

Současné a nové problémy ve zdravotnictví, včetně domácí a komunitní péče

Evropské observatorium rizik

Shrnutí

Autoři:

Tanja de Jong, Ellen Bos (TNO)

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

Georgiana Nicolescu, Alina Trifu (INCDPM)

Řízení projektu:

Adrian Suarez, Emmanuelle Brun, Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EU-OSHA)

**Europe Direct je služba, která vám pomůže odpovědět
na otázky týkající se Evropské unie**

Bezplatné telefonní linka (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*). Někteří operátoři mobilních sítí neumožňují přístup k číslům 00 800 nebo mohou tyto hovory účtovat.

Mnoho doplňujících informací o Evropské unii je k dispozici na internetu (<http://europa.eu>).

Katalogové údaje jsou uvedeny na obálce této publikace.

Lucembursko: Úřad pro publikace Evropské unie, 2014

© Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, 2014

Reprodukce je povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Shrnutí

Evropské zdravotnictví hraje ústřední úlohu v plnění cílů strategie Evropa 2020, jelikož přispívá k celkovému zdraví a pocitu pohody pracovníků a společnosti jako celku. Odvětví zdravotní a sociální péče je navíc také důležitým zaměstnavatelem, jehož význam v souvislosti s demografickými změnami pravděpodobně dále poroste. Zaměstnavatelé tak nejsou ovlivňováni pouze trendy stárnutí populace z hlediska rostoucí poptávky po poskytování služeb s tím spojené, ale také v souvislosti s objevujícími se nedostatky na trhu práce vlivem poklesu porodnosti. Do roku 2030 by obyvatelstvo v produktivním věku v Evropské unii (EU) mohlo klesnout ze současných 303 milionů na 280 milionů. To ovlivní nejenom potenciální růst a udržitelnost důchodů, ale také financování odvětví zdravotní a sociální péče a nábor pracovníků pro poskytování těchto služeb. Přestože se očekává, že poptávka po ošetřujícím personálu, jakož i jejich nedostatek poroste, výzkumy ukazují, že v tomto odvětví často existují nevyhovující pracovní podmínky a nízké platy v porovnání s odvětvími, která vyžadují obdobně odpovídající úroveň dovedností a vzdělání. To již nyní vede ke značné mobilitě pracovníků v rámci EU i mimo ni a mohlo by to zvýšit nedostatek kvalifikovaných pracovníků v budoucnosti.

Odvětví zdravotní a sociální péče je jedním z největších odvětví v Evropě a zaměstnává zhruba 10 % pracovníků v EU, přičemž 77 % z nich tvoří ženy. Významná část zdravotnických pracovníků je zaměstnána v nemocnicích, lze je však nalézt i na jiných pracovištích, včetně pečovatelských domů, lékařských ordinací a dalších pracovištích souvisejících se zdravím.

Tato zpráva o současném stavu se zabývá otázkami bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) v odvětví zdravotní a sociální péče v členských státech EU. Byly zkoumány činnosti spojené se zdravotní péčí v institucích, jako jsou nemocnice a pečovatelské domy, i činnosti prováděné přímo v domácnostech pacientů. Pracovníci zaměstnaní ve zdravotnictví musejí provádět množství různých činností v řadě různých prostředích, které ohrožují jejich zdraví a vystavují je riziku nemocí z povolání a pracovních úrazů. Mnohá prostředích, v nichž zdravotničtí pracovníci pracují, a různorodé úkoly, které plní například při poskytování základní péče tělesně či mentálně postiženým, manipulaci s pacienty nebo zajišťování úklidových služeb, mohou představovat řadu různých nebezpečí. **Zdravotničtí pracovníci jsou vystaveni velkému množství rizik souvisejícím s jejich prací, například:**

- biologickým rizikům, jako jsou infekce způsobené poraněním o injekční jehlu nebo jiné přenosné nemoci,
- chemickým rizikům, včetně rizik, která představují léky používané při léčbě rakoviny a dezinfekční prostředky,
- fyzikálním rizikům, způsobeným například ionizujícím zářením,
- ergonomickým rizikům, například při manipulaci s pacienty a
- psychosociálním rizikům, včetně násilí a práce na směny.

Vlivem kombinace těchto různorodých rizik je zdravotnictví pro pracovníky vysoce rizikovým odvětvím.

Kromě známých rizik se však objevilo několik nových vývojových změn a trendů, s nimiž se odvětví zdravotní a sociální péče v Evropě musí potýkat a které mají na svědomí řadu nových problémů v oblasti BOZP, jež je třeba řešit a zvládnout. Zahrnují demografické, epidemiologické, sociální, technologické a kulturní trendy v zemích EU, které ovlivňují stávající modely péče. Příkladem je rostoucí nedostatek zdravotnických pracovníků, stárnoucí pracovní síla ve zdravotnictví a nedostatečný počet nově přijímaných pracovníků, kteří mají nahradit pracovníky odcházející do důchodu, vznik nových modelů v oblasti zdravotní péče pro léčbu řady chronických onemocnění, rozšiřující se používání technologií, které vyžaduje nové soubory dovedností, a nerovnováha mezi úrovní dovedností a rozvržením práce. Tyto změny ovlivňují pracovní podmínky a v konečném důsledku také pocit pohody a bezpečnost zdravotnických pracovníků.

Hlavním cílem této zprávy je prozkoumat současná a nová rizika a problémy v oblasti BOZP ve zdravotnictví, včetně domácí a komunitní péče v EU, a získat o nich přehled. Zpráva se zaměřuje na otázku: ***Jaká jsou současná a nová rizika a problémy v oblasti BOZP, s nimiž se potýkají zdravotničtí pracovníci, a jak tyto problémy ovlivňují bezpečnost a zdraví zdravotnických pracovníků a celkové služby, které poskytují?***

Při hledání odpovědi na tuto otázku zpráva podrobně zkoumala tyto otázky:

- hlavní rozdíly mezi systémy zdravotní péče v celé Evropě s důrazem na současný vývoj,
- hlavní kategorie zdravotnických pracovníků v Evropě,
- hlavní demografické, společenské a technologické trendy a změny, které mají vliv na BOZP ve zdravotnictví v Evropě,

- hlavní rizika pro zdravotnické pracovníky i laiky, kteří zajišťují domácí péči.. Zpráva analyzuje dopad těchto rizik na práci a služby, které tyto poskytovatelé péče poskytují.
- identifikace nejvíce ohrožených zdravotnických pracovníků,
- vznik nových rizik v Evropě na základě kontextových změn a stávajících rizik a analýza toho, jaký dopad by tato rizika mohla mít na práci a služby poskytované zdravotnickými pracovníky.

Zpráva zdůrazňuje důležitost domácí a komunitní péče a zohledňuje tyto aspekty:

- rozdíly mezi kategoriemi domácích pečovatелů v Evropě; jak se liší odborná příprava, mzdy a pracovní podmínky v různých členských státech,
- jak je práce v rámci domácí péče v Evropě organizována se zaměřením na určení aktuálních struktur (veřejné, smíšené nebo soukromé) a předpokládaných problémů, kterým budou domácí pečovatелé v budoucnosti čelit,
- úroveň ochrany, jaké se neformálním a neregistrovaným domácím pečovatелům dostává, a zda došlo k nějakým změnám ve způsobu řízení BOZP domácích pečovatелů od provedení úmluvy Mezinárodní organizace práce č. 189,
- rizika BOZP, jimž jsou pracovníci poskytující domácí péči vystaveni, a jak se liší od těch, kterým musí čelit ostatní zdravotničtí pracovníci.

