

Istniejące i nowe zagrożenia
w sektorze opieki zdrowotnej,
w tym w opiece domowej i pozaszpitalnej

Europejskie Obserwatorium Ryzyka
Streszczenie raportu

Autorzy:

Tanja de Jong, Ellen Bos (TNO)

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

Georgiana Nicolescu, Alina Trifu (INCDPM)

Zarządzanie projektem:

Adrian Suarez, Emmanuelle Brun, Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA)

**Europe Direct to serwis informacyjny, który pomaga znaleźć
odpowiedzi na**

Twoje pytania na temat Unii Europejskiej.

Bezpłatny numer telefonu (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*). Niektórzy operatorzy sieci komórkowych nie obsługują połączeń z numerami
zaczynającymi się od 00 800 lub naliczają za takie połączenia dodatkowe opłaty.

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

Dane katalogowe znajdują się na okładce niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej 2014 r.

ISBN: 978-92-9240-498-7

doi: 10.2802/33116

© Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, 2014 r.

Dopuszczone jest powielanie niniejszego dokumentu pod warunkiem podania źródła.

Streszczenie

Europejski sektor ochrony zdrowia ma do odegrania istotną rolę w dążeniu do osiągnięcia celów wyznaczonych w strategii „Europa 2020” przez zapewnienie zdrowia i dobrego samopoczucia pracowników oraz całego społeczeństwa. Sektor opieki zdrowotnej i społecznej zapewnia także wiele miejsc pracy, a jego znaczenie będzie prawdopodobnie rosło w kontekście zachodzących zmian demograficznych. Na pracodawców z sektora opieki zdrowotnej wpływ ma nie tylko postępujące starzenie się społeczeństwa, które wiąże się z rosnącym zapotrzebowaniem na ich usługi, lecz także niedobór siły roboczej, wynikający ze spadającego współczynnika urodzeń. Do roku 2030 liczba osób w wieku produkcyjnym w państwach członkowskich Unii Europejskiej (UE) może ulec zmniejszeniu z obecnego poziomu 303 milionów do 280 milionów. Taki stan rzeczy doprowadzi nie tylko do zmian dotyczących potencjalnego wzrostu świadczeń emerytalnych i stabilności całego systemu, lecz także finansowania sektora opieki zdrowotnej i społecznej oraz zatrudniania pracowników świadczących usługi w tym zakresie. Choć należy się spodziewać, że zarówno zapotrzebowanie na pracowników w branży, jak i ich niedobór będą rosnąć, to według badań naukowych warunki pracy proponowane w sektorze często pozostawiają wiele do życzenia, a wynagrodzenia są niższe niż płace w innych branżach, wymagających porównywalnego poziomu umiejętności i wykszolenia. Już teraz sytuacja ta prowadzi do większej mobilności pracowników wewnątrz państw członkowskich Unii Europejskiej oraz poza jej granicami, a w przyszłości może pogorszyć niedobory odpowiednio wykwalifikowanej siły roboczej.

Opieka zdrowotna i społeczna to jeden z największych sektorów w Europie. Zatrudnienie znalazło w nim około 10% całej europejskiej siły roboczej, z czego 77% stanowią kobiety. Duży odsetek pracowników opieki zdrowotnej to nie tylko personel szpitali, lecz także osoby zatrudnione w innych miejscach, np. w domach opieki społecznej, przychodniach i gabinetach lekarskich, a także osoby zajmujące inne stanowiska w służbie zdrowia i placówkach o pokrewnym charakterze.

W sprawozdaniu omówiono zagrożenia związane z bezpieczeństwem i zdrowiem w miejscu pracy w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej w państwach członkowskich UE. Przeanalizowano również czynności związane z opieką zdrowotną, podejmowane w szpitalach i domach opieki, a także w domach samych pacjentów. Osoby zatrudnione w sektorze opieki zdrowotnej stanowią szczególną grupę narażoną na wiele czynników szkodliwych, znajdujących się w ich miejscu pracy, co nie tylko stanowi zagrożenie dla ich zdrowia, lecz także naraża ich na choroby zawodowe i wypadki przy pracy. Pracownicy opieki zdrowotnej, ze względu na charakter pracy (np.: świadczenie bezpośrednich usług w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz osób niepełnosprawnych fizycznie lub psychicznie, przemieszczanie pacjentów czy pomoc w utrzymaniu czystości), są narażeni na różnorodne czynniki niebezpieczne i szkodliwe. Dla zapewnienia bezpiecznych warunków pracy personelu medycznego niezbędna jest identyfikacja wszystkich **czynników zagrożenia** występujących na danym stanowisku pracy.

Pracownicy sektora opieki zdrowotnej są narażeni na:

- zagrożenia biologiczne – związane z zakażeniami wynikającymi ze zranień igłą czy kontakt z chorobami zakaźnymi
- zagrożenia chemiczne – związane z lekami stosowanymi w leczeniu nowotworów oraz ze środkami dezynfekującymi
- zagrożenia fizyczne – związane z narażeniem na działanie promieniowania jonizującego
- zagrożenia ergonomiczne – np. podczas przemieszczania pacjenta
- zagrożenia psychospołeczne – obejmujące przemoc i pracę zmianową.

Wszystkie te zagrożenia sprawiają, że sektor opieki zdrowotnej i społecznej jest sektorem wysokiego ryzyka dla pracowników.

Poza dobrze znanymi zagrożeniami w europejskim sektorze opieki zdrowotnej i społecznej należy także liczyć się z szeregiem nowych zjawisk i tendencji, które prowadzą do powstania wielu wymagających rozwiązania wyzwań w obszarze bezpieczeństwa i zdrowia w pracy. Są to tendencje: demograficzne,

epidemiologiczne, społeczne, technologiczne i kulturowe w państwach członkowskich UE, które mają wpływ na istniejące formy opieki. Warto przytoczyć takie przykłady, jak: niewystarczająca liczba pracowników służby zdrowia, starzenie się osób pracujących w tym sektorze, przy jednoczesnym braku młodszej kadry mogącej zająć miejsca osób przechodzących na emeryturę, pojawianie się nowych modeli opieki zdrowotnej w odpowiedzi na liczne choroby przewlekłe, coraz szersze wykorzystywanie technologii wymagających nabycia nowych umiejętności oraz brak równowagi w zakresie poziomu kompetencji oraz sposobów organizacji pracy. Zmiany te nie pozostają bez wpływu na warunki pracy, a ostatecznie także na samopoczucie oraz bezpieczeństwo pracowników sektora opieki zdrowotnej.

Sprawozdanie ma na celu omówienie istniejących i nowych zagrożeń oraz problemów związanych z bezpieczeństwem i zdrowiem w środowisku pracy w sektorze ochrony zdrowia, w tym w opiece domowej i pozaszpitalnej na terenie państw członkowskich UE. Autorzy zadali sobie podstawowe pytanie: ***Wobec jakich istniejących i nowych zagrożeń stają pracownicy sektora opieki zdrowotnej, a także jaki jest ich wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie oraz całość usług świadczonych przez personel sektora?***

W poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie szczegółowo przeanalizowano następujące zagadnienia:

- główne różnice między systemami opieki zdrowotnej na terenie Europy (ze wskazaniem bieżących zmian)
- główne kategorie pracowników sektora opieki zdrowotnej w Europie
- główne tendencje: demograficzne, społeczne i technologiczne oraz zmiany mające wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie w pracy w sektorze opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach europejskich
- główne zagrożenia związane z podejmowanymi działaniami oraz środowiskiem pracy osób zatrudnionych w opiece zdrowotnej, a także osób pozazawodowo zajmujących się opieką domową; przeanalizowano wpływ tych zagrożeń na pracę tych osób oraz usługi przez nie świadczone
- wskazanie najbardziej narażonych na ryzyko pracowników sektora
- pojawianie się nowych zagrożeń w Europie w kontekście zmieniającej się sytuacji oraz aktualnego ryzyka, a także analiza ich potencjalnego wpływu na pracę pracowników sektora opieki zdrowotnej oraz usługi przez nich świadczone.

W sprawozdaniu podkreśla się dużą rolę opieki domowej i pozaszpitalnej. Rozpatrywano w nim następujące aspekty:

- różnice między różnymi kategoriami osób zajmujących się opieką domową w Europie – jak wygląda sytuacja w poszczególnych państwach członkowskich pod względem: szkolenia, płacy i warunków pracy?
- sposób organizacji opieki domowej w Europie z uwzględnieniem istniejących mechanizmów (publicznych, prywatnych lub mieszanych) oraz przewidywanych przyszłych wyzwań dla opiekunów
- zakres ochrony, na którą mogą liczyć nieformalni lub niezarejestrowani pracownicy opieki domowej oraz ewentualne zmiany, które zaszły w zakresie zapewnienia im bezpieczeństwa i zdrowia w pracy od czasu przyjęcia konwencji nr 189 MOP
- zagrożenia związane z bezpieczeństwem i zdrowiem w pracy osób zajmujących się opieką domową oraz różnice w porównaniu do innych pracowników sektora opieki zdrowotnej.

