Tieto zmeny majú dopad na pracovné podmienky a v konečnom dôsledku na pohodu a bezpečnosť zdravotníckych pracovníkov.

Hlavným cieľom tejto správy je preskúmať a získať prehľad o súčasných a vznikajúcich rizikách pre BOZP a problémoch v sektore zdravotnej starostlivosti vrátane domácej a komunitnej starostlivosti v EÚ. Správa je zameraná na otázku: **Aké sú súčasné a vznikajúce riziká a problémy v oblasti BOZP pre zdravotníckych pracovníkov a ako tieto problémy vplyvajú na bezpečnosť a zdravie zdravotníckych pracovníkov a ako ovplyvňujú celkové služby, ktoré poskytujú?**

Pri hľadaní odpovede na túto otázku sa v správe podrobnejšie skúmali tieto otázky:

- Hlavné rozdiely v systémoch zdravotnej starostlivosti v rámci Európy s poukázaním na súčasný vývoj.
- Hlavné kategórie zdravotníckych pracovníkov v sektore zdravotnej starostlivosti v Európe.
- Hlavné demografické, spoločenské a technologické trendy a zmeny, ktoré majú vplyv na BOZP v sektore zdravotnej starostlivosti v rámci Európy.
- Hlavné riziká, ktoré sa spájajú s vykonávanými činnosťami a pracovným prostredím, pre zdravotníckych pracovníkov vrátane neprofesionálov v domácej starostlivosti. Vplyv týchto rizík na prácu a služby poskytované týmito pracovníkmi v oblasti starostlivosti sa analyzuje.
- Identifikácia najviac ohrozených zdravotníckych pracovníkov.
- Vznik nových rizík v rámci Európy na základe zmien v jednotlivých súvislostiach a súčasné riziká a analýza vplyvu, ktorý by mohli mať na prácu a služby poskytované zdravotníckymi pracovníkmi.

V správe sa zdôrazňuje význam domácej a komunitnej starostlivosti, pri ktorých sa posudzovali tieto aspekty:

- Rozdiely medzi kategóriami pracovníkov domácej starostlivosti v rámci Európy. Aké sú rozdiely vo vzdelávaní, platoch a pracovných podmienkach v jednotlivých členských štátoch?
- Ako je organizovaná práca v oblasti domácej starostlivosti v rámci Európy, identifikácia existujúcich štruktúr (verejné, zmiešané alebo súkromné) a predpokladané budúce výzvy pre pracovníkov domácej starostlivosti.
- Úroveň ochrany, ktorá sa poskytuje neformálnym alebo neregistrovaným pracovníkom domácej starostlivosti, a či nastali nejaké zmeny v spôsobe riadenia BOZP od implementácie Dohovoru MOP č. 189.
- Riziká v oblasti BOZP, ktorým sú pracovníci poskytujúci domácu starostlivosť vystavení a ako sa líšia od rizík, ktorým sú vystavení iní zdravotnícki pracovníci.

Na zodpovedanie otázok v rámci výskumu sa informácie získavali prostredníctvom dvoch hlavných aktivít:

1. administratívny výskum (prehľad literatúry) a
2. žiadosť agentúry EU-OSHA (Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia) určená národným kontaktným miestam (dotazník).

Administratívny výskum sa použil na posúdenie literatúry uverejnenej v celej EÚ o infraštruktúre v oblasti zdravotnej starostlivosti, trendoch, rizikách v oblasti BOZP a ich vplyve na prácu a služby poskytované poskytovateľmi starostlivosti. Zdrojom informácií a údajov skúmaných v správe boli známe organizácie, ako napr. Medzinárodná organizácia práce (MOP) a Európska komisia, experti, štruktúrované databázy (napr. štatistické databázy EÚ) a databázy odborne recenzovaných časopisov (napr. Scopus, ScienceDirect, PubMed). Na zistenie iných relevantných informácií sa použil aj vyhľadávač Google.

Dotazník bol navrhnutý s cieľom zhromaždiť informácie na vnútroštátnej úrovni z jednotlivých krajín EÚ prostredníctvom národných kontaktných miest agentúry EU-OSHA. Dotazník bol zameraný na zistenie súčasných a vznikajúcich rizík pre BOZP na vnútroštátnej úrovni. Väčšina odpovedí prišla od zástupcov

národných inšpektorátov práce, ministerstiev zodpovedných za BOZP, inštitútov BOZP, organizácií zamestnancov a sektora zdravotníctva. Respondenti mali vo všeobecnosti viac než päť rokov skúseností s BOZP v takých oblastiach, ako napr. bezpečnosť práce, ergonómia, pracovné lekárstvo alebo psychológia. Celkovo bolo doručených 21 dotazníkov zo 16 krajín: Albánsko, Belgicko, Cyprus, Česká republika, Estónsko, Francúzsko, Írsko, Holandsko, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Slovensko, Spojené kráľovstvo, Švajčiarsko, Švédsko a Taliansko.

Informácie a zistenia z administratívnej štúdie sa zlúčili s údajmi z dotazníka.

Aké sú hlavné rozdiely v systémoch zdravotnej starostlivosti v Európe (severnej, južnej, západnej a východnej) a aké sú súčasné trendy?

V Európe sú systémy zdravotnej starostlivosti veľmi rôznorodé. Väčšina z nich prechádza reformou v dôsledku vývoja vo viacerých oblastiach, ako napr. zmeny v oblasti medicíny, znižovanie nákladov, riadenie kvality, starnutie populácie (zvýšené zameranie na integrovanú starostlivosť), zvýšené zameranie na podporu zdravia a prevenciu a zmeny v oblasti informačných a komunikačných technológií (IKT) (v klinickej oblasti a oblastiach riadenia). Systémy zdravotnej starostlivosti a ich vplyv na bezpečnosť a ochranu zdravia ich pracovníkov sa dajú len veľmi ťažko porovnať, pretože chýbajú aktuálne a porovnateľné údaje. Navyše väčšina ukazovateľov zdravotnej starostlivosti identifikovaných v preskúmaní sa týka kvality a nie sú veľmi objektívne. Mechanizmy financovania sa medzi jednotlivými krajinami líšia, nie je však jasné, či sú tieto mechanizmy aj efektívne. Hoci by sa dalo tvrdiť, že výkonnosť systému zdravotnej starostlivosti (napríklad z hľadiska efektívnosti, kvality a bezpečnosti služieb) a bezpečnosť a ochrana zdravia jeho pracovníkov sú vzájomne prepojené, nenašli sa žiadne štúdie zamerané konkrétne na vzťah medzi týmito charakteristikami a ukazovateľmi týkajúcimi sa BOZP. Keďže neboli k dispozícii žiadne dostupné údaje, hľadali sa možnosti na určenie trendov, silných alebo slabých stránok v jednotlivých systémoch, ktoré by mohli mať celkový vplyv na bezpečnosť a ochranu zdravia zdravotníckych pracovníkov.

S pokrytím nákladov na zdravotnú starostlivosť zápasia mnohé krajiny v rámci Európy. Metódy na zvýšenie financovania na pokrytie nákladov sú nielenže nedostatočné, ale čo vyvoláva väčšie obavy, samotné náklady sú nastavené tak, aby sa zvyšovali. Prvoradým záujmom sektora zdravotnej starostlivosti v Európe je najsť spôsoby, ako dosiahnuť rovnováhu medzi rozpočtom a obmedzením výdavkov. Pokiaľ k tomu nedôjde, finančné prostriedky na platby za zdravotnú starostlivosť čoskoro nebudú postačovať v žiadnom zo systémov, ktoré fungujú v Európe. Napríklad:

- V Beveridgeovom systéme ministerstvo zdravotníctva musí súperiť s ostatnými oblasťami politiky o svoj podiel príjmov z daní. Navyše demografické zmeny povedú k zvýšeniu záťaže na daňové príjmy tak z kvantitatívneho hľadiska (zvýšený počet starých ľudí), ako aj kvalitatívneho (drahšie služby a technológie v oblasti zdravotnej starostlivosti).
- V Bismarckovom systéme je v dôsledku demografických zmien potrebné, aby systém podporoval neustále rastúci počet dôchodcov, ktorí už viac do neho neprispievajú. Okrem toho finančné obmedzenia zo strany podnikov v dôsledku hospodárskej krízy viedli k prudkému zvýšeniu miery nezamestnanosti, a preto do systému prispieva menej zamestnancov.