Pro získání informací umožňujících zodpovězení otázek v rámci výzkumu byly použity dvě hlavní činnosti:

1. sekundární výzkum (rešerše odborné literatury) a
2. žádost agentury EU-OSHA (Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci) adresovaná jejím národním kontaktním místům (dotazník).

Sekundární výzkum byl použit s cílem vyhodnotit literaturu, která byla zveřejněna v celé EU na téma infrastruktura zdravotní péče, trendy, rizika BOZP a jejich dopad na práci a služby poskytované poskytovateli péče. Informace a údaje, které zpráva zkoumala, byly získány od známých organizací, jako je Mezinárodní organizace práce (MOP) a Evropská komise, od odborníků, ze strukturovaných databází (např. statistické databáze EU) a databází vědeckých časopisů (jako je Scopus, ScienceDirect, PubMed). Další relevantní informace byly zjišťovány také prostřednictvím vyhledávače Google.

Dotazník byl sestaven tak, aby umožnil získat informace na vnitrostátní úrovni od jednotlivých zemí EU prostřednictvím národních kontaktních míst agentury EU-OSHA. Dotazník byl zaměřen na identifikování současných a nových rizik BOZP na vnitrostátní úrovni. Většinu odpovědí poskytli zástupci vnitrostátních inspektorátů práce, ministerstev odpovědných za BOZP, institutů BOZP, zaměstnaneckých organizací a odvětví zdravotnictví. Respondenti měli většinou více než pětileté zkušenosti s BOZP v oblastech, jako je bezpečnost, ergonomie, pracovní lékařství nebo psychologie. Celkem bylo obdrženo 21 dotazníků z 16 zemí: Albánie, Belgie, České republiky, Estonsko, Francie, Irsko, Itálie, Kypr, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Nizozemsko, Slovensko, Spojeného království, Švédsko a Švýcarsko.

Informace a zjištění sekundárního výzkumu se posuzovaly společně s informacemi získanými prostřednictvím dotazníku.

Jaké jsou hlavní rozdíly systémů zdravotní péče v Evropě (severní, jižní, západní a východní) a jaké je současný vývoj?

V Evropě existuje řada různých systémů zdravotní péče. Většina z nich nyní prochází reformou vlivem změn v různých oblastech, například v důsledku změn v lékařství založeném na důkazech, snižování nákladů, řízení kvality, stárnutí populace (zvýšené zaměření na integrovanou péči), většího zaměření na podporu zdraví a na prevenci a v důsledku změn týkajících se informačních a komunikačních technologií (v klinických i správních oblastech). Porovnávání systémů zdravotní péče a jejich dopadu na BOZP zdravotnických pracovníků je velmi obtížné vzhledem k nedostatku aktuálních a srovnatelných údajů. Navíc většina ukazatelů zdravotní péče zjištěných v přezkumu se týká kvality a nejsou příliš objektivní. Mechanismy financování se v jednotlivých zemích liší, není však jasné, zda jsou tyto mechanismy i účinné. Přestože bychom mohli namítnout, že výkonnost systému zdravotní péče (například z hlediska účinnosti, kvality a bezpečnosti poskytovaných služeb) a BOZP zdravotnických pracovníků jsou vzájemně propojeny, nebyly identifikovány žádné studie, které by se zaměřovaly konkrétně na vztah mezi těmito charakteristikami a ukazateli BOZP. Vzhledem k neexistenci dostupných údajů se výzkum pokusil určit trendy a silné nebo slabé stránky různých systémů, jež by mohly mít celkový vliv na BOZP zdravotnických pracovníků.

V celé Evropě zdravotnictví zápasí s pokrytím svých nákladů. Způsoby získávání finančních prostředků pro pokrytí nákladů jsou nejenom nedostatečné, ale samotné náklady mají dále narůstat, což vzbuzuje ještě větší obavy. Prvořadým zájmem zdravotnictví v Evropě je nalézt způsoby, jak zajistit vyrovnaný rozpočet a snížit výdaje. Pokud se to nepodaří, prostředky, z nichž je hrazena zdravotní péče, brzy nebudou stačit v žádném ze systémů, který v Evropě funguje. Například:

- V systému podle Beveridgova modelu musí ministerstvo zdravotnictví bojovat s ostatními oblastmi politiky o svůj podíl na daňových příjmech. Navíc demografické změny povedou ke zvýšení zátěže na daňové příjmy, jak z kvantitativního (více starších osob), tak z kvalitativního hlediska (dražší služby a technologie v oblasti zdravotní péče).
- V systému podle Bismarckova modelu je třeba vzhledem k demografickým změnám podporovat stále rostoucí počet důchodců, kteří již do systému nepřispívají. Navíc úsporná opatření zaváděná společnostmi v důsledku hospodářské krize vedla k příkrému nárůstu míry nezaměstnanosti a následně také tomu, že do systému přispívá méně zaměstnanců.

Tato hrozící krize financování zdravotnictví souvisí také se stárnutím obyvatelstva, souběžným nárůstem chronických onemocnění a zvyšujícími se náklady na zdravotnické technologie a tyto faktory spolu vzájemně souvisejí.

Restrukturalizace zdravotnictví a změny v poskytování služeb pacientům přirozeně ovlivní pracovní prostředí. Pracovní úrazy, násilí na pracovišti a stres při práci jsou vzájemně propojené aspekty pracovních podmínek, které citlivě reagují jak na interní (například snižování počtu zaměstnanců), tak na externí změny. Bezpečnost a ochrana zdraví při práci zdravotnických pracovníků mají dopad na péči o pacienty a náklady, protože fluktuace zaměstnanců a zameškané pracovní dny ovlivňují kontinuitu péče a dostupnost kvalifikovaného personálu. Zdravotničtí pracovníci budou chtít pomáhat osobám, které to potřebují, ale nutnost poskytování širěji zaměřené péče, a současný rostoucí nedostatek pracovníků a omezené zdroje v již přetížených systémech zdravotní péče způsobí:

- nedostatečné rozložení služeb, které povede k pokračující neschopnosti uspokojovat místní poptávku po zdravotní péči,
- neúměrné poměry mezi počtem zdravotnických pracovníků a pacientů, které vedou k tomu, že lékaři a zdravotní sestry pracují v prodloužených směnách trvajících déle než 12 hodin. Díky snižování počtu pracovníků bude zachování poměrů dostatečných pro zajištění požadované úrovně péče obtížné. Například u zdravotních sester, které pracují na delší směny, je pravděpodobnější, že u nich dojde k vyhoření či budou nespokojeny se svou prací a zároveň nedokáží poskytovat takovou úroveň služeb, jakou by chtěly,
- nárůst osamocené práce, což vyvolává obavy, když pracovníci musejí provádět ruční manipulaci nebo jednat s pacienty nebo rodinnými příslušníky, kteří v minulosti vykazovali násilné nebo agresivní chování,
- vyšší očekávání a nerealistické nároky. Lékaři a zdravotní sestry budou pracovat ve spěchu a nebudou mít dostatek času na to, aby mohli zajistit dobrou péči,
- potřeba intenzivnější péče. Jelikož více pacientů trpí chronickými onemocněními, dojde v zájmu zajištění kvalitní péče k nárůstu počtu hodin potřebných k další péči,
- nárůst potřeby domácí péče vedoucí k tomu, že více zdravotnických pracovníků pracuje mimo tradiční zařízení. Tito pracovníci, kteří musejí častěji navštěvovat domácnosti pacientů, mohou být vystaveni slovním a fyzickým útokům.