Odpowiedzi na postawione w sprawozdaniu pytania poszukiwano na dwa zasadnicze sposoby:

- 1) przez analizę dostępnych informacji (przegląd literatury)
- 2) przez zwrócenie się przez EU-OSHA (Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy) z wnioskiem o pomoc do krajowych punktów centralnych (kwestionariusz).

W ramach analizy dostępnych informacji dokonano przeglądu publikacji wydawanych na terenie całej Unii Europejskiej na temat: infrastruktury ochrony zdrowia, tendencji zagrożeń w zakresie bezpieczeństwa i

zdrowia w pracy oraz ich wpływu na organizację pracy, a także usług świadczonych przez opiekunów. Informacje i dane uwzględnione w sprawozdaniu uzyskano od takich znanych organizacji, jak: Międzynarodowa Organizacja Pracy (MOP) i Komisja Europejska, a także od ekspertów i z usystematyzowanych baz danych (np. z baz danych statystycznych Unii Europejskiej) oraz z baz danych czasopism naukowych poddawanych recenzji (np. Scopus, ScienceDirect, PubMed). Inne istotne informacje pozyskiwano także za pośrednictwem serwisu Google.

Opracowano również kwestionariusz pozwalający na zebranie informacji od poszczególnych państw członkowskich UE na poziomie krajowym przez punkty centralne EU-OSHA. Jego zasadniczym celem było wskazanie obecnych oraz nowych zagrożeń w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy na szczeblu krajowym. Odpowiedzi udzielili głównie przedstawiciele krajowych inspekcji pracy i ministerstw właściwych dla zagadnień związanych z bezpieczeństwem i zdrowiem w pracy, a także: instytucje zajmujące się BHP, organizacje pracowników oraz przedstawiciele sektora opieki zdrowotnej. Respondenci mieli zasadniczo ponad pięć lat doświadczenia w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy, szczególnie w obszarach: bezpieczeństwa, ergonomii, medycyny pracy i psychologii. Otrzymano odpowiedź na 21 kwestionariuszy z 16 krajów, tj.: Albanii, Belgii, Cypru, Czech, Estonii, Francji, Holandii, Irlandii, Litwy, Łotwy, Słowacji, Szwajcarii, Szwecji, Węgier, Włoch i Wielkiej Brytanii.

Dane uzyskane podczas analizy dostępnych informacji zostały połączone z danymi z kwestionariusza.

Jakie są główne różnice pomiędzy systemami opieki zdrowotnej w Europie (północnej, południowej, zachodniej i wschodniej) oraz zjawiska zachodzące obecnie w tym zakresie?

W Europie funkcjonują różnorodne systemy opieki zdrowotnej. Większość przechodzi reformy w celu ich dostosowania do zmian zachodzących w takich obszarach, jak: rozwój medycyny opartej na dowodach, redukcja kosztów, zarządzanie jakością, starzenie się społeczeństwa (większy nacisk na zintegrowaną opiekę), bardziej intensywna promocja zdrowia i działań profilaktycznych oraz zmiany w zakresie technologii informacyjno-komunikacyjnych (w obszarze klinicznym i zarządzaniu). Ze względu na brak aktualnych i porównywalnych danych trudno jest porównywać poszczególne systemy opieki zdrowotnej i ich wpływ na bezpieczeństwo w pracy i zdrowie personelu. Większość wskaźników wykorzystywanych do opisu sektora opieki zdrowotnej w sprawozdaniu to wskaźniki jakościowe, które nie są zbyt obiektywne. Poszczególne państwa różnią się pod względem istniejących w nich mechanizmów finansowania, brak jest jednak wyraźnego związku pomiędzy tymi mechanizmami a wydajnością. Można jednak stwierdzić, że efektywność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej (np. pod względem wydajności, jakości i bezpieczeństwa usług opiekuńczych) jest powiązana z bezpieczeństwem i zdrowiem pracowników. Nie udało się jednak wskazać żadnych badań, które dotyczyłyby bezpośrednio związków między tymi elementami. Przy braku dostępnych danych podjęto próbę określenia tendencji, a także słabych i mocnych stron poszczególnych systemów, które mają ogólny wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie pracowników sektora opieki zdrowotnej.

W całej Europie z trudem udaje się pokryć wszystkie koszty zapewnienia opieki zdrowotnej. Sposoby pozyskiwania funduszy na pokrycie kosztów są nieadekwatne do potrzeb, ale co gorsza same koszty z pewnością będą dalej rosnąć. Głównym przedmiotem zainteresowania w sektorze opieki zdrowotnej w Europie jest znalezienie sposobu na zrównoważenie budżetu oraz ograniczenie kosztów. Jeśli to się nie uda, fundusze na opiekę zdrowotną okażą się wkrótce niewystarczające we wszystkich systemach stosowanych obecnie w Europie.

- W systemie Beveridge'a resort zdrowia musi konkurować z innymi obszarami polityki o swoją część przychodów z podatków. Ponadto zmiany demograficzne przełożą się na coraz większe obciążenia budżetowe, zarówno w wymiarze ilościowym (większa liczba osób w podeszłym wieku), jak i jakościowym (droższe usługi i technologie w sektorze zdrowia).

- Zgodnie z założeniami systemu bismarckiego w dobie zmian demograficznych konieczne staje się utrzymywanie coraz większej liczby emerytów, którzy nie wpłacają już własnych składek. Cięcia kosztów w przedsiębiorstwach wprowadzane w następstwie kryzysu gospodarczego doprowadziły do wzrostu bezrobocia, a tym samym do zmniejszenia liczby pracowników płacących składki.

Ta perspektywa kryzysu finansowania służby zdrowia wynika także z wpływu takich wzajemnie powiązanych czynników, jak: starzenie się społeczeństwa, częstsze występowanie schorzeń przewlekłych oraz rosnące koszty stosowania technologii medycznych.

Restrukturyzacja sektora opieki zdrowotnej oraz zmiany w sposobie świadczenia usług na rzecz pacjentów będą w naturalny sposób oddziaływać na środowisko pracy. Wypadki, przemoc w miejscu pracy oraz stres to wzajemnie powiązane aspekty warunków pracy, na które mają wpływ zarówno zmiany wewnętrzne (tj. ograniczenie liczby pracowników), jak i zewnętrzne. Bezpieczeństwo i zdrowie pracowników sektora przekłada się na opiekę nad pacjentami oraz koszty, ponieważ rotacja pracowników i nieobecność w pracy prowadzą do zaburzenia ciągłości opieki, a także ograniczają dostępność wykwalifikowanego personelu. Pracownicy sektora opieki zdrowotnej będą chcieli pomagać potrzebującym, ale sama logistyka związana ze świadczeniem usług opiekuńczych w poszerzonym zakresie, obecny i zwiększający się niedobór personelu oraz ograniczona ilość zasobów dostępnych w i tak obciążonym systemie doprowadzą do:

- braków w zakresie dystrybucji, stale uniemożliwiających sprostanie lokalnemu zapotrzebowaniu na opiekę zdrowotną
- dysproporcji między liczbą pracowników sektora a liczbą pacjentów, przez co lekarze i pielęgniarki będą musieli pracować na dłuższe zmiany, trwające powyżej 12 godzin; przy mniejszej liczbie pracowników trudno będzie utrzymać proporcje wystarczające do zapewnienia wymaganego poziomu usług; przykładowo pielęgniarki pracujące na dłuższe zmiany są narażone na większe ryzyko wypalenia zawodowego i utratę satysfakcji z pracy, a przy tym mogą mieć trudności ze świadczeniem usług na pożądanym poziomie
- coraz częstszej pracy w pojedynkę; jest to szczególnie niekorzystne w sytuacji, kiedy jest wymagane przemieszczanie pacjentów lub interakcje z nimi lub z członkami ich rodzin, o których wiadomo, że mogą być zdolni do przemocy czy agresywnego zachowania
- wyższych oczekiwań i nierealistycznych żądań; lekarze i pielęgniarki będą się spieszyć, brak im będzie czasu na to, by zapewnić pacjentom opiekę dobrej jakości
- potrzeby bardziej intensywnej opieki; więcej pacjentów będzie zapadać na choroby przewlekłe, a zatem trzeba będzie przeznaczyć więcej czasu na zapewnienie im opieki dobrej jakości
- zwiększonego zapotrzebowania na opiekę domową, w związku z czym więcej pracowników sektora będzie pracować poza tradycyjnymi instytucjami; pracownicy, którzy będą wykonywać swoje obowiązki w domach pacjentów, będą bardziej narażeni na przemoc słowną i fizyczną.