Táto budúca kríza financovania zdravotnej starostlivosti sa spája aj so starnutím obyvateľstva, paralelným nárastom chronických ochorení a rastúcimi nákladmi na medicínske technológie a tieto faktory sú vzájomne previazané.

Reštrukturalizácia zdravotnej starostlivosti a zmeny v poskytovaní služieb pacientom samozrejme budú mať vplyv na pracovné prostredie. Pracovné úrazy, násilie na pracovisku a stres v práci predstavujú navzájom prepojené aspekty pracovných podmienok, ktoré sú citlivé tak na interné zmeny (napr. znižovanie počtu zamestnancov), ako aj na externé zmeny. Bezpečnosť a ochrana zdravia zdravotníckych pracovníkov má

vplyv na starostlivosť o pacienta a náklady v dôsledku fluktuácie zamestnancov a vymeškané pracovné dni majú nepriaznivý vplyv na kontinuitu starostlivosti a dostupnosť vyškoleného personálu. Úlohou zdravotníckych pracovníkov je pomáhať ľuďom, ktorí to potrebujú, avšak už len samotná logistika rozšíreného poskytovania starostlivosti, súčasný a rastúci nedostatok personálu a obmedzenie dostupných zdrojov v už preťažených systémoch zdravotnej starostlivosti prispievajú k takým javom ako:

- Nedostatočná distribúcia, ktorá povedie k pokračujúcej neschopnosti uspokojiť miestny dopyt po zdravotnej starostlivosti.
- Neprimeraný pomer zdravotníckych pracovníkov k pacientom, čo povedie k zvýšeniu počtu hodín v pracovných zmenách lekárov a zdravotných sestier na viac než 12 hodín. V dôsledku klesajúceho počtu pracovníkov sa ťažko budú hľadať vhodné pomery na zabezpečenie požadovanej úrovne starostlivosti. Napríklad u zdravotných sestier, ktoré pracujú v dlhších zmenách, je väčšia pravdepodobnosť syndrómu vyhorenia a nespokojnosti s prácou a zároveň nedokážu poskytovať služby na takej úrovni, ako by bolo žiadúce.
- Nárast práce osamote, čo vyvoláva obavy v prípadoch, keď pracovníci musia vykonávať manuálne činnosti alebo sú v styku s pacientmi alebo rodinnými príslušníkmi, o ktorých je známe, že sa správajú násilne alebo agresívne.
- Vysoké očakávania a nereálne požiadavky. Lekári a zdravotné sestry budú v časovom strese a nebudú mať dostatok času na poskytovanie riadnej starostlivosti.
- Potreba intenzívnejšej starostlivosti. Keďže stále viac pacientov je postihnutých chronickými chorobami, v záujme zabezpečenia kvalitnej starostlivosti bude dochádzať k nárastu počtu hodín potrebných na ďalšiu starostlivosť.
- Rastúca potreba domácej starostlivosti povedie k tomu, že viac zdravotníckych pracovníkov bude pracovať mimo tradičných inštitúcií. Pracovníkom, ktorí musia navštevovať domácnosti pacientov, vo väčšej miere hrozí verbálne a fyzické zneužívanie.

Bez silnej a rastúcej pracovnej sily pracujúcej v lepších pracovných podmienkach sa nezlepší ani bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci zdravotníckych pracovníkov, ani kvalita starostlivosti, ktorú poskytujú. Práca v oblasti zdravotnej starostlivosti je náročná aj s adekvátnym personálom a v prípade očakávaného nedostatku pracovníkov bude ešte náročnejšia. Zvýšený pracovný stres bude vplývať na duševné a emočné zdravie týchto pracovníkov, ktoré sa bude preto zhoršovať. Dôjde k výraznému zvyšovaniu pracovnej záťaže, pretože v celej Európe sa zvýši počet pacientov v systémoch zdravotnej starostlivosti. Znižovanie počtu pracovníkov ťažko doľahne na zdravotníckych pracovníkov, ktorí už teraz pracujú pod nadmerným tlakom. Potreba, aby pracovníci vykonávali viac administratívnych činností, spojená opäť s plánovaným úbytkom zamestnancov, bude mať vplyv na pokles množstva času stráveného s pacientom, čo sa vníma ako ďalšie zaťaženie pracovníkov, ktorí by oveľa radšej venovali čas priamej starostlivosti o pacienta.

Aké sú hlavné kategórie pracovníkov a zdravotníckych pracovníkov v sektore zdravotnej starostlivosti v Európe a aký je vývoj na trhu práce?

Sektor zdravotnej starostlivosti zahŕňa viaceré podsektory špecializované na poskytovanie služieb a produktov zdravotnej starostlivosti. Podľa Medzinárodnej štandardnej odvetvovej klasifikácie ekonomických činností OSN sú činnosti v oblasti starostlivosti o zdravie ľudí a sociálnej starostlivosti kategorizované ako činnosti v zdravotníctve a činnosti sociálnej pomoci. Tieto činnosti sú rozsiahle, počnúc zdravotnou starostlivosťou poskytovanou vyškolenými zdravotníckymi pracovníkmi v nemocniciach a iných zariadeniach a činnosťami rezidenčnej starostlivosti, ktoré zahŕňajú niektoré činnosti v oblasti zdravotnej starostlivosti, až po činnosti sociálnej pomoci, na ktorých sa zdravotnícki pracovníci vôbec nepodieľajú. Mnoho ľudí pracuje pre sektor zdravotnej starostlivosti aj nepriamo vrátane tých, ktorí sú zamestnaní v odvetviach a službách na jeho podporu, ako napr. farmaceutický priemysel, odvetvie zdravotníckych

pomôcok, zdravotné poistenie, zdravotnícky výskum, elektronické zdravotníctvo, ochrana zdravia pri práci a kúpele. Títo pracovníci, nepriamo zamestnaní v tomto sektore, nie sú zahrnutí v tejto správe.

Súčasný trend zamestnanosti sektora zdravotnej a sociálnej starostlivosti bude pokračovať, v krajinách EÚ však zároveň dochádza k znižovaniu nákladov na zdravotnú starostlivosť. Krajiny čelia rôznym výzvam a potrebám, pokiaľ ide o ľudské zdroje, niektoré všeobecné výzvy sa však dajú identifikovať vrátane potreby po informačných systémoch na monitorovanie trhu práce v prípade zdravotníckych pracovníkov a potreby riešiť potreby pracovníkov po nových zručnostiach prostredníctvom podpory odbornej prípravy a celoživotného vzdelávania. Keďže efektívne systémy zdravotnej starostlivosti a poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti závisí od výkonu kvalifikovaných a motivovaných zamestnancov so zodpovedajúcim vzdelaním, dôležité je udržiavať vhodné pracovné podmienky.

Celkovo sa posilňuje trend smerom k rozsiahlejšiemu poskytovaniu komunitnej starostlivosti, a teda k rastúcemu dopytu po pracovníkoch domácej starostlivosti. Skupinu pracovníkov domácej starostlivosti netvoria len pracovníci jedného konkrétneho povolania a mohli by do nej patriť aj neformálni opatrovatelia a pracovníci v domácnostiach. Neformálni opatrovatelia, migrujúci pracovníci a pracovníci v domácnostiach sú zraniteľné skupiny, vo všeobecnosti sú ich pracovné podmienky menej priaznivé a ich sociálne zabezpečenie je slabšie a dostávajú nižšie mzdy. Cieľom prijatia Dohovoru MOP č. 189 je zabezpečiť účinnú ochranu pracovníkov v domácnostiach. Dôvodom súčasného nedostatku pracovníkov v oblasti domácej starostlivosti sú okrem iného aj nepriaznivé pracovné podmienky. Očakáva sa, že ich počet bude ďalej klesať. Z výsledkov dotazníka, na ktorý odpovedali odborníci v oblasti BOZP vyplynulo, že pracovníci domácej starostlivosti sú menej chránení právnymi predpismi BOZP ako pracovníci, ktorí pracujú v zdravotníckych zariadeniach.