Bez silné a rostoucí pracovní síly pracující v lepších pracovních podmínkách se nezlepší BOZP zdravotnických pracovníků ani kvalita péče, kterou poskytují. Práce ve zdravotnictví je obtížná i s dostatečným počtem pracovníků, avšak s očekávaným nedostatkem pracovníků bude ještě obtížnější. Zvýšená míra stresu při práci ovlivní a zhorší duševní a emocionální zdraví těchto pracovníků. Pracovníci budou čelit vyššímu pracovnímu zatížení, které se ještě výrazně zvýší, jelikož systémy zdravotní péče v celé Evropě budou přijímat více pacientů. Vzhledem k nižšímu stavu pracovníků to ochromí již tak nadměrně stresované zdravotnické pracovníky. Pracovníci musejí vyřizovat administrativu, což opět souvisí s nedostatkem personálu, a mohou tak trávit méně času s pacienty. Tuto situaci vnímají jako zátěž, jelikož by se raději věnovali péči o pacienty.

Jaké jsou hlavní kategorie pracovníků a zdravotnických pracovníků v tomto odvětví v Evropě a jak se vyvíjí situace na trhu práce?

Zdravotnictví zahrnuje několik dílčích odvětví zaměřených na poskytování služeb zdravotní péče a produktů se zdravotní péčí souvisejících. Mezinárodní standardní klasifikace ekonomických činností OSN řadí činnosti v oblasti péče o lidské zdraví a sociální péče do kategorie poskytování zdravotní a sociální péče. Jedná se o širokou škálu činností, od zdravotní péče poskytované kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky v nemocnicích a jiných zařízeních po činnosti v rámci ústavní péče, které zahrnují některé činnosti zdravotní péče, až po sociální práci, kterou neprovádějí zdravotničtí pracovníci. Mnoho pracovníků také pracuje pro zdravotnictví nepřímo, včetně těch, kteří jsou zaměstnáni v odvětvích a službách podporujících zdravotnictví, jako je farmaceutický průmysl, odvětví zdravotnických prostředků, zdravotní pojištění, zdravotnický výzkum, elektronické zdravotnictví, ochrana zdraví při práci a lázeňská péče. Pracovníci, kteří jsou v tomto odvětví zaměstnáni nepřímo, nejsou v této zprávě zahrnuti.

Tento trend zaměstnanosti pozorovaný v odvětví zdravotní a sociální péče bude pokračovat, ale zároveň v zemích EU probíhá snižování výdajů na zdravotnictví. Země musí řešit různé problémy a potřeby v oblasti lidských zdrojů, je však možné určit několik obecných problémů, včetně nutnosti, aby informační systémy monitorovaly trh práce pro zdravotnické pracovníky, a nutnosti řešit potřeby pracovníků týkající se nových dovedností prostřednictvím podpory odborné přípravy a celoživotního vzdělávání. Jelikož účinné systémy zdravotní péče a poskytování kvalitní zdravotní péče závisí na výkonnosti adekvátně vzdělané, kvalifikované a motivované pracovní síly, je důležité udržovat vhodné pracovní podmínky.

Celkově je patrný nárůst komunitní péče, a tudíž také větší poptávka po domácích pečovateli. Skupinu domácích pečovatelů tvoří jedna konkrétní profese a mohla by zahrnovat neformální pečovatele a pracovníky v cizí domácnosti. Pracovníci poskytující neformální péči, migrující pracovníci a pracovníci zajišťující služby domácnostech představují zranitelné skupiny. Obecně mají méně výhodné pracovní podmínky a menší sociální zabezpečení a pobírají nižší mzdu. Cílem zavedení úmluvy Mezinárodní organizace práce č. 189 je zajistit účinnou ochranu domácích pracovníků. Nepříznivé pracovní podmínky jsou jedním z důvodů současného nedostatku pracovníků působících v domácí péči. Očekává se, že tento nedostatek dále poroste. Výsledky dotazníku, na který odpovídali odborníci na BOZP, ukázaly, že domácí pečovatelé jsou méně chráněni právními předpisy o BOZP než ti, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních.

Jaká jsou hlavní rizika při práci a v pracovním prostředí zdravotnických pracovníků (včetně domácích pečovatelů)?

Pro získání přehledu o hlavních rizicích ve zdravotnictví byly shromážděny a analyzovány dostupné údaje na úrovni EU, včetně z průzkumu pracovních podmínek v Evropě (EWCS) a průzkumu pracovních sil v Evropské unii (LFS). Z těchto statistik vyplývá, že:

- Pracovníci zdravotní a sociální péče v předchozích 12 měsících vykazovali čtvrtou nejvyšší míru závažných zdravotních problémů souvisejících s prací, což je řadí těsně za pracovníky z odvětví, jako je zpracovatelský průmysl a stavebnictví. Největší procento nemocí z povolání bylo zjištěno v těchto odvětvích: „zpracovatelský průmysl“ (38 %), „stavebnictví“ (13 %), „velkoobchod a maloobchod, opravy“ (7 %) a „zdravotní a sociální péče“ (5 %).
- U žen pracujících v odvětví zdravotní a sociální péče bylo pravděpodobnější, že měly jeden či více úrazů nebo trpěly nemocí z povolání, než u žen pracujících v jiných odvětvích.
- Podle 5. průzkumu pracovních podmínek v Evropě se ve zdravotnictví nejčastěji vyskytuje expozice biologickým a chemickým rizikům, jelikož lékaři a zdravotní sestry musejí často manipulovat s infekčním materiálem i chemickými látkami používanými pro dezinfekci nástrojů a pracoviště.
- Z hlediska rizik spojených s držetím těla je podle průzkumu pracovních podmínek v Evropě zdravotnictví na pátém místě, po stavebnictví, zemědělství, průmyslu, velkoobchodu a maloobchodu a stravování a ubytování.
- Stres při práci, násilí a sexuální obtěžování představují hlavní problémy v oblasti BOZP. Všechna tato psychosociální rizika jsou nejvíce znepokojující v odvětví zdravotní a sociální péče, po němž následuje odvětví vzdělávání a veřejná správa.

Evropský průzkum podniků na téma nových a vznikajících rizik (ESENER), který provedla agentura EU-OSHA, také poskytl relevantní informace o činnostech týkajících se řízení rizik ve zdravotnictví. Výsledky ukázaly, že nejzávažnější problém představuje absence z důvodu nemoci a psychosociální rizika. Z těchto výsledků vyplývá, že:

- z hlediska uplatňování hodnocení rizik nebo podobných opatření se zdravotní a sociální péče nachází těsně nad evropským průměrem, ale za odvětvími, jako je stavebnictví a zpracovatelský průmysl,
- míra absencí z důvodu nemoci v odvětví zdravotní a sociální péče je nejvyšší v EU,
- odvětví zdravotní a sociální péče je odvětví s největšími problémy, co se týče stresu při práci a násilí nebo hrozby násilí.