Bez rosnącego grona pracowników pełniących swoje obowiązki w lepszych warunkach nie poprawi się ich bezpieczeństwo i zdrowie, ani też jakość świadczonych przez nich usług. Praca w sektorze opieki zdrowotnej jest trudna nawet wówczas, gdy dostępny jest odpowiedni personel – przy jego niedoborach stanie się zatem jeszcze trudniejsza. Większy stres nie pozostanie bez wpływu na pracowników, pogarszając ich stan psychiczny i emocjonalny. Ilość obowiązków będzie rosła, a obciążenie pracą zwiększy się diametralnie, w miarę jak do systemów opieki zdrowotnej w całej Europie kierowanych będzie coraz więcej pacjentów. Przy mniejszej liczbie pracowników przytłoczy to personel sektora, który i tak pracować już będzie pod nadmierną presją. Konieczność dopełniania licznych formalności w połączeniu z niedoborem pracowników sprawi, że personel mniej czasu będzie mógł poświęcać na pacjentów, co stanowić będzie dodatkowe obciążenie dla pracowników, którzy woleliby spędzać więcej czasu zajmując się pacjentami.

Jakie są główne kategorie pracowników sektora opieki zdrowotnej w Europie oraz jakie zmiany zachodzą na rynku pracy?

Sektor opieki zdrowotnej obejmuje kilka podsektorów, w ramach których są świadczone usługi opiekuńcze oraz dostarczane odpowiednie produkty. Według International Standard Industrial Classification (Międzynarodowej Standardowej Klasyfikacji Rodzajów Działalności) ONZ czynności w zakresie ochrony zdrowia ludzi oraz opieki społecznej są klasyfikowane jako wykonywanie czynności związanych ze zdrowiem i opieką społeczną. W kategorii tej ujęto szereg różnych działań, od usług medycznych świadczonych przez wykwalifikowanych specjalistów służby zdrowia w szpitalach i innych placówkach, po opiekę domową obejmującą pewne czynności związane z opieką zdrowotną i społeczną, w które nie jest zaangażowany specjalistyczny personel medyczny. Wiele osób pracuje w sektorze opieki zdrowotnej także pośrednio. Są to osoby wykonujące usługi pomocnicze, np. w przemyśle farmaceutycznym oraz w obszarze związanym z: urządzeniami medycznymi, ubezpieczeniami zdrowotnymi, badaniami naukowymi dotyczącymi zdrowia, a także w sektorze e-zdrowia, BHP czy spa. Osoby, które pracują w sektorze opieki zdrowotnej tylko pośrednio, nie zostały ujęte w niniejszym sprawozdaniu.

Tendencje obserwowane obecnie w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej utrzymają się także w przyszłości, ale w państwach członkowskich UE wydatki na ten cel są ograniczane. W poszczególnych państwach mamy do czynienia z różnymi wyzwaniami i potrzebami dotyczącymi zasobów ludzkich, można jednak wyróżnić pewne ogólne problemy, tj.: zapotrzebowanie na systemy informatyczne, pozwalające na monitorowanie rynku pracy dla osób zatrudnionych w sektorze opieki zdrowotnej oraz konieczność zaspokajania potrzeb pracowników w zakresie nowych umiejętności przez promowanie szkoleń i uczenia się przez całe życie. Wydajność systemów opieki zdrowotnej oraz możliwość świadczenia wysokiej jakości usług w tym zakresie zależą od odpowiednio wykształconej i zmotywowanej siły roboczej posiadającej odpowiednie umiejętności, dlatego niezwykle ważne jest zapewnienie jej odpowiednich warunków pracy.

Ogólnie rzecz ujmując, można zauważyć coraz wyraźniejszy zwrot w kierunku opieki pozaszpitalnej, co przekłada się na rosnące zapotrzebowanie na pracowników opieki domowej. Ich grono nie obejmuje jedynie przedstawicieli jednej konkretnej profesji – mogą do niego należeć opiekunowie nieformalni oraz pracownicy domowi. Opiekunowie nieformalni, imigranci oraz pracownicy domowi – to grupy znajdujące się w szczególnie trudnej sytuacji. Często muszą się liczyć z mniej korzystnymi warunkami pracy oraz mniejszymi zabezpieczeniami społecznymi, a także niższą płacą. Celem przyjęcia Konwencji MOP nr 189 jest zapewnienie skutecznej ochrony pracowników domowych. Niekorzystne warunki pracy są jedną z przyczyn obecnego niedoboru pracowników tego rodzaju. Można się spodziewać, że braki te będą się powiększać. Wyniki kwestionariusza przekazanego ekspertom w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy pokazały, że pracownicy opieki domowej nie są tak dobrze chronieni przez przepisy, jak ci pracujący w specjalistycznych placówkach.

Jakie są najważniejsze zagrożenia w środowisku pracy osób zatrudnionych w sektorze opieki zdrowotnej (w tym w opiece domowej)?

Aby dokonać analizy głównych zagrożeń w sektorze ochrony zdrowia, zebrano i przeanalizowano dostępne dane z państw członkowskich UE, w tym te pochodzące z europejskiej ankiety na temat warunków pracy oraz unijnej ankiety na temat siły roboczej.

- Pracownicy sektora opieki zdrowotnej i społecznej znaleźli się w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie na czwartym miejscu pod względem częstotliwości występowania poważnych problemów zdrowotnych, związanych z wykonywaną pracą. Uplasowali się tuż za przedstawicielami takich gałęzi

przemysłu, jak produkcja i budownictwo. Choroby zawodowe najczęściej występowały w sektorze: „produkcji” (38%), „budownictwa” (13%), „handlu hurtowego i detalicznego, napraw” (7%) oraz „opieki zdrowotnej i społecznej” (5%).

- W przypadku kobiet zatrudnionych w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej, odnotowano większe prawdopodobieństwo ucierpienia w wyniku jednego lub więcej wypadków albo wystąpienia choroby zawodowej niż u kobiet pracujących w innych branżach.
- Według danych zebranych w piątej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy osoby pracujące w sektorze opieki zdrowotnej są bardziej narażone na zagrożenia biologiczne i chemiczne, ponieważ lekarze i pielęgniarki często mają kontakt z materiałami zakaźnymi oraz środkami chemicznymi stosowanymi do dezynfekcji narzędzi i miejsca pracy.
- Według ankiety na temat warunków pracy sektor opieki zdrowotnej jest na piątym miejscu pod względem zagrożeń związanych z postawą ciała, za: budownictwem, rolnictwem, przemysłem, handlem hurtowym i detalicznym, przemysłem spożywczym oraz hotelarskim.
- Za główne wyzwania w dziedzinie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy uznawany jest stres z nią związany, a także przemoc oraz napastowanie. Wszystkie te zagrożenia psychospołeczne są szczególnym problemem w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej, który zajmuje pod tym względem miejsce przed edukacją i administracją publiczną.

Ważnych informacji na temat zarządzania ryzykiem w sektorze ochrony zdrowia dostarczyło także przeprowadzone przez EU-OSHA Europejskie badanie przedsiębiorstw na temat nowych i pojawiających się zagrożeń (ESENER). Na podstawie wyników badań stwierdzono, że poważnym problemem są tu takie kwestie, jak zwolnienia chorobowe czy zagrożenia psychospołeczne oraz, że:

- w zakresie stosowania oceny ryzyka i podobnych środków sektor opieki zdrowotnej i społecznej znajduje się powyżej średniej dla państw członkowskich UE, ale wyprzedzają go takie gałęzie przemysłu, jak budownictwo czy produkcja
- poziom monitorowania nieobecności w pracy ze względu na chorobę jest w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej najwyższy w państwach członkowskich UE
- w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej szczególnie istotnym zagrożeniem jest stres związany z pracą, a także przemoc i zagrożenie przemocą.

W tabeli przedstawiono zagrożenia występujące w sektorze ochrony zdrowia, które zostały opracowane na podstawie zebranych danych statystycznych, przeglądu literatury oraz odpowiedzi udzielonych w kwestionariuszu.