Aké sú hlavné riziká v práci a pracovnom prostredí zdravotníckych pracovníkov (vrátane pracovníkov domácej starostlivosti)?

Na získanie prehľadu o hlavných rizikách v sektore zdravotnej starostlivosti boli zozbierané a analyzované údaje dostupné na úrovni EÚ, vrátane európskeho prieskumu pracovných podmienok (EWCS) a výberového zisťovania pracovných síl v Európskej únii (LFS). Z týchto štatistík vyplýva, že:

- Pracovníci zdravotnej a sociálnej starostlivosti majú štvrtý najvyšší podiel závažných zdravotných problémov súvisiacich s prácou v predchádzajúcich 12 mesiacoch, hneď za takými sektormi ako výroba a stavebníctvo. Najvyšší podiel chorôb z povolania sa zistil v sektoroch „výroba“ (38 %), „stavebníctvo“ (13 %), „veľkoobchod a maloobchod, oprava“ (7 %), a „zdravotníctvo a sociálna pomoc“ (5 %).
- V prípade žien v sektore zdravotníctva a sociálnej pomoci bola väčšia pravdepodobnosť výskytu jedného alebo viacerých úrazov alebo častejšie trpeli chorobou z povolania ako ženy pracujúce v iných sektoroch.
- Podľa piateho Európskeho prieskumu pracovných podmienok expozícia biologickým a chemickým rizikám je najviac rozšírená v oblasti zdravotníctva, kde lekári a sestry musia často manipulovať s infekčnými materiálmi, ako aj s chemikáliami, ktoré sa používajú na dezinfekciu nástrojov a pracoviska.
- Sektor zdravotnej starostlivosti sa podľa prieskumu EWCS v dôsledku rizík súvisiacich s nepriaznivými polohami pri práci nachádza na piatom mieste po stavebníctve, poľnohospodárstve, priemysle a veľkoobchode, maloobchode, stravovacích a ubytovacích službách.
- Ako hlavné problémy v oblasti BOZP boli identifikované pracovný stres, násilie a obťažovanie. Všetky tieto psychosociálne riziká vyvolávajú najväčšie obavy v sektore zdravotníctva a sociálnej pomoci, za nimi nasleduje školstvo a verejná správa.

Z európskeho prieskumu podnikov o nových a vznikajúcich rizikách agentúry EU-OSHA (ESENER) vyplynuli významné informácie aj o činnostiach v oblasti riadenia rizík v sektore zdravotnej starostlivosti a na základe výsledkov sa ukázalo, že najväčšie obavy vyvolávajú také problémy ako absencia z dôvodu choroby a psychosociálne riziká. Z týchto výsledkov vyplýva, že:

- Pokiaľ ide o uplatňovanie posudzovania rizika alebo podobných opatrení, zdravotníctvo a sociálna pomoc sú tesne nad priemerom EÚ, ale za takými odvetvami ako stavebníctvo a výroba.
- Úroveň monitorovania absencií z dôvodu choroby v sektore zdravotníctva a sociálnej pomoci je najvyššia v EÚ.
- Zdravotníctvo a sociálna pomoc je sektor, ktorý vyvoláva najväčšie obavy, pokiaľ ide o pracovný stres a násilie alebo hrozbu násilia.

Na základe zhromaždených štatistických údajov, prehľadov literatúry a odpovedí na dotazník sa nasledovné riziká považujú za pomerne vysoké v sektore zdravotnej starostlivosti a boli podrobnejšie skúmané:

Riziká	Prehľad literatúry	Odpovede na dotazník
Biologické	<ul style="list-style-type: none"> ▪ krvou prenášané patogény ▪ vzduchom prenášané patogény ▪ kontaktné ochorenia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ expozícia biologickým faktorom ▪ kontakt so špecifickými faktormi napríklad: Pseudomonas, Legionella, tuberkulóza, hepatitída alebo HIV ▪ poranenia ostrými predmetmi ▪ nedostatočné programy očkovania ▪ preplnené nemocnice ▪ zmena v smernici o biocídnych výrobkoch
Chemické	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expozícia chemickým látkam používaným v zdravotníckom prostredí z rôznych dôvodov, napr. na liečbu pacientov (liečivá a anestetiká), laboratórnu prácu alebo na čistenie, dezinfekciu a sterilizáciu povrchov a zásoby (čistiace/dezinfekčné prostriedky). V niektorých situáciách môžu mať lieky alebo iné liečivá používané na liečbu pacientov neželané účinky na pracovníkov, ktorí sú týmto prípravkom vystavení pri príprave a podávaní roztokov alebo sú vystavení odplyneniu počas anestézie a inhalačnej liečby aerosolizovanými prípravkami. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kontakt s určitými chemickými látkami, napr.: lieky proti rakovine a cytostatiká, nanomateriály, dezinfekčné prostriedky, anesteziologické plyny a rádioaktívne materiály ▪ alergie ▪ práca v oblasti domácej starostlivosti ▪ nedostatočná odborná príprava

Riziká	Prehľad literatúry	Odpovede na dotazník
Bezpečnostné riziká	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hluk ▪ žiarenie (ionizujúce a neionizujúce) ▪ pošmyknutia a pády 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pošmyknutia, zakopnutia a pády ▪ bezpečnosť zariadení (nedodržanie pokynov) ▪ osobitné riziká vystavenia fyzikálnym rizikám, ako napr. x-lúče alebo žiarenie
Ergonomické riziká	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zdvíhanie ▪ tlačenie ▪ neprirodzené polohy ▪ opakované pohyby ▪ dlhé státie a sedenie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nedostatočná odborná príprava ▪ zlý ergonomický dizajn a nedostupné/nehodné zariadenia ▪ posun smerom k domácej starostlivosti ▪ vysoké pracovné zaťaženie zvyšuje riziko poškodenia podporno-pohybovej sústavy
Psychosociálne riziká	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pracovný čas ▪ zneužívanie liekov ▪ emocionálne nároky ▪ faktory súvisiace so stresom a syndrómom vyhorenia ▪ násilie a šikanovanie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vysoká pracovná záťaž a časová tieseň, ktoré vedú k stresu ▪ nedostatok kontroly nad prácou ▪ slabá organizácia ▪ jazykové problémy, neoptimálny pracovný čas ▪ emocionálne prípady ▪ hospodárska kríza ▪ práca osamote ▪ násilie a obťažovanie ▪ vykonávanie viacerých úloh

Osobitné riziká v oblasti domácej starostlivosti

Prostredie domácej starostlivosti je náročným pracovným prostredím z hľadiska bezpečnosti pracovníkov domácej starostlivosti, a to z viacerých dôvodov. Po prvé, prostredie v domácnostiach môže predstavovať riziká spojené s domácnosťou, napr. zlá kvalita vnútorného ovzdušia alebo toxické látky, ktoré sa spájajú s mnohými negatívnymi účinkami na zdravie. Po druhé, mnohé z rovnakých dobre definovaných nebezpečenstiev súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou v klinickom prostredí, ako napr. šírenie infekcií, vznik rezistentných mikroorganizmov a chyby v liečbe, sa vyskytujú aj v prostredí domácej starostlivosti. Po tretie, domáca starostlivosť sa môže poskytovať za podmienok, ktoré nie sú kontrolované. Po štvrté, odborná príprava alebo skúsenosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti môžu byť v oblasti bezpečnosti pacienta nedostatočné a priamy dohľad na ich prácu je často malý alebo žiadny. Napokon, riadenie rizík v domácnosti je obzvlášť problematické, pretože každá domácnosť je v podstate „pracoviskom“, avšak nemusia byť zavedené alebo ľahko dostupné pre pracovníkov, ako aj pre pacientov všetky druhy ochrany potrebné pre prostredie poskytovania zdravotnej starostlivosti. Kontrolovanie nebezpečenstiev v oblasti domácej starostlivosti môže byť z týchto dôvodov zložitý.