Na základě shromážděných statistických údajů, zkoumané literatury a odpovědí na dotazník byla za relativně vysoká ve zdravotnictví považována tato rizika, která byla zkoumána podrobněji:

Rizika	Přezkum literatury	Odpovědi na dotazník
Biologická	<ul style="list-style-type: none"> ▪ patogeny přenášené krví ▪ patogeny přenášené vzduchem ▪ nemoci přenášené stykem s nemocnými 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ expozice biologickým činitelům ▪ styk se specifickými činiteli, např.: <i>Pseudomonas</i>, <i>Legionella</i>, tuberkulóza, hepatitida nebo HIV ▪ poranění ostrými předměty ▪ chybějící programy očkování ▪ přeplněné nemocnice ▪ změna směrnice o biocidních přípravcích
Chemická	<ul style="list-style-type: none"> ▪ expozice chemickým látkám používaným ve zdravotnickém prostředí z řady různých důvodů, například při léčbě pacientů (léky a anestetika), laboratorní práci, úklidu, dezinfekci a sterilizaci povrchů a pomůcek (čisticí/dezinfekční prostředky); v některých situacích léky nebo jiné léčivé přípravky používané při léčbě pacientů mohou mít nezamýšlené důsledky pro pracovníky, kteří s nimi manipulují při přípravě a podávání roztoků, nebo kteří jsou vystaveni úniku plynů při anestezii a léčbě dýchacích obtíží přípravky na bázi aerosolu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kontakt se specifickými chemickými látkami, jako jsou léky proti rakovině a cytostatika, nanomateriály, dezinfekční prostředky, anestetické plyny a radioaktivní materiály ▪ alergie ▪ domácí péče ▪ nedostatečná odborná příprava
Bezpečnostní	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hluk ▪ záření (ionizující a neionizující) ▪ uklouznutí, zakopnutí a pády 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ uklouznutí, zakopnutí a pády ▪ bezpečnost zařízení (při používání nebo poruchách) ▪ specifická expozice fyzickým rizikům, např. rentgenovým paprskům nebo záření
Ergonomická	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zvedání ▪ tlačení ▪ nepřírozené polohy 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nedostatečná odborná příprava ▪ špatně navržené a nedostupné/nevhodné

Rizika	Přezkum literatury	Odpovědi na dotazník
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ opakované pohyby ▪ dlouhé stání a sezení 	<ul style="list-style-type: none"> vybavení ▪ posun směrem k domácí péči ▪ vysoká pracovní zátěž zvyšující riziko muskuloskeletálních poruch
Psychosociální	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pracovní doba ▪ zneužívání drog ▪ emocionální nároky ▪ faktory související se stresem a vyhořením ▪ násilí a šikana 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vysoká pracovní zátěž a časová tíseň způsobující stres ▪ nedostatečný vliv na vykonávanou práci ▪ špatná atmosféra panující v dané organizaci ▪ jazykové potíže, neexistence optimální pracovní doby ▪ emocionální události ▪ hospodářská krize ▪ práce o samotě ▪ násilí a sexuální obtěžování ▪ provádění více úkolů současně

Rizika specifická pro domácí péči

Domácí péče představuje náročné pracovní prostředí z hlediska bezpečnosti domácích pečovatелů z řady důvodů. Za prvé, v domácím prostředí se mohou vyskytovat nebezpečí související s domácností, jako je špatná kvalita vnitřního ovzduší nebo toxické látky, které jsou spojené s řadou negativních účinků na zdraví. Za druhé, mnohá ze známých nebezpečí souvisejících se zdravotní péčí v klinickém prostředí, jako je šíření infekcí, vývoj rezistentních organismů a chyby při podávání léků, se vyskytuje také v domácí péči. Za třetí, domácí péče může být poskytována za nekontrolovaných podmínek. Za čtvrté, poskytovatelé zdravotní péče mohou mít nedostatečnou odbornou přípravu nebo odborné znalosti týkající se bezpečnosti pacientů a často pracují pod nedostatečným nebo žádným přímým dozorem. A konečně, řízení rizik je při domácí péči obzvláště problematické, jelikož každá domácnost v zásadě představuje „pracoviště“, avšak všechna nezbytná opatření pro ochranu na pracovišti při poskytování zdravotní péče jak pro pracovníky, tak pro pacienty nemusí být zavedena nebo okamžitě dostupná. Z těchto důvodů může být kontrola nebezpečí při domácí péči obtížná.

Existuje mnoho rizikových faktorů, které jsou společné pro zdravotnické pracovníky pracující ve zdravotnických zařízeních a pro domácí pečovatele. Domácí péče však může představovat zvláštní výzvu v oblasti bezpečnosti pro pečovatele, kteří pracují v domácnostech pacientů a cestují mezi nimi. Zranění způsobená při autonehodách, přepínání se (a opakované pohyby) při pomáhání pacientům a uklouznutí, zakopnutí a pády uvnitř domácností i mimo ně jsou hlavní příčiny zameškané pracovní doby u pečovatелů. Jiné příčiny úrazů a onemocnění pečovatелů zahrnují expozici nebezpečným chemickým látkám (žiraviny, dráždivé nebo toxické látky nebo alergenů), úderů předměty, napadení a násilné činy nebo chování. Domácí pečovatелé mohou být dále vystaveni infekčním chorobám (jako je hepatitida, HIV, chřipka, tuberkulóza, spalničky a plané neštovice) při poskytování přímé péče klientům, jako je oblékání a mytí nebo úklid a vaření pro nakažené klienty. Různé pracovní podmínky mohou také způsobit duševní nebo emocionální únavu pečovatелů. Stres může těmto pracovníkům způsobovat například jednání s klienty a rodinnými příslušníky, kteří mohou být ve stresu a s nimiž se může obtížně pracovat, a nutnost pracovat nezávisle v neznámých a nekontrolovaných situacích.

Hlavní rizika pro domácí pečovatele zjištěná z přezkumu literatury a odpovědí na dotazník zahrnovala:

Ergonomická rizika:

- Místnosti v domácnostech pacientů bývají často malé nebo přeplněné. Domácí ošetřovatelé mohou strávit zhruba 40–48 % času ve špatných pozicích, včetně naklánění se dopředu a vytáčení trupu, s nimiž jsou spojeny potíže v oblasti ramen, krku a zad. Nedostatečný prostor pro osprchování/vykoupání klienta přináší ergonomická rizika a rizika při ruční manipulaci.
- Nejzávažnějším problémem v domácnostech pacientů jsou postele, které nelze polohovat (problémy s výškou, šířkou a umístěním postele). Domácnosti pacientů zpravidla postrádají pomocné vybavení k přemísťování pacientů. Běžné pomůcky a vybavení, které se obvykle vyskytují v nemocnicích, nejsou v domácnostech pacientů k dispozici.
- Domácí ošetřovatelé musí často dlouho stát nebo chodit.
- Zvedání těžkých břemen, zvedání v nepřírodných polohách a zvedání bez pomoci jsou významné prediktory trvalé pracovní neschopnosti domácích ošetřovatelů. Muskuloskeletální poruchy spojené s prací způsobené přemísťováním pacientů na postel a z postele nebo pomocí pacientům při chůzi nebo stání představují vážný problém v odvětví domácí zdravotní péče (specifická rizika v této oblasti zahrnují změny mobility klientů, které od pracovníka vyžadují nadměrnou námahu, používání nevhodného vybavení, nedostatek prostoru pro přemísťování pacienta a nutnost zvedat pacienta bez cizí pomoci). V roce 2007 byly nejčastějšími zraněními způsobujícími zameškanou pracovní dobu u domácích ošetřovatelů vymknutí a natažení a v porovnání s jinými pracovníky byli domácí pečovatelé častěji v pracovní neschopnosti v důsledku muskuloskeletálních poruch spojených s prací.
- Poskytování pomoci s činnostmi každodenního života (oblékání, jedení, chůze, používání toalety) může být spojeno s riziky muskuloskeletálních poruch v důsledku hmotností pacienta.