Zagrożenia	Przegląd literatury	Odpowiedzi z kwestionariusza
Biologiczne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ czynniki chorobotwórcze przenoszone przez krew ▪ czynniki chorobotwórcze przenoszone przez powietrze ▪ choroby zakaźne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ narażenie na działanie czynników biologicznych ▪ kontakt z konkretnymi czynnikami chorobotwórczymi: bakterie z rodzaju <i>pseudomonas</i>, pałeczki <i>legionella</i>, prątki gruźlicy, wirusy zapalenia wątroby lub hiv ▪ skaleczenia ▪ brak programów szczepień ochronnych ▪ przepełnione szpitale ▪ zmiany w dyrektywie w sprawie środków biobójczych
Chemiczne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ narażenie na kontakt ze środkami chemicznymi w placówkach ochrony zdrowia z różnych przyczyn, np.: podczas leczenia pacjentów (leki i środki znieczulające), w pracach laboratoryjnych lub przy czyszczeniu, dezynfekcji i sterylizacji powierzchni i narzędzi (środki czyszczące/dezynfekujące). w pewnych sytuacjach leki stosowane u pacjentów mogą wywołać skutki uboczne u pracowników narażonych na kontakt z nimi przy sporządzaniu i podawaniu roztworów lub w wyniku styczności z gazami uwalnianymi podczas znieczulenia wziewnego czy z aerozolami stosowanymi do inhalacji. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kontakt z pewnymi środkami chemicznymi: środkami o działaniu rakotwórczym i cytostatykami, nanomateriałami, środkami do dezynfekcji, gazami anestetycznymi i materiałami radioaktywnymi ▪ alergie ▪ opieka domowa ▪ brak wykszolenia
Zagrożenia związane z bezpieczeństwem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ poziom hałasu ▪ promieniowanie (jonizujące i niejonizujące) ▪ poślizgnięcia, potknięcia i upadki 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ poślizgnięcia, potknięcia i upadki ▪ bezpieczeństwo związane z wyposażeniem (obsługa lub awaria) ▪ szczególne narażenie na zagrożenia fizyczne, np. promieniowanie

Zagrożenia	Przegląd literatury	Odpowiedzi z kwestionariusza
		rentgenowskie lub inne rodzaje promieniowania
Zagrożenia ergonomiczne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ podnoszenie ▪ przesuwanie ▪ przyjmowanie niewygodnej pozycji ▪ powtarzalne ruchy ▪ długotrwałe stanie i siedzenie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ brak wykszolenia ▪ źle zaprojektowany oraz niedostępny/nieodpowiedni sprzęt ▪ przesunięcie punktu ciężkości na opiekę domową ▪ znaczne obciążenie pracą zwiększające ryzyko urazów układu mięśniowo-szkieletowego
Zagrożenia psychospołeczne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ godziny pracy ▪ nadużywanie środków odurzających ▪ wymagania emocjonalne ▪ czynniki powiązane ze stresem i wypaleniem zawodowym ▪ przemoc i napastowanie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ znaczne obciążenie pracą, presja czasu wywołująca stres ▪ brak kontroli nad pracą ▪ zły klimat organizacyjny ▪ trudności językowe, brak optymalnego czasu pracy ▪ zdarzenia emocjonalne ▪ kryzys gospodarczy ▪ samotna praca ▪ przemoc i napastowanie ▪ wielozadaniowość

Zagrożenia związane z opieką domową

Opieka nad pacjentem w jego domu to z wielu przyczyn praca w trudnym środowisku, jeżeli chodzi o bezpieczeństwo pracownika. Po pierwsze – praca w domu wiąże się z takimi zagrożeniami, jak zła jakość powietrza w zamkniętych pomieszczeniach lub narażenie na kontakt z substancjami toksycznymi, które mogą mieć różnego rodzaju negatywny wpływ na zdrowie. Po drugie – w takim środowisku pracy mamy do czynienia z takimi zagrożeniami występującymi w placówkach klinicznych, jak: rozprzestrzenianie się infekcji, rozwój organizmów opornych na leczenie czy błędy w podawaniu leków. Po trzecie – istnieje możliwość, że opieka świadczona w domu będzie w niekontrolowanych warunkach. Po czwarte – opiekunowie mogą nie być gruntownie wykszoleni lub dysponować jedynie ograniczoną wiedzą w zakresie bezpieczeństwa pacjenta, a bardzo często mogą przy tym pracować pod niewielką bezpośrednią kontrolą lub w ogóle bez niej. W opiece domowej szczególnie problematyczne jest również zarządzanie ryzykiem, jako że choć dom staje się zasadniczo „miejscem pracy”, może w nim brakować koniecznych zabezpieczeń zarówno dla pracowników, jak i dla pacjentów. Kontrolowanie zagrożeń w opiece domowej może być w związku z tym utrudnione.

Pracownicy opieki zdrowotnej, zarówno w środowisku instytucjonalnym, jak i domowym, są narażeni na wiele wspólnych czynników ryzyka. Opieka domowa może jednak się wiązać się ze szczególnymi zagrożeniami dla bezpieczeństwa opiekunów podróżujących do domów swoich pacjentów i pracujących w nich. Głównymi przyczynami ich nieobecności w pracy są: urazy odniesione w wyniku wypadków drogowych, nadmierny wysiłek (i powtarzalne ruchy) towarzyszący opiece nad pacjentami, a także przypadki poślizgnięcia się, potknięcia czy upadku w domu pacjenta lub poza nim. Inne przyczyny wypadków i chorób w tej grupie zawodowej to narażenie na: niebezpieczne substancje chemiczne (żrące,

drażniące, toksyczne czy alergizujące), uderzenia, ataki czy przypadki stosowania wobec nich przemocy lub agresywnego zachowania. Opiekunowie domowi, świadcząc takie bezpośrednie usługi opiekuńcze, jak: ubieranie, kąpanie, sprzątanie czy gotowanie zarażonym pacjentom, mogą także mieć kontakt z chorobami zakaźnymi (np. z zapaleniem wątroby, HIV, grypą, gruźlicą, odrą czy ospą wietrzną). Różne warunki pracy mogą również prowadzić do psychicznego czy emocjonalnego wyczerpania u ich opiekunów. Stres mogą u nich wywoływać takie sytuacje, jak kontakt ze zdenerwowanymi członkami rodziny pacjenta, z którymi trudno jest współpracować, czy konieczność samodzielnej pracy w nieznanym i niekontrolowanym warunkach.

Na podstawie przeglądu dostępnej literatury przedmiotu oraz analizy odpowiedzi udzielonych w kwestionariuszu wskazano poniżej główne zagrożenia dla pracowników opieki domowej.

Zagrożenia ergonomiczne

- Pomieszczenia w domach pacjentów są często małe i zatłoczone. Przez 40 ÷ 48% czasu pracy opiekunowie mogą być zmuszeni do przyjmowania nieprawidłowej postawy ciała, np. pochYLENIE DO PRZODU czy nieprawidłowe ułożenie pleców, co może być przyczyną bólu: ramion, karku i kręgosłupa. Zagrożenia ergonomiczne wiążą się także z koniecznością fizycznego przemieszczania pacjentów w niewielkich łazienkach, gdzie pacjenci muszą być kąpani czy myci pod prysznicem.
- Podstawowym problemem w domach pacjentów jest brak regulowanych łóżek (a co się z tym wiąże, trudności wynikające z: wysokości, szerokości i ustawienia łóżka). W domach pacjentów zazwyczaj brak sprzętów, które mogłyby pomóc w ich przemieszczaniu. Nie znajdziemy tu standardowego wyposażenia, które powszechnie dostępne jest w szpitalach.
- Pracownicy opieki domowej muszą często wytrzymać dłuższy czas w pozycji stojącej lub wymagającej chodzenia.
- Podnoszenie ciężarów, szczególnie w nienaturalnych pozycjach i bez pomocy, może w istotny sposób przyczynić się do trwałej niezdolności do pracy osób zajmujących się opieką domową. Związane z pracą urazy układu mięśniowo-szkieletowego, spowodowane przenoszeniem pacjenta z łóżka i do łóżka czy pomaganiem mu w chodzeniu lub staniu to w opiece domowej poważny problem (konkretne zagrożenia na to: zmiany mobilności pacjenta, które mogą wymagać od opiekuna nadmiernego wysiłku, korzystanie z nieodpowiedniego sprzętu, niewystarczająca przestrzeń do przemieszczania pacjenta oraz konieczność jego podnoszenia bez pomocy). W roku 2007 skręcenia i nadwyrężenia były najczęstszą przyczyną nieobecności w pracy opiekunów domowych, którzy w porównaniu z innymi grupami pracowników także częściej przebywali na zwolnieniach lekarskich w związku z objawami ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, wywołanymi pełnieniem obowiązków zawodowych.
- Pomaganie w wykonywaniu codziennych czynności (ubieranie, jedzenie, chodzenie czy higiena osobista) może wiązać się z ryzykiem urazów układu mięśniowo-szkieletowego u opiekuna ze względu na ciężar pacjenta.

Zagrożenia fizyczne

- Środowisko fizyczne w domu mieszkalnym: zachowanie właściwego porządku jest ważnym czynnikiem pozwalającym na utrzymanie bezpiecznego środowiska pracy dla osób zajmujących się opieką domową. Wiele z nich ulega urazom z powodu: potknięcia się, poślizgnięcia czy nadeptnięcia na przedmioty znajdujące się na ich drodze. Aby zapewnić opiekunom bezpieczne warunki pracy, należy również zadbać o odpowiednie oświetlenie. Jeżeli pomieszczenia w domu są zastawione i słabo oświetlone, może być trudno je szybko opuścić w nagłych wypadkach lub w przypadku ataku na opiekuna.