Mnohé rizikové faktory pre zdravotníckych pracovníkov v inštitucionálnom prostredí a pre pracovníkov domácej starostlivosti sú spoločné. Domáca starostlivosť však môže predstavovať osobitnú výzvu v oblasti bezpečnosti príslušných pracovníkov, pretože musia cestovať za pacientmi do ich jednotlivých domácností a pracovať v nich. Zranenia v dôsledku dopravných nehôd, prílišná námaha (a opakované pohyby) pri poskytovaní pomoci pacientom a pošmyknutia, zakopnutia a pády v ich domácnostiach a mimo nich sú hlavnými príčinami straty pracovného času medzi pracovníkmi poskytujúcimi starostlivosť. K ďalším príčinám úrazov a chorôb u pracovníkov poskytujúcich starostlivosť patrí aj expozícia nebezpečným chemikáliám (žieravé, dráždivé, toxické alebo alergénne látky), vrážanie do predmetov, útoky a násilné činy alebo správanie. Pracovníci domácej starostlivosti okrem toho môžu byť pri poskytovaní priamej starostlivosti o klienta, ako napr. obliekanie alebo kúpanie, alebo upratovanie a varenie pre infikovaných klientov, vystavení infekčným chorobám (napr. hepatitída a HIV, chrípka, tuberkulóza, osýpky a ovčie kiahne). Rôzne pracovné podmienky môžu u pracovníkov poskytujúcich starostlivosť viesť tiež k duševnej alebo emočnej únave. Stres môže týmto pracovníkom spôsobovať napríklad dohadovanie sa s klientom a rodinnými príslušníkmi, ktorí môžu byť pod tlakom, a samostatná práca v neznámych a nekontrolovaných situáciách.

K hlavným rizikám pre pracovníkov domácej starostlivosti identifikovaným v prehľade literatúry a v odpovediach na dotazník patrili:

Ergonomické riziká:

- Miestnosti v domovoch pacientov bývajú často malé alebo prepchaté. Pracovník poskytujúci domácu zdravotnú starostlivosť strávi približne 40 – 48 % času v nesprávnych kombináciách polôh vrátane nakláňania dopredu a vytáčaní, s ktorými sa spájajú problémy postihujúce plecia, krk a chrbát. Nedostatočný priestor na sprchovanie/kúpanie klienta predstavuje ergonomické riziká a riziká súvisiace s manuálnou manipuláciou.
- Najzávažnejším problémom v domovoch pacientov sú nepolohovateľné postele (problémy s výškou, šírkou a umiestnením postele). V domácnostiach pacientov sa obvykle nenachádzajú zariadenia na pomoc pri premiestňovaní, ani bežné pomôcky a zariadenia, ktoré sa spravidla nachádzajú v nemocniciach, nebudú v domácnostiach pacientov k dispozícii.
- Pracovníci poskytujúci domácu zdravotnú starostlivosť musia často dlhodobo stáť alebo veľa chodiť.
- Zdvíhanie ťažkých bremien, dvíhanie v nevhodných polohách a dvíhanie bez pomoci sú významným prediktormi trvalej pracovnej neschopnosti u pracovníkov poskytujúcich domácu zdravotnú starostlivosť. Poškodenia podporno-pohybovej sústavy v dôsledku premiestňovania pacientov na lôžko a z lôžka alebo pomoci poskytovanej pacientom pri chodení alebo stáť predstavujú najväčší problém v odvetví domácej zdravotnej starostlivosti (k osobitným rizikám v tejto oblasti patria zmeny mobility klienta, ktoré si vyžadujú nadmernú námahu zo strany pracovníka, používanie nevhodných zariadení, nedostatočný priestor na premiestnenie pacienta a žiadna pomoc pri zdvíhaní pacienta). Vyvrnutia a natiahnutia patrili v roku 2007 k najčastejším príčinám absencie pracovného času v dôsledku zranení pracovníkov poskytujúcich domácu zdravotnú starostlivosť a v porovnaní s inými pracovníkmi sú pracovníci domácej starostlivosti častejšie práceneschopní na základe symptómov poškodenia podporno-pohybovej sústavy súvisiacich s prácou.
- Poskytovanie pomoci pri činnostiach každodenného života (obliekanie, jedenie, chodenie a vyprázdňovanie) sa môže spájať s rizikom poškodenia podporno-pohybovej sústavy vplyvom hmotnosti pacienta.

Fyzikálne riziká:

- Fyzické prostredie v domácnostiach: správna starostlivosť o domácnosť je dôležitým faktorom pri udržiavaní bezpečného pracovného priestoru pre pracovníkov domácej starostlivosti. Mnohí pracovníci domácej starostlivosti sa zrania, pretože zakopnú alebo sa potknú alebo stúpia na predmety, ktoré sú v ceste. Na bezpečnú prácu potrebujú primerané osvetlenie. Okrem toho, ak je domácnosť zaprataná zariadením a slabo osvetlená, môže to sťažiť rýchly únik v prípade naliehajúcej situácie alebo útoku na pracovníka domácej starostlivosti.
- Kyslík predstavuje predpísanú liečbu, ale aj riziko požiaru. Požiare môžu vzniknúť neočakávane a fajčenie je najčastejšou príčinou požiarov v dome.
- Veľmi často sa stáva, že domácnosti klientov nie sú prispôbivé potrebám pracovníkov poskytujúcich starostlivosť. Zo španielskej štúdie, v rámci ktorej sa skúmalo 500 domácností pacientov, vyplynulo, že len 6,5 % malo nastaviteľné kĺbové postele a len 16,1 % malo prispôsobiteľné sprchy. Celkovo len 12,9 % skúmaných domácností malo vhodné podmienky pre potreby pracovníkov poskytujúcich starostlivosť, ktoré by umožňovali, aby mohli pracovať zdravým a bezpečným spôsobom.
- Fyzické prostredie mimo domácností: fyzické prostredie môže predstavovať nebezpečenstvá. Pošmyknutia, zakopnutia a pády v domácnosti a mimo nej bývajú častými príčinami úrazov pracovníkov domácej starostlivosti. Chodníky, predovšetkým nerovné, schody, drevené plochy pokryté vodou, ľadom, snehom, lístím alebo machom, predmety odložené na chodníkoch a cestách a slabé osvetlenie predstavujú ďalšie riziká, ktoré môžu byť príčinou úrazov mimo domácnosti. Navyše, keď pracovník poskytujúci starostlivosť ide von s klientom, riziká tak pre pracovníka, ako aj pre klienta môžu byť oveľa väčšie než v prípade, keď sa nachádza vonku sám.

Bezpečnostné riziká:

- Pošmyknutia, zakopnutia a pády: k úrazom môže dôjsť na plošinách, mokrych podlahách alebo mokrych podlahových krytinách (menej kontrolovateľné okolnosti).
- Riadenie vozidla pri doprave do domovov pacientov: cestné dopravné nehody sú jednou z najčastejších príčin pracovných úrazov pracovníkov domácej starostlivosti a najzávažnejšou príčinou smrteľných úrazov. Takéto nebezpečenstvo a riziko možno minimalizovať, napr. používaním bezpečnostného pásu, kontrolou opotrebovania pneumatík, údržbou vozidla, obmedzením rýchlosti a rušivých vplyvov, zvýšenou opatrnosťou obzvlášť na križovatkách a neriadením vozidla v ospalosti alebo pod vplyvom alkoholu alebo iných drog.
- Popálenie a obarenie: osoby, ktoré pracujú v prostredí domácej starostlivosti bývajú často vystavené nebezpečenstvám, ktoré môžu spôsobiť popálenie, napr. horúca voda, kanvice, elektrické spotrebiče a chemikálie. K popáleniu najčastejšie dochádza vplyvom expozície ohňu, horúcim predmetom, horúcim kvapalinám, chemikáliám alebo žiareniu. K obareniu dochádza po kontakte s mokrym teplom, napr. horúcou vodou alebo parou.