Fyzická rizika:

- Fyzické prostředí v domácnostech: dobrá péče o domácnost je důležitým faktorem při udržování bezpečného pracovního prostředí pro domácí pečovatele. Mnoho domácích pečovatelů se zraní, protože narazí, zakopnou nebo stoupnou na předměty, které se jim připlou do cesty. Aby pracovníci mohli pracovat bezpečně, je zapotřebí dostatečné osvětlení. Dále, pokud je domácnost přeplněná věcmi a špatně osvětlená, může být obtížné ji urychleně opustit v případě nebezpečí nebo útoku na domácího pečovatele.
- Kyslík představuje jak předepsanou léčbu, tak nebezpečí požáru. Požár může vzniknout nečekaně a nejčastější příčinou požárů v domácnostech bývá kouření.
- Domácnosti klientů velmi často nejsou uzpůsobené pro potřeby pečovatelů. Španělská studie, do níž bylo zařazeno 500 domácností pacientů, dospěla k závěru, že pouze 6,5 % z nich bylo vybaveno polohovatelnými postelemi a pouze 16,1 % mělo nastavitelnou sprchu; celkově pouze 12,9 % zkoumaných domácností poskytovalo dostatečné podmínky k tomu, aby uspokojily potřeby pečovatelů a umožnily jim pracovat zdravě a bezpečně.
- Fyzické prostředí mimo domácnosti: fyzické prostředí může představovat nebezpečí; uklouznutí, zakopnutí a pády v domácnostech i venku jsou časté příčiny úrazů domácích pečovatelů. Chodníky, zejména nerovné, schody, dřevěné plochy, které jsou mokré, pokryté ledem, sněhem, listím nebo mechem, předměty zapomenuté na chodnících a cestách a špatné osvětlení představují další nebezpečí, která mohou být příčinou úrazů mimo domácnosti. Navíc pokud pečovatel jde s klientem ven, mohou být rizika pro pečovatele a klienta mnohem větší, než když je pečovatel venku sám.

Bezpečnostní rizika:

- Uklouznutí, zakopnutí a pády: k úrazům může docházet například na cestách pro pěší, mokré podlaze nebo mokrém koberci (situace, které lze méně kontrolovat).
- Cesta vozidlem do domácností pacientů: dopravní nehody jsou jednou z nejčastějších příčin pracovních úrazů domácích pečovatelů a nejzávažnější příčinou smrtelných úrazů. Takové nebezpečí a rizika lze minimalizovat například tak, že pracovník bude jezdit se zapnutými bezpečnostními pásy, kontrolovat opotřebením pneumatik, dbát na údržbu vozidla, sníží rychlost a bude se soustředit na jízdu, bude dávat velký pozor hlavně na křižovatkách a nebude řídit ospalý nebo pod vlivem alkoholu nebo jiných léků či drog.

- Popáleniny a opařeniny: pracovníci poskytující domácí péči jsou často vystaveni nebezpečím, která mohou způsobit popáleniny, jako jsou horká voda, konvice, elektrické spotřebiče a chemické látky. Popáleniny jsou nejčastěji způsobeny plameny, horkými předměty, horkými tekutinami, chemickými látkami nebo zářením. Opařeniny vznikají působením mokrého tepla, jako je vařící voda nebo horká pára.

Biologická a chemická rizika:

- Zvláštní pozornost je třeba věnovat nehygienickým podmínkám, jelikož infekční onemocnění se může, jak je dobře zdokumentováno, v domácnosti snadno šířit a různé procedury v rámci domácí péče mohou představovat riziko infekce. Rizikem pro domácí pečovatele může být křížová kontaminace, jako je přenos patogenů přímým a nepřímým kontaktem s kontaminovanými předměty. Nehygienické domácnosti mohou být také příznivým prostředím pro výskyt škůdců, včetně hlodavců, vší a svrabu. Problém může představovat také praní prádla v domácnosti, jelikož bylo prokázáno, že je to jeden ze způsobů šíření nemocí. Například bylo doloženo šíření bakterie *Staphylococcus aureus* při praní špinavého prádla. Studie domácí hygieny poukázala na to, že změny postupů při praní prádla v domácnostech – například nižší teploty, omezení používání bělidla a používání menšího množství vody – obecně měly negativní vliv na hygienu při praní prádla. Tyto změny by mohly pacienty v domácí péči a pečovatele vystavit vyššímu riziku infekce (Gershon a kol., 2007).
- Zdravotní stav pacienta: domácí pečovatelé mohou přijít do styku s infekčními onemocněními, jako je hepatitida, HIV, chřipka, tuberkulóza, spalničky a plané neštovice. Většinou infekcí z povolání, které se přenášejí krví, se pracovníci nakazí při poranění ostrými předměty kontaminovanými krví v důsledku úrazů nebo nedostatečně bezpečných postupů.
- Problémem může být v prostředí domácí péče také špatné nakládání se zdravotnickým odpadem, protože takový odpad může být zdrojem patogenních mikroorganismů.
- Domácím pečovatelům může hrozit riziko zvířecího kousnutí nebo zranění způsobeného zvířaty.
- Expozice ostrým předmětům: domácí ošetřovatelé odpovídají za používání a likvidaci všech ostrých předmětů. Pacienti a jejich rodiny často neprovádějí likvidaci ostrých předmětů správně (kontaminované ostré předměty mohou být ponechány volně doma nebo vyhozeny do odpadního koše), což je jeden z hlavních rizikových faktorů pro pracovníky. Navíc injekční stříkačky a skalpely jsou často ponechány bez ochranného krytu na různých místech v domácnosti.
- Další problematickou oblastí je opakované používání předmětů na jedno použití. Bylo například hlášeno, že mnoho pacientů trpících diabetem používá inzulínové injekční stříkačky opakovaně, bez provedení dezinfekce, dokud se jehla neotupí. Podobně může v prostředí domácí péče docházet k tomu, že jsou drenážní vaky dezinfikovány a opakovaně používány, což je postup, který se v nemocnicích používá jen zřídka.
- Nedostatek vody: domácí ošetřovatelé se mohou setkat s domácnostmi bez tekoucí vody nebo s vodou špatné kvality.
- V rámci povinností v domácnosti mohou být pracovníci vystaveni působení chemických látek: rizika expozice chemickým látkám jsou v prostředí domácí péče vyšší, protože není vždy možné dodržovat správný postup manipulace s chemickými látkami. Dále mnoho domácích pečovatelů vždy neví, jaké léky pacient užívá nebo jaké jsou důsledky expozice takovým lékům.

Psychosociální rizika:

- Může dojít k nesouladu mezi tím, jakou pomoc klient vyžaduje a jakou mu může pečovatel poskytnout.
- Žádný dozor: práce domácích pečovatelů není pod přímým dohledem, obvykle pracují sami, mohou se pohybovat po nebezpečných čtvrtích a mohou být svědky rodinných hádek, setkávat se s alkoholiky nebo narkomany, nebezpečnými psy nebo silným provozem. Z některých studií vyplývá, že u nich může být stres při práci mnohem vyšší než u učitelů nebo vychovatelů, jelikož uvádějí, že mají menší kontrolu nad svojí prací a práce je pro ně méně motivující. Domácí ošetřovatelé vykazovali nejdelší pracovní neschopnost (přes 30 dní ročně) a druhou nejvyšší míru nepřítomnosti v práci.
- Nebezpečné chování lidí: domácnost se může nacházet v oblasti s vysokou kriminalitou nebo v nebezpečné oblasti či na izolovaném místě. V takových lokalitách může zdravotnickým pracovníkům

hrozit napadení. Přítomnost gangů, narkomanů nebo alkoholiků může představovat zvýšené riziko napadení při práci.

- Rodinní příslušníci a návštěvníci (násilí): k násilí vůči pečovatelům může dojít ze strany pacientů a příležitostně ze strany nepřátelsky naladěných rodinných příslušníků a návštěvníků, kteří jsou ve stresu, ustaraní, frustrovaní, zranitelní nebo se neovládají. Rodinní příslušníci se mohou začít hádat vlivem své frustrace způsobené stavem klienta nebo způsobem poskytování péče.

Jaké jsou hlavní demografické, společenské a technologické trendy a změny, které mají vliv na BOZP ve zdravotnictví v Evropě?