- Tlen może być przepisany pacjentowi środkiem leczniczym, ale może też stwarzać zagrożenie pożarowe. Pożar w domu może wybuchnąć nagle. Najczęstszą jego przyczyną jest palenie papierosów.
- Bardzo często domy pacjentów nie są odpowiednio przystosowane do potrzeb opiekunów. Hiszpańskie badania przeprowadzone w 500 domach pacjentów pokazały, że jedynie w 6,5% z nich znajdowały się regulowane łóżka rehabilitacyjne, a tylko w 16,1% były odpowiednio przystosowane kabiny prysznicowe. Ogólnie w zaledwie 12,9% domów zapewniono odpowiednie warunki spełniające potrzeby pracowników opieki zdrowotnej i pozwalające im na zdrową i bezpieczną pracę.
- Środowisko fizyczne poza domem pacjenta: może ono stwarzać zagrożenie; poślizgnięcia, potknięcia i upadki w domu i w jego otoczeniu to częste przyczyny wypadków, w wyniku których cierpią opiekunowie. Inne zagrożenia, które mogą stać się przyczyną wypadków poza domem, to np. chodniki, szczególnie te o nierównej powierzchni, schody, drewniane podjazdy, które mogą być: mokre, oblodzone, pokryte śniegiem, liśćmi czy porośnięte mchem, przedmioty pozostawione na chodnikach i ścieżkach, a także słabe oświetlenie. Co więcej, kiedy opiekun wychodzi na zewnątrz razem z pacjentem, oboje ponoszą o wiele większe ryzyko niż kiedy opiekun wychodzi sam.

Zagrożenia związane z bezpieczeństwem

- Poślizgnięcia, potknięcia i upadki: wypadki mogą się zdarzyć na chodniku, mokrej podłodze czy wilgotnym dywanie (okoliczności, nad którymi w mniejszym stopniu da się zapanować).
- Dojazd do domu pacjenta: wypadki drogowe są jedną z najczęstszych przyczyn urazów związanych z pracą u osób zajmujących się opieką domową, a także stanowią najliczniejszy odsetek wypadków ze skutkiem śmiertelnym. Takie zagrożenia i ryzyko można ograniczyć, m.in. przez: zapięcie pasów bezpieczeństwa, sprawdzanie stanu ogumienia pojazdu, dbanie o jego ogólny dobry stan techniczny, jazdę z mniejszą prędkością, ograniczenie występowania czynników rozpraszających, zachowanie szczególnej ostrożności na skrzyżowaniach oraz unikanie prowadzenia pojazdu bez odpowiedniego wypoczęcia, czy też pod wpływem alkoholu lub innych substancji odurzających.
- Oparzenia: osoby świadczące opiekę domową często są narażone na niebezpieczne czynniki mogące wywołać oparzenia (tj. gorąca woda, czajniki, urządzenia elektryczne i środki chemiczne). Do oparzeń najczęściej dochodzi przez kontakt z ogniem, gorącymi przedmiotami lub płynami, środkami chemicznymi czy promieniowaniem. Przyczyną może też być kontakt skóry z wrzątkiem czy gorącą parą.

Zagrożenia biologiczne i chemiczne

- Szczególnym problemem może być nieprzestrzeganie zasad higieny. Udowodniono, że choroby zakaźne z łatwością rozprzestrzeniają się w gospodarstwie domowym, a wiele czynności wykonywanych w związku z opieką nad pacjentem w takim środowisku stwarza możliwość zarażenia. Ryzyko dla pracowników opieki domowej stanowią zakażenia krzyżowe, tj. przenoszenie czynników chorobotwórczych przez pośredni lub bezpośredni kontakt z zakażonymi przedmiotami. W domach, w których nie przestrzega się zasad higieny, mogą także bytować szkodniki: gryzonie, wszy, świerzbowce i termity.
- Problemem może również być pranie, które może prowadzić do szerzenia się choroby. Udokumentowano przypadki rozprzestrzeniania się gronkowca złocistego przez pranie. W jednym z badań dotyczących zasad higieny gospodarstw domowych stwierdzono, że zmiany stosowanych w tym zakresie praktyk (np. zmniejszenie temperatury prania, korzystanie z mniejszej ilości detergentów czy

mniejsze zużycie wody) miały ogólnie negatywny wpływ na higienę prania. Zmiany te mogą wiązać się z większym ryzykiem zarażenia pacjentów oraz opiekunów.

- Stan zdrowia pacjenta: pracownicy zajmujący się opieką nad pacjentem w domu mogą mieć styczność z takimi chorobami zakaźnymi, jak: zapaleniem wątroby, wirusem HIV, grypą, odrą czy ospą wietrzną. Do większości zakażeń przez krew dochodzi w wyniku skaleczenia ostrymi przedmiotami skażonymi krwią, na skutek wypadku lub przez stosowanie niebezpiecznych praktyk.
- Nieprawidłowa utylizacja odpadów medycznych może także być powodem do obaw w kontekście opieki domowej, bowiem odpady te są potencjalnym źródłem drobnoustrojów chorobotwórczych.
- Opiekunowie narażeni są na ryzyko ukąszenia lub innych urazów spowodowanych przez zwierzęta.
- Ryzyko zranienia ostrymi przedmiotami: pracownicy opieki domowej odpowiadają za użytkowanie i utylizację wszystkich ostrych narzędzi. Pacjenci i ich rodziny często nie dbają o ich odpowiednią utylizację (zakażone ostre przedmioty mogą być pozostawiane w domu lub w koszach na odpadki), co stanowi bardzo poważne niebezpieczeństwo dla opiekunów. W ogólnodostępnych miejscach w domu zostawia się czasem strzykawki czy lancety.
- Kolejnym problemem może być wielokrotne używanie przedmiotów jednorazowego użytku. Według pewnych doniesień wielu pacjentów cukrzycowych wielokrotnie korzysta ze strzykawek insulinowych bez ich dezynfekcji do czasu całkowitego stępienia się igły. Podobnie w domach czasami dezynfekuje się i wielokrotnie wykorzystuje worki drenażowe, co rzadko ma miejsce w szpitalach.
- Brak wody: pracownicy opieki domowej mogą być zmuszeni pracować w domach bez bieżącej wody lub z wodą złej jakości.
- Kontakt ze środkami chemicznymi podczas wykonywania czynności w domu pacjenta: narażenie na środki chemiczne w gospodarstwie domowym może być większe niż w innych okolicznościach, jako że nie zawsze możliwe jest przestrzeganie procedur dotyczących obchodzenia się z takimi substancjami. Wielu opiekunów często nawet nie wie, jakie leki przyjmuje pacjent i jakie konsekwencje mogą się dla nich z tym wiązać.

Zagrożenia psychospołeczne

- Usługi opiekuńcze świadczone przez pracownika mogą okazać się niedopasowane do potrzeb pacjenta.
- Brak nadzoru: praca opiekunów w domu pacjenta nie jest bezpośrednio nadzorowana. Pracują oni zazwyczaj sami, często muszą przechodzić przez niebezpieczne okolice, mogą napotkać osoby nadużywające narkotyków czy alkoholu, groźne psy, korki uliczne lub być świadkami kłótni w rodzinie. Na podstawie niektórych badań ten rodzaj pracy wiąże się z większym stresem niż praca nauczycieli czy opiekunów dzieci, jako że pracownicy opieki domowej mają mniejszą kontrolę, a przy tym ich praca jest też mniej stymulująca. To właśnie w tej grupie odnotowano największą liczbę dni zwolnień lekarskich (30 lub więcej dni w roku) oraz drugi co do wielkości wskaźnik absencji.
- Kontakt z niebezpiecznymi zachowaniami poza domem: dom pacjenta może być położony w niebezpiecznej dzielnicy, w okolicy znanej z przestępczości czy na odosobnionym terenie. W takich miejscach opiekunowie mogą być narażeni na atak. Obecność gangów, osób uzależnionych od narkotyków czy alkoholu może stanowić dodatkowe ryzyko ataku związanego z wykonywaniem obowiązków zawodowych.
- Członkowie rodziny i odwiedzający (przemoc): przemoc wobec pracowników opieki mogą stosować pacjenci lub wrogo nastawieni członkowie rodziny oraz goście, którzy mają wrażenie, że się im przeszkadza, są zdenerwowani i sfrustrowani, zagrożeni lub pozbawieni kontroli. Członkowie rodziny mogą dążyć do konfliktu, jeśli odczuwają frustrację w związku ze stanem pacjenta lub ustaleniami dotyczącymi opieki nad nim.

Jakie są główne tendencje demograficzne, społeczne i technologiczne oraz zmiany mające wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie w pracy w sektorze opieki zdrowotnej w poszczególnych europejskich krajach?