Biologické a chemické riziká:

- Obzvlášť veľké obavy vyvolávajú nehygienické podmienky, pretože infekčná choroba sa môže, ako je dobre zdokumentované, v domácnosti veľmi jednoducho rozšíriť. Vykonávanie rôznych procedúr v rámci domácej starostlivosti môže predstavovať riziko infekcie. Pracovníci domácej starostlivosti môžu byť vystavení riziku v dôsledku krížovej kontaminácie, napr. pri prenose patogénov priamym a nepriamym kontaktom s kontaminovanými neživými objektmi. V nehygienických domácnostiach sa môžu vyskytovať aj škodcovia vrátane hlodavcov, vši, pôvodcov svrabu a termitov.

- Bielizeň v domácnosti tiež vyvoláva obavy, keďže sa preukázalo, že sa prostredníctvom nej môžu šíriť choroby. Zdokumentované bolo napríklad šírenie mikroorganizmu *Staphylococcus aureus* prostredníctvom bielizne. Zo skúmania postupov prania bielizne v domácnosti vyplynulo, že zmeny, ako napr. nižšie teploty, menšia miera používania bielidla a používanie menších objemov vody, mali vo všeobecnosti nepriaznivý vplyv na kvalitu hygienu bielizne. Tieto zmeny by mohli ohroziť pacientov v domácej starostlivosti a vystaviť pracovníkov vykonávajúcich túto starostlivosť zvýšenému riziku infekcie (Gershon a kol., 2007).
- Zdravotný stav pacienta: pracovníci domácej starostlivosti môžu prísť do kontaktu s infekčnými chorobami, ako napr. hepatitída, HIV, chrípka, tuberkulóza, osýpky a ovčie kiahne. K väčšine infekčných chorôb z povolania prenášaných krvou dochádza poranieniami ostrými predmetmi kontaminovanými krvou v dôsledku úrazov alebo nedostatočne bezpečných postupov.
- Nesprávne zaobchádzanie so zdravotníckym odpadom tiež môže vyvolávať obavy v prostredí domácej starostlivosti, pretože môže byť zdrojom patogénnych mikroorganizmov.
- Pracovníci domácej starostlivosti môžu byť ohrození uhryznutím alebo poranením zvieratami.
- Vystavenie ostrým predmetom: pracovníci poskytujúci domácu zdravotnú starostlivosť sú zodpovední za bezpečné používanie a likvidáciu ostrých predmetov. Pacienti a ich rodiny často ostré predmety nelikvidujú primeraným spôsobom (znečistené ostré predmety môžu byť len tak hocikde položené v domácnosti alebo v košoch na odpadky), čo býva jedným z hlavných rizikových faktorov pre pracovníkov. Injekčné striekačky a skalpely sa navyše často ponechávajú bez ochranného krytu na rôznych miestach v domácnosti.
- Obavy vyvoláva aj opätovné používanie niektorých predmetov na jednorazové použitie. Napríklad sa preukázalo, že mnohí pacienti s cukrovkou opakovane používajú inzulínové striekačky bez dezinfekcie až do otupenia ihly. V domácom prostredí obdobne dochádza aj k tomu, že sa drenážne vrecká dezinfikujú a opakovane použijú, pričom tento postup sa v nemocniciach používa len málokedy.
- Nedostatok vody: pracovníci poskytujúci domácu zdravotnú starostlivosť sa môžu stretnúť s domácnosťami bez tečúcej vody alebo s nevyhovujúcou kvalitou vody.
- V rámci povinností v domácnosti pracovníci môžu byť vystavení chemikáliám: riziko vystavenia chemickým látkam je v domácej starostlivosti vyššie, pretože nie vždy sa dá dodržať správny postup pri práci s chemikáliami. Navyše mnohí pracovníci domácej starostlivosti nie vždy vedia, aké lieky pacient užíva, alebo aké sú účinky používania týchto liekov.

Psychosociálne riziká:

- Môže dochádzať k nezhodám v súvislosti s pomocou požadovanou zo strany klienta a dostupnou zo strany pracovníka poskytujúceho starostlivosť.
- Žiadny dozor: práca pracovníkov domácej starostlivosti nie je priamo kontrolovaná. Títo pracovníci pracujú spravidla osamotene, môžu cestovať cez nebezpečné štvrte, a môže sa stať, že budú musieť čeliť závislým od alkoholu alebo drog, argumentom rodiny, nebezpečným psom alebo hustej premávke. Z niektorých štúdií vyplýva, že môžu byť z práce viac vystresovaní ako učitelia alebo pracovníci poskytujúci starostlivosť o deti, keďže uvádzajú, že majú menšiu kontrolu nad svojou prácou a že sú menej motivovaní svojou prácou. Pracovníci poskytujúci domácu zdravotnú starostlivosť mali najdlhšiu práceneschopnosť (30 alebo viac dní do roka) a druhý najvyšší počet absencií.
- Nebezpečné správanie ľudí mimo domácnosti: domácnosť sa môže nachádzať v oblasti s vysokou zločinnosťou alebo nízkou bezpečnosťou alebo na izolovanom mieste. Zdravotníckym pracovníkom môže na takýchto miestach hroziť napadnutie. Prítomnosť gangov, závislých od drog alebo alkoholu môže predstavovať zvýšené riziko napadnutia súvisiaceho s prácou.

- Členovia rodiny a návštevníci (násilie): k násiliu voči pracovníkom poskytujúcim starostlivosť môže dôjsť zo strany pacientov a príležitostne zo strany nepriateľsky naladených rodinných príslušníkov a návštevníkov, ktorí sú vystresovaní, nevyrovnaní, frustrovaní, zraniteľní alebo sa neovládajú. Rodinní príslušníci sa môžu chcieť hádať v dôsledku frustrácie so stavom klienta alebo spôsobom poskytovania starostlivosti.

Aké sú hlavné demografické, spoločenské a technologické trendy a zmeny, ktoré majú vplyv na BOZP v sektore zdravotnej starostlivosti v rámci Európy?

V posledných desaťročiach bol na pracoviskách zaznamenaný významný technologický pokrok, ktorý spolu s rýchlou globalizáciou prispel k zmenám v práci mnohých ľudí po celom svete. Dôsledky týchto zmien na BOZP v sektore zdravotnej starostlivosti boli takisto významné. V niektorých prípadoch došlo k obmedzeniu alebo vymiznutiu tradičnejších nebezpečenstiev a rizík, avšak aj v dôsledku nových technológií vznikajú nové riziká. Zároveň mnohí pracovníci sú vplyvom meniacich sa modelov práce, ako napr. väčšie tlaky na uspokojenie požiadaviek moderného pracovného života, vystavení „novým“ rizikám. Vekové profily pracovnej sily sa tiež menia, rovnako ako rodová rovnováha na mnohých pracoviskách. V dôsledku týchto zmien v štruktúre zamestnanosti vznikli zjavné riziká, ktoré boli predtým buď menej časté, alebo menej zreteľné.

Existujú viaceré trendy a zmeny, ktoré majú vplyv na pracovnú silu, a teda aj na bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci pracovníkov v sektore zdravotnej starostlivosti. K hlavným trendom a zmenám v Európe, ktoré boli zistené v prehľade literatúry a ktoré potvrdili odpovede v dotazníku, patria:

- demografické zmeny (starnutie populácie pacientov a pracovnej sily),
- zmeny modelov rodiny (klesajúca dostupnosť neformálnej starostlivosti),
- faktory životného štýlu (chronické choroby, napr. obezita),
- vyšší počet pracovníkov s chronickou chorobou,
- migrácia a pracovná mobilita (multikultúrna a viacjazyčná pracovná sila),
- hospodárska kríza (nedostatočné investície),
- nové technológie a inovácie (biotechnológie, nanotechnológie, robotika, virtuálna realita, vývoj v oblasti IKT),
- globalizácia a hospodárska kríza (reštrukturalizácia, neistota zamestnania, intenzifikácia práce, zníženie kvality starostlivosti, viacerým ľuďom sa poskytuje menšia starostlivosť, nárast počtu zraniteľných pacientov),
- väčšia mobilita pacientov a
- odlišné pracovné podmienky pre cezhraničných pracovníkov.