V posledních desetiletích došlo na pracovištích k významnému technologickému pokroku, který společně s rychlou globalizací přispěl ke změnám v práci pro mnoho lidí na celém světě. Dopady těchto změn na BOZP ve zdravotnictví byly také významné. V některých případech došlo ke snížení či eliminaci tradičnějších nebezpečí a rizik, nové technologie však s sebou přinesly také rizika nová. Mnoho pracovníků je zároveň vystaveno „novým“ rizikům, která vznikají na základě měnícího se rozvržení práce, jako je vyšší tlak na plnění nároků moderního pracovního života. Věkové profily pracovní síly se také mění, stejně jako vyvážené zastoupení žen a mužů na mnoha pracovištích. Tyto změny struktury pracovních míst přinesly zjevná rizika, která se dříve vyskytovala v menší míře nebo byla méně zjevná.

Některé trendy a změny mají vliv na pracovní sílu, a tím pádem také na BOZP pracovníků ve zdravotnictví. Na základě přezkumu literatury a odpovědí na dotazník byly zjištěny tyto hlavní trendy a změny v Evropě:

- demografické změny (stárnutí pacientů a pracovní síly),
- změny ve struktuře rodiny (klesající dostupnost neformální péče),
- faktory týkající se životního stylu (chronická onemocnění, jako je obezita),
- vyšší počet pracovníků trpících chronickými onemocněními,
- migrace a profesní mobilita (multikulturní a vícejazyčná pracovní síla),
- hospodářská krize (nedostatek investic),
- nové technologie a inovace (biotechnologie, nanotechnologie, robotika, virtuální realita, vývoj v oblasti informačních a komunikačních technologií),
- globalizace a hospodářská krize (restrukturalizace, nejistota zaměstnání, intenzifikace práce, klesající kvalita péče, více osobám je poskytováno méně péče, nárůst počtu zranitelných pacientů),
- větší mobilita pacientů a
- odlišné pracovní podmínky pro přeshraniční pracovníky.

Stárnoucí populace: Společným trendem téměř ve všech evropských zemích je stárnutí populace. Předpokládá se, že se počet starších osob (starších 65 let) v následujících 50 letech téměř zdvojnásobí, z 87 milionů v roce 2010 na 152,7 milionů v roce 2060. S vyšším počtem osob, které potřebují péči, významně vzroste poptávka po zdravotní péči. Nesoulad mezi poptávkou a dostupností pracovních míst v oblasti péče se rychle stává problematickým trendem.

Stárnoucí pracovní síla: Velký počet pracovníků, kteří půjdou do důchodu v následujících 10 až 20 letech, výrazně sníží počet zdravotnických pracovníků v EU. V roce 2009 bylo zhruba 30 % všech lékařů v EU starších 55 let a do roku 2020 se očekává, že bude ročně do důchodu odcházet více než 60 000 neboli 3,2 % všech lékařů v Evropě. Na základě údajů, které shromáždily některé členské státy, průměrný věk v současnosti zaměstnaných zdravotních sester je 41 až 45 let, přičemž do zdravotnictví nepřichází dostatek nových mladých pracovníků, aby nahradili ty odcházející. Zaměstnanost ve zdravotnictví roste zejména mezi staršími pracovníky a počet lékařů narůstá hlavně ve starších věkových skupinách. Starší pracovníci jsou zpravidla vystaveni mnoha stejným nebezpečím na pracovišti jako ostatní pracovníci. Nejčastějšími příčinami zranění při práci nebo smrtelných úrazů jsou pády, napadení, expozice škodlivým látkám a dopravní nehody. Starší pracovníci často utrpí vážnější zranění než mladší pracovníci. Starší pracovníci, kteří se zraní na pracovišti, mohou potřebovat delší dobu pro rekonvalescenci, než jejich mladší kolegové.

Změny ve struktuře rodiny: Zejména skutečnost, že stále více starších lidí již nežije se svými dětmi pod jednou střechou, i nárůst zaměstnanosti žen a počtu rodin, v nichž pracují oba rodiče, povede k poklesu neformální péče poskytované v rámci rodiny a zvýšené potřebě formální péče. V důsledku mnoha změn ve struktuře rodiny se starší osoby nemohou spoléhat na to, že jim rodinní příslušníci poskytnou podporu v takovém rozsahu, jako tomu bylo v minulosti. Jedním z důvodů je migrace. Lidé, kteří migrují za vyšším platem nebo za zaměstnáním, často na původním místě nechávají starší rodiče a někdy dokonce i své děti. Vzhledem k nestabilitě rodin a tendenci žen budovat kariéru budou starší osoby v budoucnosti potřebovat

více formální péče. Na rozdíl od předvídaných důsledků stárnutí na zdravotnictví dopady těchto jiných demografických a sociálních změn na potřeby zdravotní péče v budoucnosti a související náklady na zdravotní péči ještě nebyly zkoumány a vyžadují další šetření, výzkumnou činnost a aktivity v oblasti vývoje (Evropská komise, 2009a).

Změny životního stylu: Faktorem, který přispívá ke změnám poptávky po zdravotní péči, nejsou jen onemocnění související s věkem. Takzvané civilizační choroby způsobené změnami stravovacích návyků, nezdravou stravou, kouřením, konzumací alkoholu a drog a nedostatkem fyzické aktivity zvýší poptávku po péči o pacienty trpící například obezitou, diabetem nebo ischemickou chorobou srdeční. Tato onemocnění související s životním stylem byla uznána za jedny z hlavních nemocí, kterým lze předejít.

Migrace a mobilita pracovních sil: Migrace zdravotnických pracovníků v posledních desetiletích roste na celém světě, zejména ze zemí s nízkými příjmy, které mají již nyní křehké zdravotnické systémy. Za posledních 30 let počet migrujících zdravotnických pracovníků v mnoha evropských zemích ročně vzrostl o více než 5 %. Pozitivním důsledkem této mobility pracovních sil je, že vytváří příležitost ke zvyšování profesní a osobní kvalifikace migrujících pracovníků. Negativním důsledkem je však neschopnost zemí s nízkými příjmy chránit práva obyvatel na řádnou zdravotní péči, jelikož kvalifikovaní zdravotní pracovníci ze země odcházejí. Další výzvu může představovat zachování bezpečnosti pacientů a pracovníků v multikulturních a vícejazyčných pracovních prostředích. Situace těchto pracovníků, včetně kulturně specifického vnímání a postojů týkajících se práce a pracovních rizik, je nutné vzít při výzkumu BOZP a souvisejících témat v potaz.

Přeshraniční zdravotní péče: Tento fenomén v EU v poslední době získává na významu. Nárůst „dovozu“ a „vývozu“ pacientů spolu s dalšími zúčastněnými subjekty a službami podporuje řada faktorů. Technologický pokrok v informačních systémech a komunikaci umožňuje pacientům nebo třetím stranám, které zdravotní péči „kupují“, vyhledat kvalitní léčbu poskytovanou za nižší náklady nebo rychleji poskytovateli zdravotní péče v jiných zemích. Mobilitu pacientů zvyšuje také rozšiřování přenosnosti zdravotního pojištění na základě regionálních ujednání týkajících se systémů veřejného zdravotního pojištění nebo vývojové změny na trhu soukromého pojištění. Mobilita pacientů v Evropě může zaznamenat ještě další růst v důsledku směrnice EU přijaté v roce 2011, která podporuje pacienty při uplatňování jejich práv v přeshraniční zdravotní péči a spolupráci mezi systémy zdravotní péče – směrnice 2011/24/EU. Tato směrnice se vztahuje na jednotlivé pacienty, kteří se rozhodnou vyhledat zdravotní péči v jiném členském státě, než ve kterém jsou pojištěni. Přeshraniční zdravotní péče není vyhrazena jen pro pacienty. Lékaři a zdravotní sestry cestují do zahraničí za účelem odborné přípravy, dočasného poskytování služeb, nebo aby se usadili v jiném členském státě. Stále více mezi sebou spolupracují jednotliví lékaři a nemocnice v různých členských státech. V některých případech se přeshraniční mobilita vztahuje nejenom na pacienty nebo poskytovatele péče, ale také samotných zdravotnických služeb v důsledku telemedicíny.