W ostatnich dziesięcioleciach można było zauważyć znaczny postęp technologiczny w miejscach pracy, który wraz z szybko postępującą globalizacją zmienił sposób, w jaki wiele ludzi na całym świecie pełni swoje zawodowe obowiązki. Zmiany te wywarły także duży wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie w pracy w sektorze opieki zdrowotnej. W niektórych przypadkach udało się ograniczyć lub wyeliminować dotychczasowe ryzyko i zagrożenia, ale postęp technologiczny doprowadził też do powstania nowych. Wielu pracowników narażonych jest zarazem także na „nowe” zagrożenia wynikające ze zmieniającego się modelu pracy, jak choćby coraz większy nacisk, jaki kładzie się na spełnianie wymagań związanych ze współczesnym życiem zawodowym. Zmienia się także struktura wieku pracowników oraz równowaga płci w wielu miejscach pracy. Zmiany te spowodowały powstanie wyraźnych zagrożeń, które były wcześniej rzadsze lub mniej oczywiste.

Kilka tendencji i zmian ma szczególny wpływ na pracowników, a także na ich bezpieczeństwo i zdrowie w pracy w sektorze opieki zdrowotnej. Najważniejsze tendencje i zmiany w Europie zidentyfikowane podczas przeglądu literatury przedmiotu oraz odpowiedzi z kwestionariusza to:

- zmiany demograficzne (starzenie się populacji pacjentów i pracowników)
- zmiany modelu rodziny (mniejsza dostępność opieki nieformalnej)
- czynniki związane ze stylem życia (choroby przewlekłe, takie jak otyłość)
- większa liczba pracowników z chorobami przewlekłymi,
- migracje i mobilność pracowników (wielokulturowa i wielojęzyczna siła robocza)
- kryzys gospodarczy (brak inwestycji)
- nowe technologie i innowacje (biotechnologia, nanotechnologia, robotyka, rzeczywistość wirtualna, rozwój w zakresie technologii informacyjno-komunikacyjnej)
- globalizacja i kryzys gospodarczy (restrukturyzacja, niepewność zatrudnienia, większa intensywność pracy, niższa jakość usług opiekuńczych, większa liczba pacjentów korzystająca z opieki w bardziej ograniczonym zakresie, większa liczba pacjentów w szczególnie trudnej sytuacji)
- większa mobilność pacjentów
- różne warunki pracy pracowników wyjeżdżających za granicę.

Starzenie się społeczeństwa

Wspólną tendencją obserwowaną praktycznie we wszystkich państwach europejskich jest starzenie się społeczeństwa. Szacuje się, że w ciągu następnych 50 lat liczba osób starszych (w wieku powyżej 65 lat) prawie się podwoi, tj. wzrośnie z 87 milionów (w 2010 r.) do 152,7 miliona (w 2060 r.). Zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze znacznie wzrośnie, ponieważ więcej osób będzie ich wymagać. Duża rozbieżność między zapotrzebowaniem a dostępnością opieki zdrowotnej szybko staje się problemem.

Starzenie się siły roboczej

W ciągu następnych od 10 do 20 lat na emeryturę przejdzie duża liczba pracowników, przez co zasoby ludzkie zatrudnione w opiece zdrowotnej w państwach UE zostaną znacznie uszczuplone. W 2009 r. ok. 30% wszystkich lekarzy w państwach UE miało ponad 55 lat, a szacuje się, że do 2020 r. ponad 60 000, tj. 3,2% europejskich lekarzy rocznie będzie przechodzić na emeryturę. Z danych zebranych w niektórych państwach członkowskich wynika, że średni wiek pracujących obecnie pielęgniarek to od 41 do 45 lat. Na miejsce odchodzących nie przychodzi wystarczająco dużo młodych pracowników. Zatrudnienie w sektorze opieki zdrowotnej rośnie szczególnie wśród starszych pracowników, a liczba lekarzy zwiększa się głównie w starszych grupach wiekowych. Starsi pracownicy są narażeni na te same zagrożenia w miejscu pracy co ich młodszy koledzy. Najczęściej do wypadków przy pracy, w tym do wypadków ze skutkiem śmiertelnym, prowadzą: upadki, napaści, narażenia na groźne dla zdrowia czynniki oraz zdarzenia komunikacyjne. Starsi

pracownicy często odnoszą poważniejsze obrażenia. Potrzebują oni zazwyczaj dłuższego czasu na powrót do zdrowia niż młodszy pracownicy.

Zmiany modelu rodziny

Fakt, że osoby starsze coraz rzadziej mieszkają pod jednym dachem ze swoimi dziećmi, a także powszechna aktywność zawodowa kobiet oraz model rodziny, w której oboje rodziców pracuje, będą prowadzić do ograniczenia nieformalnej opieki zapewnianej przez rodzinę i zwiększonego zapotrzebowania na opiekę formalną. W wyniku szeregu zmian zachodzących w strukturze rodziny osoby starsze nie mogą obecnie liczyć na tak szerokie wsparcie ze strony krewnych jak kiedyś. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest migracja. Ludzie udający się na emigrację zarobkową często pozostawiają w ojczyźnie rodziców w podeszłym wieku, a w niektórych przypadkach nawet własne dzieci. Ze względu na niestabilność rodziny oraz podejmowanie przez kobiety pracy zawodowej osoby starsze będą w przyszłości wymagały szerszej opieki sformalizowanej. Podczas gdy wpływ starzenia się społeczeństwa na ochronę zdrowia został już szeroko przeanalizowany, konsekwencje pozostałych zmian demograficznych i społecznych w kontekście przyszłych potrzeb oraz powiązanych kosztów opieki zdrowotnej nie są jeszcze dobrze znane i wymagają dalszych analiz oraz działań badawczo-rozwojowych (Komisja Europejska 2009a).

Zmiany stylu życia

Do zmian w zapotrzebowaniu na usługi związane z opieką zdrowotną przyczyniają się nie tylko choroby kojarzone z wiekiem, lecz także tzw. choroby cywilizacyjne wywołane: zmianami nawyków żywieniowych, niezdrową dietą, paleniem tytoniu, spożyciem alkoholu i zażywaniem narkotyków oraz brakiem aktywności fizycznej. Choroby te będą prowadzić do zwiększonego zapotrzebowania na opiekę nad pacjentami z takimi schorzeniami, jak: otyłość, cukrzyca czy choroba wieńcowa. Wyżej wymienione schorzenia związane ze stylem życia uznaje się za zasadnicze przyczyny występowania możliwych do uniknięcia chorób.

Migracje i mobilność pracowników

W ostatnich dziesięcioleciach na całym świecie obserwuje się rosnącą skalę migracji pracowników opieki zdrowotnej, szczególnie z krajów o niższych dochodach, gdzie systemy ochrony zdrowia są już i tak w trudnym położeniu. W ciągu ostatnich 30 lat liczba migrujących pracowników sektora opieki zdrowotnej w wielu państwach europejskich zwiększyła się o ponad 5% rocznie. Pozytywną konsekwencją mobilności siły roboczej jest możliwość zdobywania kwalifikacji zawodowych i osobistych przez wyjeżdżających pracowników. Natomiast skutkiem negatywnym tego zjawiska jest fakt, że państwa o niskich dochodach nie mogą skutecznie chronić prawa swoich mieszkańców do odpowiedniej opieki zdrowotnej, kiedy wykwalifikowany personel wyjeżdża za granicę. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom i pracownikom może być dodatkowym wyzwaniem w środowiskach wielokulturowych i wielojęzycznych. W badaniach dotyczących bezpieczeństwa i zdrowia w pracy, a także w badaniach naukowych o pokrewnej tematyce, należy wziąć pod uwagę położenie tych pracowników, w tym charakterystyczne dla danej kultury postrzeganie pracy oraz nastawienie do niej i do zagrożeń z nią związanych.

Transgraniczne świadczenie opieki zdrowotnej

Zjawisko to staje się coraz powszechniejsze w państwach Unii Europejskiej. Do wzrostu „importu” i „eksportu” pacjentów oraz innych interesariuszy i usług przyczynia się szereg różnych czynników. Rozwój informatyki i komunikacji pozwala pacjentom lub zewnętrznym nabywcom usług w zakresie opieki zdrowotnej znajdować w innych krajach leczenie wysokiej jakości w niższych cenach i/lub z koniecznością krótszego oczekiwania. Na większą mobilność pacjentów przekłada się także bardziej powszechne uznawanie ubezpieczeń zdrowotnych w innych państwach dzięki regionalnym ustaleniom w zakresie publicznych systemów ubezpieczeniowych lub zmianom na prywatnym rynku ubezpieczeniowym. Mobilność pacjentów w Europie może się zwiększyć jeszcze bardziej po przyjęciu w roku 2011 dyrektywy

wspierającej pacjentów w korzystaniu z prawa do transgranicznej opieki zdrowotnej i promującej współpracę pomiędzy systemami poszczególnych krajów, tj. dyrektywy 2011/24/UE. Dyrektywa ta odnosi się do pacjentów, którzy decydują się skorzystać z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim niż państwo członkowskie ubezpieczenia. Jednak transgraniczna opieka zdrowotna nie ogranicza się tylko do pacjentów. Lekarze i pielęgniarki wyjeżdżają na zagraniczne szkolenia, tymczasowo świadczą usługi medyczne w innych krajach lub przeprowadzają się tam na stałe. Poszczególni lekarze i szpitale w różnych państwach członkowskich coraz częściej współpracują. W niektórych przypadkach nie tylko pacjenci czy personel medyczny, lecz także same usługi – w postaci telemedycyny – przekraczają granice państw.