Starnutie obyvateľstva: Spoločným trendom takmer vo všetkých európskych krajinách je starnutie obyvateľstva. Odhaduje sa, že v nasledujúcich 50 rokoch sa počet starších ľudí (vo veku 65 rokov a viac) takmer zdvojnásobí, z 87 miliónov v roku 2010 na 152,7 milióna v roku 2060. Tým, že viac ľudí bude potrebovať starostlivosť, sa dopyt po zdravotnej starostlivosti výrazne zvýši. Nesúlad medzi dopytom a dostupnosťou pracovných miest v oblasti starostlivosti sa čoskoro stane problémom.

Starnúca pracovná sila: Keďže v nasledujúcich 10 až 20 rokoch odíde do dôchodku veľký počet pracovníkov, pracovná sila v oblasti zdravotnej starostlivosti EÚ sa výrazne zredukuje. V roku 2009 približne 30 % všetkých lekárov v EÚ bolo vo veku nad 55 rokov a v roku 2020 sa očakáva, že do dôchodku ich odíde vyše 60 000 alebo 3,2 % všetkých európskych lekárov ročne. Podľa údajov zhromaždených niektorými členskými štátmi priemerný vek v súčasnosti zamestnaných zdravotných sestier je 41 až 45 rokov, pričom prostredníctvom systému neprichádza dostatok nových mladých pracovníkov, aby nahradili odchádzajúcich. Zamestnanosť v sektore zdravotnej starostlivosti sa zvyšuje najmä medzi staršími pracovníkmi a k nárastu

počtu lekárov dochádza hlavne v starších vekových skupinách. Starší pracovníci bývajú spravidla na pracovisku mnohokrát vystavení takým istým nebezpečenstvám ako aj ostatní pracovníci. K najčastejšie sa vyskytujúcim prípadom, ktoré vedú k pracovným úrazom alebo smrteľným nehodám patria pády, napadnutie, expozícia škodlivým vplyvom a nehody pri doprave. V prípade starších pracovníkov často dochádza k závažnejším úrazom ako u mladších. Starší pracovníci, ktorí utrpia pracovný úraz, môžu potrebovať viac času na zotavenie než ich mladší kolegovia.

Zmeny modelov rodiny: K poklesu neformálnej starostlivosti poskytovanej v rámci rodiny a k zvýšenému dopytu po formálnej starostlivosti bude dochádzať najmä v dôsledku toho, že stúpa počet starších ľudí, ktorí už nežijú so svojimi deťmi pod jednou strechou, ako aj počet zamestnaných žien a počet rodín, v ktorých pracujú obaja rodičia. Vplyvom mnohých zmien, ktoré sa objavujú v štruktúre rodiny, sa starší ľudia nemôžu spoliehať na to, že ich rodinní príslušníci budú podporovať v takom rozsahu, ako tomu bolo v minulosti. Jedným z dôvodov je migrácia. Ľudia, ktorí migrujú, aby viac zarobili alebo získali prácu, často opúšťajú svojich starších rodičov a niekedy dokonca aj svoje deti. Keďže rodiny sú nestabilné a ženy sa zväčša venujú svojej profesionálnej kariére, v budúcnosti bude potrebné poskytovať starším ľuďom viac formálnej starostlivosti. Vplyv týchto ďalších demografických a sociálnych zmien na budúce potreby v oblasti zdravotnej starostlivosti a súvisiace náklady na zdravotnú starostlivosť sa na rozdiel od dôsledkov starnutia obyvateľstva na zdravotnú starostlivosť, ktoré sa naozaj predpokladajú, fakticky neskúmali a potrebné je ďalšie skúmanie a aktivity v oblasti výskumu a rozvoja (Európska komisia, 2009a).

Zmeny životného štýlu: Choroby súvisiace s vekom nie sú jediným faktorom, ktorý prispieva k zmenám dopytu po zdravotnej starostlivosti. K zvýšeniu dopytu po starostlivosti o pacientov s takými chorobami, ako napr. obezita, cukrovka a srdcovo-cievne ochorenia, povedú aj tzv. civilizačné choroby, ku ktorým dochádza vplyvom zmien stravovacích návykov, nezdravej stravy, fajčenia, konzumácie alkoholu a drog a nedostatočnej telesnej aktivity. Tieto choroby súvisiace so životným štýlom sa považujú za jednu z hlavných príčin chorobnosti, ktorej možno zabrániť.

Migrácia a mobilita pracovnej sily: Migrácia zdravotníckych pracovníkov vo svete v posledných desaťročiach rastie, najmä z krajín s nižšími príjmami, v ktorých sú už teraz nestabilné systémy zdravotnej starostlivosti. V mnohých európskych krajinách sa za posledných 30 rokov počet migrujúcich zdravotníckych pracovníkov zvýšil viac než o 5 % ročne. Pozitívny dôsledok tejto mobility pracovnej sily je, že migrujúci pracovníci majú možnosť zlepšiť si pracovné aj osobné zručnosti. Negatívnym dôsledkom je neschopnosť krajín s nízkymi príjmami chrániť práva obyvateľov na riadnu zdravotnú starostlivosť, pretože kvalifikovaní zamestnanci opúšťajú krajinu. Ďalšou výzvou v multikultúrnom a viacjazyčnom pracovnom prostredí môže byť starostlivosť o bezpečnosť pacienta a pracovníkov. V oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia a príslušnom výskume je potrebné prihliadať na situáciu týchto pracovníkov vrátane vnímania a postojov v rámci jednotlivých kultúr týkajúcich sa práce a rizík pri práci.

Cezhraničná zdravotná starostlivosť: Tento jav nadobúda v EÚ na čoraz väčšom význame. Rast „dovozu“ a „vývozu“ pacientov spolu s inými zainteresovanými stranami a službami podporujú mnohé faktory. Technologický pokrok v oblasti informačných systémov a komunikácie umožňuje pacientom alebo tretím stranám – kupujúcim zdravotnú starostlivosť vyhľadať kvalitnú liečbu za nižšie náklady a/alebo priamo od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v iných krajinách. Zlepšenie prenosnosti zdravotného poistenia na základe regionálnych dohôd týkajúcich sa systémov verejného zdravotného poistenia alebo vývoja na trhu súkromného poistenia ďalej prispieva k zvýšeniu mobility pacientov. Mobilita pacientov v Európe môže ďalej rásť vďaka smernici EÚ prijatej v roku 2011, ktorá podporuje pacientov pri uplatňovaní ich práva na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť a podporuje spoluprácu medzi systémami zdravotnej starostlivosti – smernica 2011/24/EÚ. Smernica sa vzťahuje na jednotlivých pacientov, ktorí sa rozhodnú vyhľadať zdravotnú starostlivosť v inom členskom štáte ako členský štát, v ktorom sú poistení. Cezhraničná zdravotná starostlivosť sa však neobmedzuje len na pacientov. Lekári a zdravotné sestry cestujú do zahraničia za odbornou prípravou, poskytujú dočasne služby alebo sa usídliť v inom členskom štáte. V

rôznych členských štátoch čoraz častejšie navzájom spolupracujú jednotliví lekári aj nemocnice. V niektorých prípadoch nielen pacienti alebo poskytovatelia starostlivosti, ale samotné zdravotnícke služby prekračujú hranice prostredníctvom telemedicíny.

Nové technológie a inovácie: Inovácie v sektore zdravotnej starostlivosti sa spájajú hlavne s novými službami a novými spôsobmi práce a/alebo novými technológiami (nové spôsoby liečby alebo typy zákrokov). Inovácie v sektore zdravotnej starostlivosti sú hnacou silou pri hľadaní rovnováhy medzi znižovaním nákladov a kvalitou starostlivosti. Sú kľúčovými prvkami pre pracovný výkon a konkurencieschopnosť. V posledných rokoch sa inovácie v oblasti zdravotnej starostlivosti sústreďujú na genomiku a nové biotechnológie a pravdepodobne bude tomu tak aj v dohľadnej budúcnosti. Hneď po nich nasledujú nanotechnológie a robotika (niekedy v kombinácii s genomikou a biotechnológiami). Výsledné inovácie môžu vyvolať prevratné zmeny v oblasti zdravotnej starostlivosti, aj keď existujú obavy z prudkého nárastu nákladov. Očakáva sa, že vývoj v týchto oblastiach povedie okrem iného k lepším technológiám a liečbe „typických“ chorôb súvisiacich s vekom, ako aj k prostriedkom na prevenciu alebo spomalenie vzniku chorôb súvisiacich s vekom alebo k strate funkčných schopností. K ďalším významným inováciám dochádza v oblasti informačných a komunikačných technológií (IKT).