Nové technologie a inovace: Inovace ve zdravotnictví jsou spojené hlavně s novými službami, novými způsoby práce nebo novými technologiemi (nové léky nebo typy chirurgických zákroků). Inovace ve zdravotnictví představují hnací sílu při zajišťování rovnováhy mezi snižováním nákladů a kvalitou poskytované péče. Uvedené otázky jsou hlavními prvky pracovní výkonnosti a konkurenceschopnosti. V posledních letech se inovace ve zdravotnictví zaměřuje na oblasti, jako je genomika a nové biotechnologie, a pravděpodobně tomu tak bude i v dohledné době. V těsném závěsu za nimi jsou nanotechnologie a robotika (někdy v kombinaci s genomikou a biotechnologiemi). Výsledné inovace mohou způsobit revoluci ve zdravotní péči, přestože panují obavy ohledně spirálově narůstajících nákladů. Očekává se, že vývoj v těchto oblastech povede mimo jiné k lepším technologiím a léčbám „typických“ onemocnění spojených s věkem i k vývoji prostředků pro prevenci nebo oddálení onemocnění souvisejících s věkem nebo ztráty funkční schopnosti. K dalším důležitým inovacím dochází v oblasti informačních a komunikačních technologií.

Globalizace a hospodářská krize: Obecným faktorem ovlivňujícím měnící se svět práce je globalizace a růst odvětví služeb (včetně zdravotnictví), což přináší větší konkurenci, větší hospodářský tlak, více restrukturalizací a snižování počtu zaměstnanců, nárůst nejistých pracovních míst a nejistoty zaměstnání i zvýšení intenzifikace práce a časové tísně při práci. Současná krize v Evropě zvýšila hospodářský tlak na společnost, což má následně větší dopad na zaměstnance v EU. Evropská federace nemocnic a zdravotnických zařízení (HOPE) ve své zprávě *The Crisis, Hospitals and Healthcare* (Krize, nemocnice a zdravotní péče) uvádí, že hlavní důsledky omezení zdrojů vlivem hospodářské krize pro zdravotnické pracovníky jsou patrné v politikách zaměstnanosti a důchodových reformách přijatých většinou členských států EU. V několika případech se vládou podporované politiky zaměřovaly na propouštění nebo alespoň nenahrazování pracovníků odcházejících do důchodu nebo uplatňování restriktivních politik týkajících se

nově přijímaných pracovníků a náhradníků. Další balíček opatření zahrnoval snižování mezd, což je trend společný pro celý veřejný sektor. Pokles platů v některých zemích – snižování mezd dosáhlo až 25 % – přiměl zdravotnické pracovníky stěhovat se do zahraničí, aby mohli pokračovat ve své kariéře.

Jaká nová rizika lze v Evropě očekávat na základě kontextových změn a stávajících rizik a jaký bude dopad na práci a služby poskytované zdravotnickými pracovníky?

Hlavní vznikající a nová rizika zjištěná na základě přezkumu literatury a odpovědí na dotazník:

- Očekává se nárůst expozice relativně novým chemickým látkám, jako jsou nanočástice, přičemž důsledky pro pracovníky zatím nejsou známy. Pracovníci, kteří s těmito materiály pracují, by měli postupovat obzvláště obezřetně a je zapotřebí výzkum zaměřený na účinky těchto materiálů.
- Může dojít k nárůstu expozice biologickým činitelům v důsledku nárůstu cestování a mobility pacientů. Dále je pravděpodobné, že se zvýší expozice činitelům (částice ze zvířat a podobně) v domácnostech pacientů/klientů, jelikož se očekává, že poroste počet domácích pečovatелů.
- S vývojem nových prostředků se může zvýšit expozice hluku a fyzickým rizikům (například záření) v důsledku používání nových lékařských technik (jako je magnetická rezonance). To může přinést nová rizika pro pracovníky a potřebu dalšího výzkumu dopadů takové expozice.
- Jazykové bariéry mezi pracovníky a mezi pracovníky a pacienty vlivem migrace mohou představovat další bezpečnostní riziko.
- Hospodářský útlum může zvýšit riziko poruch vybavení, jelikož organizace investují méně prostředků do údržby, oprav a nákupu nového vybavení.
- Zvýšení nákladů na péči společně s omezením veřejných výdajů zvýšilo tlak na systém, pokud jde o zlepšování poskytovaných služeb při zachování zaměření na vysoký standard péče.
- Řada nemocnic byla v důsledku hospodářské situace zavřena, což znamená, že pacienti mají ve svém okolí k dispozici méně nemocnic. Snižování počtu zaměstnanců zároveň provází potřeba zvyšovat účinnost služeb, což dále zatíží stávající pracovníky.
- Vysoká fyzická pracovní zátěž nadále zůstane problémem. Přispívají k ní tyto faktory: nedostatek zařízení (jako jsou pomůcky na zvedání) v domácí péči nebo nárůst dlouhodobé péče o pacienty s chronickými onemocněními, jako je obezita. Fyzické problémy ovlivňuje také zvyšující se používání nástrojů informačních a komunikačních technologií. Mobilní zařízení představují další ergonomické hrozby.
- Pracovní doba zůstane problémem, pokud budou pracovníci muset pracovat více hodin (vlivem vyšší pracovní zátěže) a pokud více pracovníků (například pracovníků v cizí domácnosti a pečovatелů) nebude chráněno právními předpisy týkajícími se BOZP.
- Může dojít ke zvýšení intenzifikace práce vlivem rozpočtových omezení, restrukturalizace, nedostatku zaměstnanců, vyššího počtu pacientů a větší potřeby účinnosti. Na to může mít vliv také zvyšující se používání informačních a komunikačních technologií, stejně tak zvýšení počtu osob, které mají více než jedno zaměstnání. Tím mohou trpět i domácí pečovatелé a pracovníci v souvisejících odvětvích, kde je pracovníků nedostatek. Vlivem restrukturalizace v odvětví roste nejistota zaměstnání.
- Problémem může nadále být rovnováha mezi pracovním a soukromým životem. S tímto problémem se potýká hlavně velký počet žen pracujících ve zdravotnictví.
- Násilí a šikana v kombinaci s emocionálně náročnou prací stále představují velké problémy ve zdravotnictví. Odborníci, kteří se podíleli na Odborné prognóze vznikajících psychosociálních rizik vypracované agenturou EU-OSHA, se domnívají, že přestože tato rizika nejsou nová, vyvolávají rostoucí obavy zejména ve zdravotnictví. Posilování postavení pacientů k těmto rizikům pouze přispěje.
- Směrnice EU 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči bude mít negativní dopad v některých z 28 členských států EU. Přestože spolupráce zdravotnických pracovníků na iniciativách, které umožní mobilitu pacientů, jim teoreticky umožní vzájemně se od sebe učit, učit se nové lékařské postupy a přístupy, bude mít také řadu jiných možných dopadů. Mobilita pacientů ovlivní pracovní příležitosti a pracovní zátěž. V zemi, která tyto pacienty přijme, bude muset být kapacita navýšena o další pracovníky, ovšem při současném nedostatku pracovníků ve zdravotnických profesích (například zdravotních sester) to pravděpodobně bude znamenat zvýšení pracovní zátěže. Tito pracovníci se také mohou setkávat s očekáváními a přístupy, které jsou jiné než v případě domácích pacientů, což bude mít za následek potíže při komunikaci a kulturní problémy, či dokonce sexuální

obtěžování a násilné chování. Země, které přicházejí o zdravotnické pracovníky, budou své stávající zdroje maximálně zatěžovat, což způsobí vyhoření a vysokou fluktuaci pracovníků.