Nowe technologie i innowacje

Innowacje w sektorze opieki zdrowotnej wiążą się głównie z wprowadzaniem nowych usług, nowych sposobów pracy i/lub nowych technologii (nowych leków lub zabiegów chirurgicznych). Są one czynnikiem umożliwiającym zrównoważenie jakości opieki i niższych kosztów. To kluczowe elementy decydujące o efektywności pracy i konkurencyjności. Jeżeli chodzi o innowacje w opiece zdrowotnej, ważnymi obszarami zainteresowania stały się ostatnimi czasy – genomika i nowe biotechnologie. Pozostaną nimi także w najbliższej przyszłości. Tuż za nimi podążają nanotechnologie i robotyka (czasem w połączeniu z genomiką i biotechnologią). Wynikające z tego innowacje mogą przyczynić się do rewolucji w opiece zdrowotnej, choć pojawiają się obawy o lawinowo rosnące koszty. Oczekuje się, że postępy na tym polu mogą doprowadzić do udoskonalenia technologii i terapii „typowych” chorób związanych z podeszłym wiekiem, a także do opracowania sposobów na zapobieganie lub opóźnianie wystąpienia takich schorzeń lub utraty umiejętności funkcjonalnych. Inne ważne innowacje poczyniono także na polu technologii informacyjno-komunikacyjnej (ICT).

Globalizacja i kryzys gospodarczy

Ogólnym czynnikiem warunkującym zmiany w świecie pracy jest globalizacja i rozwój sektora usług (w tym sektora opieki zdrowotnej), co prowadzi do: większej konkurencji, presji gospodarczej, restrukturyzacji i redukcji etatów, mniej stabilnego zatrudnienia i większej niepewności na rynku pracy, a także do bardziej intensywnej pracy pod większą presją czasu. Obecny kryzys gospodarczy stawia przedsiębiorstwa pod większą presją, a ta z kolei przekłada się na pracowników zatrudnionych w całej Unii Europejskiej. W swoim sprawozdaniu pt. „The Crisis, Hospitals and Healthcare” („Kryzys, szpitale i opieka zdrowotna”) Europejska Federacja Szpitali i Opieki Zdrowotnej (HOPE) stwierdza, że najważniejsze dla osób zatrudnionych w opiece zdrowotnej konsekwencje ograniczania zasobów w wyniku kryzysu gospodarczego są widoczne w polityce zatrudnienia oraz w reformach systemów emerytalnych, przeprowadzonych przez większość państw członkowskich UE. W pewnych przypadkach rządy wspierały tworzenie polityk ułatwiających zwalnianie pracowników przechodzących na emeryturę, a przynajmniej utrudniających ich zastępowanie, oraz ograniczających zatrudnienie nowych pracowników lub osób na zastępstwo. Inne powszechnie stosowane metody obejmowały cięcia płac – tendencją taką można było zauważyć w całym sektorze publicznym. W niektórych państwach spadek wynagrodzeń sięgnął nawet 25%, zmuszając wielu pracowników opieki zdrowotnej do wyjazdu do pracy za granicę.

Jakich nowych zagrożeń w Europie można się spodziewać w kontekście zmieniającej się sytuacji oraz aktualnego ryzyka i jaki będzie ich potencjalny wpływ na pracę oraz usługi świadczone przez pracowników sektora opieki zdrowotnej?

Najważniejsze pojawiające się i nowe zagrożenia zidentyfikowano na podstawie literatury przedmiotu oraz analizy odpowiedzi przeprowadzonego kwestionariusza.

- Można się spodziewać większej ekspozycji na stosunkowo nowe środki chemiczne, tj. nanocząsteczki, co może mieć niewiadome konsekwencje dla pracowników. Osoby pracujące z nanomateriałami muszą zachować szczególną ostrożność, wymagane są także dalsze badania nad wpływem tych materiałów.
- Ze względu na większą mobilność pacjentów, którzy coraz częściej podróżują, może się zwiększyć ich narażenie na czynniki biologiczne. Oczekiwane jest również zwiększenie narażenia na działanie różnych czynników (cząsteczek pochodzenia zwierzęcego itd.) w domach, w miarę wzrostu liczby pracowników opieki domowej.
- Narażenie na hałas i zagrożenia fizyczne (np. promieniowanie) w następstwie stosowania nowych technik medycznych (rezonans magnetyczny) może rosnąć w związku z opracowywaniem nowych urządzeń. Może to przekładać się na nowe zagrożenia dla pracowników i potrzebę prowadzenia dalszych badań nad konsekwencjami takiego narażenia.
- Dodatkowym problemem (z punktu widzenia bezpieczeństwa) może się okazać bariera językowa między poszczególnymi pracownikami oraz między pracownikami a pacjentami ze względu na imigrację.
- Spowolnienie gospodarcze może zwiększać ryzyko awarii urządzeń ze względu na ograniczenie nakładów na utrzymanie i naprawy oraz inwestycji w nowy sprzęt.
- Rosnące koszty opieki oraz ograniczenie wydatków publicznych prowadzą do zwiększonego nacisku na wydajność świadczonych w systemie usług przy jednoczesnym utrzymaniu wysokich standardów opieki.
- W rezultacie pogorszenia się sytuacji gospodarczej zamknięto niektóre szpitale, przez co pacjenci mają dostęp do mniejszej liczby placówek w swojej okolicy. Ograniczenie liczby pracowników prowadzi do konieczności zwiększenia wydajności usług, a to z kolei będzie stanowiło obciążenie dla osób pracujących w sektorze.
- Duże obciążenie pracą będzie poważnym problemem, a dodatkowo pogorszą go takie okoliczności, jak brak wyposażenia (np. urządzeń do podnoszenia) w opiece domowej oraz coraz częstsza potrzeba świadczenia długoterminowej opieki na rzecz pacjentów z chorobami przewlekłymi, np. otyłością. Na zagrożenia fizyczne nie pozostanie bez wpływu coraz szersze stosowanie narzędzi informatyczno-komunikacyjnych. Urządzenia mobilne powodują również inne zagrożenia ergonomiczne.
- Kolejnym problemem pozostanie czas pracy, jeżeli pracownicy będą musieli pracować dłużej (ze względu na większe obciążenie pracą) i jeżeli większa ich liczba (np. pracownicy domowi i osoby świadczące usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania pacjenta) będzie pozbawiona ochrony przepisów o bezpieczeństwie i zdrowiu w pracy.
- Ze względu na: ograniczenia budżetowe, restrukturyzację, brak personelu, większą liczbę pacjentów i rosący nacisk na wydajność usług konieczna może stać się intensyfikacja pracy. Wpływ na to może mieć również technologia informacyjno-komunikacyjna oraz ewentualny wzrost liczby osób zatrudnionych w więcej niż jednym miejscu. Ucierpieć mogą w związku z tym pracownicy opieki domowej oraz osoby pracujące w innych podsektorach, borykających się z problemem niedoboru siły roboczej. Restrukturyzacja w sektorze prowadzi do coraz większej niepewności zatrudnienia.
- Problemem mogą pozostać trudności w zachowaniu równowagi pomiędzy życiem prywatnym a zawodowym, co najboleśniej odczuwać będą kobiety, licznie zatrudnione w sektorze opieki zdrowotnej.
- Przemoc i nękanie, w połączeniu z emocjonalnie obciążającą pracą, to wciąż kwestie wymagające rozwiązania w tym sektorze. Specjaliści biorący udział w opracowaniu „Prognozy eksperckiej dotyczącej pojawiających się zagrożeń psychospołecznych” EU-OSHA stwierdzili, że zagrożenia te stanowią coraz poważniejszy problem, szczególnie w opiece zdrowotnej. Zagrożenia te potęgować będzie tylko coraz mocniejsza pozycja pacjentów.
- Dyrektywa nr 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej będzie miała negatywne konsekwencje dla niektórych spośród 28 państw członkowskich UE. Chociaż teoretycznie współpraca

pracowników opieki zdrowotnej przy działaniach umożliwiających mobilność pacjentów pomoże im uczyć się od siebie nawzajem oraz szkolić się w zakresie nowych procedur medycznych i podejść, to może ona mieć szereg potencjalnie negatywnych skutków dla osób zatrudnionych w sektorze. Mobilność pacjentów wpłynie na możliwości zatrudnienia oraz ilość pracy. W krajach, do których udawać się będą pacjenci, konieczne będzie zwiększenie wydajności przez zatrudnienie nowych pracowników, choć przy obecnych niedoborach siły roboczej (np. pielęgniarek) będzie to prawdopodobnie oznaczało większe obciążenie pracą już zatrudnionego personelu. Pracownicy mogą ponadto stanąć w obliczu oczekiwań i postaw odmiennych od podejścia pacjentów z ich własnego kraju, a to będzie skutkować problemami na płaszczyźnie komunikacyjnej i kulturowej, a nawet przejawami agresywnego zachowania czy napastowaniem. W krajach, z których nastąpi odpływ pracowników opieki zdrowotnej, pozostały personel będzie musiał pracować bardzo intensywnie, aby zapełnić braki, a to spowoduje u wielu osób wypalenie zawodowe oraz dużą rotację pracowników.