Globalizácia a hospodárska kríza: Všeobecnou hnacou silou zmien vo svete je globalizácia a rast sektora služieb (vrátane zdravotnej starostlivosti), čo prináša väčšiu konkurenciu, zvýšené hospodárske tlaky, väčšiu reštrukturalizáciu a prepúšťanie, viac nebezpečnej práce a nárast neistoty zamestnania, ako aj zvýšenú intenzifikáciu a nárast časovej tiesne v práci. Súčasná kríza v Európe prispela k zvýšenému hospodárskemu tlaku na podniky, v dôsledku čoho sa zase zintenzívňujú vplyvy na zamestnancov v EÚ. Európska federácia nemocníc a zdravotníckych zariadení (HOPE) vo svojej správe The Crisis, Hospitals and Healthcare (Kríza, nemocnice a zdravotná starostlivosť) tvrdí, že hlavné dôsledky obmedzenia zdrojov vplyvom hospodárskej krízy na zdravotnícky personál vidno v politikách zamestnanosti a dôchodkových reformách, ktoré väčšina členských štátov EÚ prijala. V niektorých prípadoch vláda podporovala politiky zamerané na prepúšťanie alebo prinajmenšom nenahrádzovanie zamestnancov odchádzajúcich do dôchodku alebo na zavádzanie reštriktívnych postupov pri prijímaní nových zamestnancov a menovaní náhradníkov. Ďalší balík opatrení pozostával v znižovaní miezd a tento trend bol spoločný pre celý verejný sektor. Klesajúce platy v niektorých krajinách – zníženie miezd dosahovalo až 25 % – viedli k presunu zdravotníckych pracovníkov do zahraničia, kde mohli pokračovať v kariére.

Vznik nových rizík v rámci Európy založených na kontextových zmenách a súčasných rizikách a analýza vplyvu, ktorý by mohli mať na prácu a služby poskytované zdravotníckymi pracovníkmi.

K hlavným vznikajúcim a novým rizikám v Európe, ktoré boli zistené v prehľade literatúry a v odpovediach v dotazníku, patria tieto skutočnosti:

- Očakáva sa nárast vystavenia relatívne novým chemickým látkam, ako napr. nanočastice, u ktorých vplyvy na zdravie pracovníkov nie sú známe. Práca s nanomateriálmi si vyžaduje zvýšenú opatrnosť a ďalší výskum o účinkoch týchto materiálov.
- Vystavenie biologickým faktorom sa môže zvýšiť vzhľadom na nárast cestovania a mobility pacientov. Okrem toho sa pravdepodobne zvýši vystavenie faktorom (častice zo zvierat a pod.) v domácnostiach ľudí, keďže sa očakáva zvýšenie počtu pracovníkov domácej starostlivosti.
- Vystavenie hluku a fyzikálnym rizikám (napr. žiarenie) v dôsledku používania nových zdravotníckych techník (napr. zobrazovacia magnetická rezonancia (MRI)) sa v dôsledku vývoja nových zariadení môže zvýšiť. Toto môže viesť k vzniku nových rizík pre pracovníkov a k potrebe ďalšieho výskumu o vplyve takéhoto vystavenia.
- Ďalšie riziko môže v dôsledku prisťahovalectva predstavovať jazyková bariéra medzi pracovníkmi a pacientmi.

- V časoch hospodárskej recesie sa môže zvýšiť riziko porúch zariadení, pretože organizácie investujú menej do údržby, opravy alebo nákupu nových zariadení.
- Zvýšenie nákladov na starostlivosť spolu s obmedzeniami verejných výdavkov zvyšujú tlak na systém, aby zlepšoval poskytované služby pri zachovaní dôrazu na vysokú úroveň starostlivosti.
- V dôsledku ekonomickej situácie sa nemocnice zatvárajú a výsledkom je menší počet nemocníc v bezprostrednej blízkosti pacientov. Z dôvodu znižovania počtu zamestnancov je potrebné zvýšiť efektívnosť služieb, čo ďalej zaťažuje existujúcich pracovníkov.
- Vysoké fyzické zaťaženie bude aj naďalej problémom, k čomu prispievajú tieto faktory: nedostatok zariadení (napr. pomôcky na zdvíhanie) v domácej starostlivosti, zvýšenie dlhodobej starostlivosti o pacientov s chronickými chorobami, ako napr. obezita. Nárast zavádzania IKT zariadení tiež vplýva na fyzické problémy. Mobilné zariadenia predstavujú ďalšie ergonomické hrozby.
- Problémom bude aj naďalej pracovný čas, ak pracovníci budú musieť pracovať viac hodín (v dôsledku vysokého pracovného zaťaženia) a ak viac pracovníkov (napr. domáci pracovníci a pracovníci domácej starostlivosti) nebude chránených právnymi predpismi v oblasti BOZP.
- Na základe rozpočtových obmedzení, reštrukturalizácie a nedostatku pracovníkov, väčšieho počtu pacientov a väčšej potreby efektívnosti môže dôjsť k intenzifikácii práce. Na toto môže mať vplyv aj nárast používania IKT, ako aj prípadný nárast počtu ľudí s viac než jedným zamestnaním. Môže to mať negatívny vplyv aj na pracovníkov domácej starostlivosti a pracovníkov v iných podsektoroch, kde chýbajú pracovníci. V dôsledku reštrukturalizácie v rámci sektora dochádza k zvyšovaniu neistoty zamestnania.
- Rovnováha medzi pracovným a súkromným životom môže byť aj naďalej problémom predovšetkým pre vysoký počet žien, ktoré pracujú v sektore zdravotnej starostlivosti.
- Násilie a šikanovanie v kombinácii s emocionálnou prácou stále predstavujú významné problémy v oblasti zdravotnej starostlivosti. Experti podieľajúci sa na Prognóze expertov o vznikajúcich psychosociálnych rizikách dospeli k názoru, že aj keď tieto riziká nie sú nové, vzbudzujú čoraz väčšie obavy, najmä v sektore zdravotnej starostlivosti. Rastúce posilňovanie postavenia pacientov k týmto rizikám len prispieje.
- Smernica EÚ 2011/24/EÚ o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti bude mať v niektorých členských štátoch EÚ-28 negatívny vplyv. Aj keď spolupráca zdravotníckych pracovníkov v rámci iniciatív, ktoré umožnia mobilitu pacientov, teoreticky umožní týmto pracovníkom vzájomne si vymieňať poznatky, školiť sa v oblasti nových liečebných postupov a prístupov, prinesie však aj celý rad iných potenciálnych dopadov na zdravotníckych pracovníkov. Mobilita pacientov ovplyvní pracovné príležitosti a pracovné zaťaženie. V krajine, ktorá prijme týchto pacientov, bude potrebné rozšíriť kapacity a prijať ďalších zamestnancov, avšak pri súčasnom nedostatku zdravotníckych povolání, napr. sestier, výsledkom bude pravdepodobne zvýšenie zaťaženia. Títo zdravotnícki pracovníci môžu byť navyše konfrontovaní s očakávaniami a postojmi, ktoré sú odlišné od domácich pacientov, čo bude mať za následok ťažkosti v komunikácii a problémy súvisiace s kultúrnymi rozdielmi a dokonca aj obťažovanie a násilné správanie. V krajinách, ktoré prichádzajú o zdravotníckych pracovníkov, budú existujúce zdroje napnuté do takej miery, ktorá bude mať za následok syndróm vyhorenia a vysokú fluktuáciu pracovníkov.
- Posun smerom k domácej starostlivosti: S nastávajúcim zavádzaním zmien v politikách, ktoré sú zamerané na prechod od inštitucionálnej starostlivosti ku komunitnej starostlivosti, bude nevyhnutné, aby sa väčšia pozornosť venovala BOZP v sektore zdravotnej starostlivosti. Ľudia so zdravotnými problémami sa nachádzajú nielen v nemocniciach, ale aj v domácej starostlivosti a domovoch pre seniorov. Bude sa zvyšovať tlak na všeobecných lekárov a pracovníkov domácej starostlivosti, aby prevzali viac úloh zdravotníckych inštitúcií vyššej úrovne.