- Posun směrem k domácí péči: S ohledem na bezprostřední provádění politických změn, které zdůrazňují posun od ústavní péče ke komunitní péči, bude třeba věnovat více pozornosti BOZP v odvětví zdravotní péče. Osoby trpící nějakým onemocněním nejsou pouze v nemocnicích, ale také v domácí péči a domovech důchodců. Poroste tlak na praktické lékaře a domácí pečovatele, aby přebírali více úkolů zdravotnických zařízení vyšší úrovně.

Kromě společenských a demografických změn na vnitrostátní úrovni se v budoucnu očekávají další změny a vývoj, které budou mít pozitivní vliv na BOZP ve zdravotnictví.

Očekávané pozitivní změny

Více pozornosti věnované poraněním ostrými předměty:

- Změny vnitrostátních právních předpisů více zohlední směrnici Rady 2010/32/EU ze dne 10. května 2010, kterou se provádí Rámcová dohoda o prevenci poranění ostrými předměty v nemocnicích a ostatních zdravotnických zařízeních.
- Při provádění této směrnice se očekává, že selepší prosazování BOZP z hlediska cílených kontrol a spolupráce mezi orgány. Stejná bezpečnostní opatření týkající se prevence poranění ostrými předměty ve zdravotnictví se vztahují také na jiné profese ve zdravotnictví (jako jsou pracovníci úklidu, pracovníci zajišťující likvidaci odpadu atd.). Očekává se, že tato opatření budou mít pozitivní dopad na poskytované služby a kvalitu péče.

Řízení BOZP:

- Očekává se, že ve zdravotnictví bude působit více odborníků na ochranu zdraví při práci. Pokud se zvýší počet odborníků na BOZP v nemocnicích (nebo jiných zdravotnických zařízeních), kteří mají pravomoc provádět změny, např.: trvat na programech očkování, poskytovat pomoc a podporu pracovníkům se zdravotním postižením, zajišťovat rehabilitační programy atd., měla by se BOZP zdravotnických pracovníků výrazně zlepšit.
- Pokračují diskuse o tom, jak lépe sjednotit zdravotní a sociální péči, což by zlepšilo kvalitu poskytované péče. Zavádění „virtuálních nemocnic“, kde se značné množství podstupované léčby poskytuje v domácnostech starších osob, může zlepšit poskytování služeb a výsledky. Užší integrace klinických rizik a rizik v oblasti BOZP může zlepšit řízení obou typů rizik.

Právní předpisy a kontrola:

- Očekává se plnění právního rámce, posilování kontrolních orgánů a nárůst informovanosti.

Budoucí výzkum a praxe

Abychom pochopili dopady na BOZP, pokud jde o specifická rizika a skupiny pracovníků a profesí, vzájemné působení rizik, vzájemné působení mezi BOZP a kvalitou péče a možné účinky systémů zdravotní péče na rizika, činnosti v oblasti BOZP a výsledky, je zapotřebí podrobnější výzkum.

Doporučení pro výzkum:

- Na úrovni EU není dostatek aktuálních srovnatelných údajů o pracovních podmínkách, expozicích a dopadech na BOZP v případě specifických rizik a skupin pracovníků a profesí ve zdravotnictví. Jsou zapotřebí podrobnější údaje, aby bylo možné stanovit, která rizika jsou prioritní, a určit, jaké skupiny pracovníků jsou nejvíce ohroženy.
- K dispozici je jen omezené množství informací o dopadu současných trendů a stávajících rizik na kvalitu péče poskytované pacientům. Je zapotřebí další výzkum zaměřený na vzájemné působení BOZP a kvality péče.
- Dopad kombinovaných rizik na zdravotnické pracovníky nebyl dostatečně zkoumán. Je zapotřebí další výzkum těchto kombinovaných účinků, například vzájemného působení ergonomických a psychosociálních rizik.
- Přestože lze namítnout, že výkonnost systému zdravotní péče vzájemně souvisí s problémy v oblasti BOZP, s nimiž se pracovníci v tomto systému musí potýkat, nebyly identifikovány žádné studie, které by

se zaměřovaly konkrétně na tuto souvislost na makroekonomické úrovni. V této oblasti je zapotřebí další výzkum. Bylo by například vhodné prozkoumat dopad činností v oblasti účinnosti a prevence na kvalitu poskytované péče a BOZP na různých úrovních (organizace, země).

Pokyny pro praxi:

- Je zapotřebí více praktických iniciativ na vnitrostátní úrovni pro zlepšení pracovních podmínek domácích pečovatелů. Z odpovědí na dotazník vyplynulo, že existuje relativně malý počet iniciativ. To se týká jak formálních, tak neformálních poskytovatelů péče. O neformálních poskytovatelích péče je k dispozici relativně málo informací.
- Výměna znalostí (například formou příkladů správné praxe) v oblasti ochrany zdraví při práci by měla být dále zkoumána.
- V důsledku stárnoucích pracovních sil může být vyšší potřeba opatření v oblasti BOZP, které zohlední pracovní podmínky starších pracovníků a dopad rizik na ně. Tato opatření by mohla být zaměřena na všechny věkové skupiny.
- Důležité jsou politiky týkající se zlepšování rovnováhy mezi pracovním a osobním životem a snižování rozdílů v platech mezi muži a ženami.
- V důsledku rostoucí migrace zdravotnických pracovníků se mohou zvyšovat jazykové a kulturní bariéry na pracovišti. Těmto otázkám by měla být věnována zvláštní pozornost a je zapotřebí náležitá a jasná komunikace ohledně otázek BOZP. Rovné pracovní podmínky a normy kvality jsou žádoucí.
- Vzhledem k hospodářské situaci je nutné přínosy BOZP neustále zdůrazňovat, například ukázat přidanou hodnotu, kterou z ekonomického hlediska přináší dobré řízení BOZP.
- Zavádění nových technologií, jako je telemedicína, a nových systémů informačních a komunikačních technologií vyžaduje neustálé vzdělávání pracovníků. Související rizika by navíc měla být zahrnuta do hodnocení rizik. K BOZP by mohlo být přihlíženo již ve fázi návrhu nových aplikací a dalších nových technologií.
- Nové technologie, například zavedení robotiky a exoskeletů, by mohly rovněž přispět ke zlepšení pracovních podmínek. Je zapotřebí další zkoumání těchto možností, například v domácí péči.

**Evropská agentura pro bezpečnost
a ochranu zdraví při práci (EU-OSHA)**

přispívá k cíli, kterým je učinit z Evropy bezpečnější, zdravější a produktivější místo pro práci. Agentura provádí výzkum, vývoj a distribuci spolehlivých, vyvážených a nestranných informací v oblasti BOZP a pořádá celoevropské osvětové kampaně. Agentura, kterou zřídila v roce 1994 Evropská unie a která sídlí ve španělském Bilbao, umožňuje spolupráci zástupců Evropské komise, vlád členských států, organizací zaměstnavatelů a zaměstnanců i předních odborníků ze všech členských států Evropské unie i dalších zemí.

**Evropská agentura pro bezpečnost
a ochranu zdraví při práci**

12 Santiago de Compostela
(Edificio Miribilla), 5th Floor
E-48003 Bilbao, ŠPANĚLSKO
Tel: + 34 944-358-400
Fax: + 34 944-358-401
E-mail: information@osha.europa.eu