- Przesunięcie punktu ciężkości na opiekę domową. Biorąc pod uwagę przyszłe zmiany przepisów, które położą większy nacisk nie na opiekę instytucjonalną, lecz na pozaszpitalną, większą wagę trzeba będzie przywiązywać do bezpieczeństwa i zdrowia w pracy w sektorze opieki zdrowotnej. Osoby z patologiami nie tylko trafiają do szpitali, lecz także potrzebują opieki w domu czy w placówkach dla osób starszych. Pojawi się nacisk na lekarzy ogólnych i pracowników opieki domowej, aby przejęli więcej zadań placówek służby zdrowia wyższego szczebla.

Poza zmianami społecznymi i demograficznymi na poziomie krajowym można się w przyszłości spodziewać również innych zmian o pozytywnym wpływie na kwestie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy w sektorze opieki zdrowotnej.

Oczekiwane pozytywne zmiany

Przywiązywanie większej wagi do skaleczeń ostrymi przedmiotami

- W nowelizacjach przepisów krajowych w szerszym zakresie brane będą pod uwagę zapisy dyrektywy Rady 2010/32/UE z dnia 10.05.2010 r. w sprawie wykonywania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej.
- Po wdrożeniu tej dyrektywy można się spodziewać lepszego egzekwowania zasad bezpieczeństwa i zdrowia w pracy przez inspekcje i współpracę właściwych organów. Te same środki ostrożności w zakresie zapobiegania zranieniom ostrymi przedmiotami w sektorze zdrowia dotyczą również osób pełniących takie funkcje, jak np.: sprzątanie, utylizacja odpadów itd. Oczekuje się, że powyższe zmiany korzystnie wpłyną na usługi i jakość zapewnianej pacjentom opieki.

Zarządzanie bezpieczeństwem i zdrowiem w pracy

- Można oczekiwać, że w sektorze ochrony zdrowia pracować będzie więcej specjalistów w dziedzinie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy. Większa liczba takich ekspertów w szpitalach (czy w innych placówkach) i danie im możliwości wprowadzania zmian (np. przez nacisk na zapewnienie programów szczepień ochronnych, wsparcie i pomoc dla niepełnosprawnych pracowników, zapewnianie programów rehabilitacyjnych itd.) powinno znacznie poprawić bezpieczeństwo i zdrowie personelu w pracy.
- Aktualnie toczą się dyskusje na temat tego, jak lepiej zintegrować opiekę zdrowotną i społeczną, osiągając w ten sposób ich lepszą jakość. Jakość usług i ich wyniki poprawić może wprowadzenie tzw. wirtualnych szpitali, dzięki którym wiele elementów podejmowanej terapii można przeprowadzić w domach starszych pacjentów.
- Ścisła integracja zagrożeń klinicznych i tych z zakresu bezpieczeństwa i zdrowia w pracy może pozwolić na poprawę zarządzania nimi.

Przepisy prawne i kontrola

- Można się spodziewać przestrzegania ram prawnych, wzmocnienia organów kontrolnych i zwiększania świadomości.

Dalsze badania i praktyka

Konieczne jest przeprowadzenie dalszych badań, aby lepiej poznać wpływ działań w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy na: konkretne zagrożenia oraz grupy pracowników i zawodów, interakcje pomiędzy zagrożeniami, interakcje pomiędzy bezpieczeństwem i zdrowiem w pracy a jakością opieki oraz możliwy wpływ systemów opieki zdrowotnej na zagrożenia, działania w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy i ich wyniki.

Zalecenia dotyczące badań

- Na poziomie Unii Europejskiej brak jest porównywalnych nowych danych na temat warunków pracy, ekspozycji oraz wpływu działań w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy na konkretne zagrożenia, grupy pracowników i grupy zawodowe w sektorze opieki zdrowotnej. Potrzeba bardziej szczegółowych danych, aby umożliwić priorytetowe traktowanie konkretnych zagrożeń i grup pracowników narażonych na największe ryzyko.
- Informacje na temat wpływu obecnych tendencji i zagrożeń na jakość opieki nad pacjentami są ograniczone – potrzeba dalszych badań nad wzajemnym oddziaływaniem bezpieczeństwa i zdrowia w pracy i jakości opieki.
- Nie zbadano dotąd wystarczająco wpływu połączonych zagrożeń na personel opieki zdrowotnej. Potrzebne są dalsze badania w tym zakresie, skupiające się m.in. na interakcjach pomiędzy zagrożeniami ergonomicznymi i psychospołecznymi.
- Choć można twierdzić, że sprawność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jest powiązana z kwestią bezpieczeństwa i zdrowia w pracy personelu, brak jest konkretnych badań skupiających się na tych relacjach w skali makro. Interesujące byłoby przeprowadzenie dalszych badań na ten temat. Korzystne byłoby np. przeanalizowanie wpływu działań związanych z wydajnością i profilaktyką na jakość opieki oraz bezpieczeństwo i zdrowie w pracy na różnych poziomach (np. na poziomie organizacji czy kraju).

Kierunki działań praktycznych

- Potrzebnych jest więcej praktycznych inicjatyw na poziomie krajowym w celu poprawy warunków pracy osób świadczących opiekę domową – na podstawie kwestionariusza udało się wskazać stosunkowo niewiele takich działań. Dotyczy to zarówno formalnych, jak i nieformalnych opiekunów. Szczególnie na temat tych drugich informacji jest stosunkowo niewiele.
- Należy bliżej przyjrzeć się możliwościom wymiany wiedzy (np. w formie przykładów najlepszych praktyk) na temat higieny pracy.
- Ze względu na starzenie się siły roboczej może pojawić się większa potrzeba podejmowania działań w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy, które uwzględniałyby warunki pracy oraz wpływ zagrożeń na starszych pracowników. Działania takie mogłyby obejmować wszystkie grupy wiekowe.
- Ważne jest stworzenie odpowiedniej polityki w celu zachowania równowagi pomiędzy życiem zawodowym a osobistym oraz zmniejszenia różnic w wynagrodzeniach kobiet i mężczyzn.
- W związku z coraz częstszą migracją pracowników opieki zdrowotnej mogą pojawić się większe bariery językowe i kulturowe w miejscu pracy. Kwestiom tym należy poświęcić więcej uwagi, zapewniając przy

tym prawidłową i jasną komunikacją dotyczącą kwestii bezpieczeństwa i zdrowia w pracy. Pożądane jest zapewnienie jednakowych warunków pracy i standardów jakości.

- W kontekście obecnej sytuacji gospodarczej należy stale podkreślać korzyści płynące z zapewnienia bezpieczeństwa i zdrowia w pracy, np. przez posługiwanie się przykładami praktycznymi, by pokazać wartość dodaną, jaką tworzy dobre zarządzanie w tym zakresie.
- Pojawianie się nowych technologii, takich jak telemedycyna oraz nowych systemów informacyjno-komunikacyjnych wymaga stałego szkolenia pracowników. Powiązane z tym zagadnieniem zagrożenia powinny być brane pod uwagę w ocenie ryzyka. Podczas projektowania nowych aplikacji i technologii należy uwzględnić kwestie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy.
- Do poprawy warunków pracy mogą przyczynić się również nowe technologie, np. rozwiązania z dziedziny robotyki czy egzoszkielety. Interesujące byłoby zbadanie dodatkowych możliwości w tym zakresie (np. jeżeli chodzi o opiekę nad pacjentem w jego domu).

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA) przyczynia się do uczynienia Europy bezpieczniejszym, zdrowszym i bardziej wydajnym miejscem pracy. Agencja zajmuje się badaniem, opracowywaniem i rozpowszechnianiem rzetelnych, zrównoważonych i obiektywnych informacji na temat bezpieczeństwa i zdrowia oraz organizuje ogólnoeuropejskie kampanie informacyjne w tym zakresie. Agencja została ustanowiona przez Unię Europejską w 1996 r., a jej siedziba mieści się w Bilbao w Hiszpanii. Skupia ona przedstawicieli Komisji Europejskiej, władz państw członkowskich, organizacji pracodawców i pracowników, a także wiodących ekspertów ze wszystkich państw członkowskich UE i z innych krajów.

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy

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

E-mail: information@osha.europa.eu

<http://osha.europa.eu>