Očakáva sa, že okrem vnútroštátnych spoločenských a demografických zmien budú mať v budúcnosti pozitívny vplyv na BOZP v sektore zdravotnej starostlivosti aj iné zmeny a vývoj.

Očakávané pozitívne zmeny

Viac pozornosti poraneniam ostrými predmetmi:

- V rámci zmien vnútroštátnych právnych predpisov sa bude vo väčšej miere zohľadňovať smernica Rady 2010/32/EÚ z 10. mája 2010, ktorou sa vykonáva Rámcová dohoda o prevencii poranení ostrými predmetmi v nemocničnom a zdravotníckom sektore.
- Pri vykonávaní tejto smernice sa očakáva zlepšenie presadzovania BOZP z hľadiska cielených inšpekcií a spolupráce medzi príslušnými orgánmi. Rovnaké bezpečnostné opatrenia týkajúce sa prevencie poranení ostrými predmetmi v zdravotníckom sektore sa týkajú aj iných profesií v tomto sektore (napr. upratovacie služby, likvidácia odpadu atď.). Očakáva sa, že tieto opatrenia budú mať pozitívny vplyv na služby a kvalitu starostlivosti.

Riadenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci:

- V sektore zdravotnej starostlivosti sa očakáva viac špecialistov pre oblasť ochrany zdravia pri práci. Vďaka väčšiemu počtu špecialistov pre BOZP v nemocniciach (alebo akýchkoľvek iných zariadeniach) s právomocou prijímať zmeny, ako napr.: klásť dôraz na programy očkovania, poskytovať pomoc a podporu pracovníkov so zdravotným postihnutím, poskytovať rehabilitačné programy atď. by sa BOZP zdravotníckych pracovníkov výrazne zlepšila.
- Prebiehajú diskusie o tom, ako dosiahnuť lepšiu integráciu medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou, ktorej výsledkom by bola lepšia kvalita starostlivosti. Zavedenie tzv. virtuálnych nemocníc, keď sa značná časť vykonávanej liečby poskytuje v domácnostiach starších osôb, môže prispieť k zlepšeniu poskytovania služieb a výsledkov. Užšou integráciou klinických rizík a rizík v oblasti BOZP sa môže zlepšiť riadenie obidvoch týchto rizík.

Legislatíva a kontrola:

- Očakáva sa plnenie právneho rámca, posilnenie kontrolných orgánov a zvýšenie informovanosti.

Budúci výskum a prax

Na získanie prehľadu výsledkov v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia, pokiaľ ide o špecifické riziká a skupiny pracovníkov a povolání, interakcie medzi rizikami, interakcie medzi BOZP a kvalitou starostlivosti a možné vplyvy zdravotníckych systémov na riziká, aktivity a výsledky v oblasti BOZP je potrebný podrobnejší výskum.

Odporúčania pre výskum:

- Na úrovni EÚ je nedostatok najnovších porovnateľných údajov o pracovných podmienkach, expozíciách a výsledkoch v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia v prípade špecifických rizík a skupín pracovníkov a povolání v sektore zdravotnej starostlivosti. Na umožnenie stanovenia priorít, pokiaľ ide o špecifické riziká a skupiny najviac ohrozených pracovníkov, sú potrebné podrobnejšie údaje.
- O vplyve aktuálnych trendov a existujúcich rizikách na kvalitu starostlivosti poskytovanej pacientom je k dispozícii len obmedzené množstvo informácií. Potrebný je ďalší výskum o interakcii medzi BOZP a kvalitou starostlivosti.
- Vplyv kombinovaných rizík na zdravotníckych pracovníkov sa neskúmal vhodným spôsobom. Potrebný je ďalší výskum týchto kombinovaných účinkov, napríklad interakcia medzi ergonomickými a psychosociálnymi rizikami.

- Aj keby niekto mohol argumentovať, že činnosť systému zdravotnej starostlivosti je vzájomne prepojená s aspektmi BOZP, ktorým je ich pracovná sila tiež vystavená, nenašli sa žiadne štúdie zamerané na tento vzťah na makroekonomickej úrovni. V tejto oblasti je potrebný ďalší výskum. Bolo by vhodné napríklad preskúmať vplyv aktivít v oblasti efektívnosti, ale aj prevencie na kvalitu starostlivosti a BOZP na rôznych úrovniach (organizácia, štát).

Pokyny pre prax:

- Na zlepšenie pracovných podmienok pracovníkov domácej starostlivosti na vnútroštátnej úrovni sú potrebné iniciatívy zamerané viac na prax, na základe odpovedí na dotazník bolo identifikovaných pomerne málo iniciatív v tejto oblasti. Týka sa to tak formálnych, ako aj neformálnych poskytovateľov starostlivosti. Pokiaľ ide o druhú skupinu, k dispozícii je pomerne málo informácií.
- Výmena poznatkov (napríklad vo forme príkladov osvedčených postupov) v oblasti ochrany zdravia pri práci by sa mala ďalej skúmať.
- Vzhľadom na starnutie pracovnej sily sa môže zvýšiť potreba intervencií v oblasti BOZP so zreteľom na pracovné podmienky a vplyv rizík na starších pracovníkov, tieto intervencie by mohli byť zamerané na všetky vekové skupiny.
- Dôležité sú politiky zamerané na zlepšenie rovnováhy medzi prácou a súkromným životom a znižovanie mzdových rozdielov medzi ženami a mužmi.
- V dôsledku nárastu migrácie zdravotníckych pracovníkov, môže dôjsť k rastu jazykových a kultúrnych prekážok na pracovisku; týmto záležitostiam by sa mala venovať osobitná pozornosť a potrebná je vhodná a jasná komunikácia v súvislosti s problematikou BOZP. Potrebné sú rovnaké pracovné podmienky a normy kvality.
- V dôsledku ekonomickej situácie je potrebné stále zdôrazňovať výhody BOZP, napr. poukázaním na hospodársky význam pridanej hodnoty, ktorú dobré riadenie BOZP prináša.
- Zavádzanie nových technológií, ako napr. telemedicína a nové IKT systémy, si vyžaduje neustále vzdelávanie pracovníkov. Do posudzovania rizík by sa navyše mali zahrnúť súvisiace riziká. Aspekt BOZP by sa mal zohľadniť vo fáze navrhovania nových aplikácií a ďalších nových technológií.
- Nové technológie, napríklad zavedenie robotiky a exoskeletov, by mohli tiež prispieť k zlepšeniu pracovných podmienok. Potrebný je tiež ďalší prieskum o možnostiach, napríklad v domácej starostlivosti.

Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (EU-OSHA) prispieva k tomu, aby sa z Európy stalo bezpečnejšie, zdravšie a produktívnejšie miesto na výkon práce. Agentúra skúma, vyvíja a šíri spoľahlivé, vyvážené a nestranné informácie o bezpečnosti a ochrane zdravia a organizuje celoeurópske kampane na zvyšovanie informovanosti. Agentúra, ktorú zriadila Európska únia v roku 1996 a ktorej sídlo sa nachádza v Bilbau v Španielsku, združuje zástupcov Európskej komisie, vlád členských štátov, organizácií zamestnávateľov a zamestnancov, ako aj popredných odborníkov v každom členskom štáte EÚ i mimo nich.

Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci

12 Santiago de Compostela
(Edificio Miribilla), 5th Floor
E-48003 Bilbao, SPAIN
Tel: + 34 944-358-400
Fax: + 34 944-358-401

E-mail: information@osha.europa.eu

<http://osha.europa.eu>

