



**ZARZĄDZANIE
ZDROWIEM
I BEZPIECZEŃSTWEM
W MIEJSCU PRACY**

**Program
dla Pielęgniarek**



Tytuł oryginalny: **Occupational Health and Safety Management Programme for Nurses**

© Copyright by International Council of Nurses (ICN)



© Copyright for the Polish edition by **POLSKIE TOWARZYSTWO
PIELĘGNIARSKIE (PTP) Warszawa 2007**



Opracowanie:

Elaine M. Papp RN, MSN, COHN-S/CM

dla

Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (International Council of Nurses - *ICN*)

Tłumaczenie i opracowanie merytoryczne (wiernie z oryginałem):

Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz - mgr pielęgniarstwa, specjalista medycyny społecznej
i pielęgniarstwa w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących

Wszystkie prawa, włącznie z tłumaczeniem na inne języki, są zastrzeżone. Żadna część tej publikacji nie może być reprodukowana w żaden sposób bez pisemnej zgody ICN. Krótkie (liczące poniżej 300 słów) fragmenty mogą być reprodukowane bez autoryzacji, pod warunkiem wskazania źródła.

Prawa chronione przez ICN (Międzynarodową Radę Pielęgniarek)

3, place Jean-Marteau, 1201 Genewa, Switzerland, tel. 41 22 908 01 00, 41 22 908 01 01, E-mail: icn@icn.ch, www.icn.ch

ISBN-92-95040-83-X

Druk: Impromerie Farnara

Warszawa, listopad 2007

SPIS TREŚCI

ZARZĄDZANIE ZDROWIEM I BEZPIECZEŃSTWEM W MIEJSCU PRACY PROGRAM DLA PIELEŃNIAREK

INFORMACJA O AUTORCE	3
WPROWADZENIE	4
CZYNNIKI RYZYKA ZAWODOWEGO I ICH WPŁYW NA PIELEŃNIARKI I ICH PACJENTÓW	6
RAMOWY PROGRAM ZARZĄDZANIA ZDROWIEM I BEZPIECZEŃSTWEM W MIEJSCU PRACY	10
PRAWA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA ZDROWIE I BEZPIECZEŃSTWO	16
REKOMPENSATY DLA PIELEŃNIAREK POSZKODOWANYCH W PRACY	19
ZAKOŃCZENIE	20
ŹRÓDŁA INFORMACJI	21
ZAŁĄCZNIK A - WYKAZ CHOROÓB ZAWODOWYCH WEDŁUG ILO	25
ZAŁĄCZNIK B - PLAN BEZPIECZNEJ OPIEKI - OPIS PRZYPADKU	28
ZAŁĄCZNIK C - STANOWISKO ICN W SPRAWIE ZDROWEJ I BEZPIECZNEJ PRACY PIELEŃNIAREK	31

INFORMACJA O AUTORCE

Elaine M. Papp, Rn, MSN, COHN-S/CM, członek wielu towarzystw, jest między innymi specjalistką z pielęgniarstwa w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących (w medycynie pracy) i specjalizuje się w organizowaniu i zarządzaniu systemem opieki zdrowotnej w miejscu pracy.

Pracuje w dla wielu instytucji przemysłowych, działa w rządowych i pozarządowych organizacjach USA zajmujących się bezpieczeństwem i zdrowiem w miejscu pracy.

Angażuje się także w pracach międzynarodowych organizacji, poświęcając dużo czasu *WHO* i *ICN* (tu - na przykład na rzecz pielęgniarek walczących z gruźlicą).

E. M. Papp brała udział w planowaniu w roku 2005 Amerykańsko-Europejskiej Konferencji na temat Bezpieczeństwa i Zdrowia w Miejscu Pracy.

Obecnie autorka opracowuje dla potrzeb *ILO* Program Poprawy Warunków Pracy w Małych Firmach.

WPROWADZENIE

Pielęgniarki z powodu narażenia na czynniki ryzyka zawodowego zapadają na choroby, ponoszą ryzyko urazów, wypadków w miejscu pracy i stają się niezdolne do pracy. Ogólnospołecznym skutkiem tego jest utrata personelu - członków zespołu opieki zdrowotnej, co rzutuje na obserwowany już kryzys personelu pielęgniarskiego, a tym samym - na pogorszenie się stanu zdrowia populacji całego świata. Straty te są zbędne i poważnie osłabiają realizację Milenijnych Celów Rozwoju Narodów Zjednoczonych (*MDG*), co niepomyślnie również oddziałuje na zdolność do stawienia czoła potrzebom podstawowej opieki zdrowotnej, zdefiniowanej w roku 1978 przez *WHO/UNICEF* w Deklaracji z *Atma Aty* (*WHO* 1978).

Międzynarodowa Organizacja Pracy (*ILO - International Labor Organization*) podkreślała potrzebę zapewnienia bezpieczeństwa i zdrowia w miejscu pracy dla pielęgniarek trzydzieści lat temu (Konwencja *ILO* 157 i towarzyszące jej Zalecenia 147 z roku 1977). Światowe Zgromadzenie Zdrowia (*WHA*) od roku 1979 podkreśla wartość pracy pielęgniarek dla społeczności świata i potrzebę spotęgowania świadczeń pielęgniarek i położnych, włącznie z zapewnieniem im bezpiecznego i zdrowego środowiska pracy (*WHA* 36.11, 42.27, 45.5, 49.12 i 54.12). Międzynarodowe, krajowe i lokalne organizacje oraz wiele rządów jest zachęcanych do wprowadzania środków i regulacji prawnych chroniących pielęgniarki.

Niezależnie od rządowych oświadczeń o zapewnieniu programów dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa, pielęgniarki na całym świecie są nadal narażone na poważne czynniki ryzyka zdrowotnego w miejscu pracy. Wiele społeczeństw nie respektuje zaleceń *ILO* dotyczących „poprawy istniejących regulacji prawnych dotyczących bezpieczeństwa i zdrowia w pracy i adaptowanie ich w odniesieniu do szczególnych warunków i środowiska pracy pielęgniarek” (*ILO* 1977). Wielu pracodawców zakładów opieki zdrowotnej ubolewa, że nie może pozwolić sobie na programy zdrowia i bezpieczeństwa oraz indywidualne środki ochrony czy bezpieczne techniki medyczne.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (*ICN*) jest przekonana, że utyskiwania te są krótkowzroczne, gdyż koszty sprowadzają się nie tyle do braku zabezpieczenia zdrowotnego pielęgniarek, ale do utraty tego personelu w ogóle.

Brak programów dotyczących ochrony zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa w środowisku zakładów opieki zdrowotnej nie może być dłużej ignorowany w dobie wzrastających potrzeb zdrowotnych i krytycznego braku praktykujących pielęgniarek.

ICN promuje bezpieczne środowisko pracy, umożliwiające poprawienie jakości opieki i świadczeń pielęgniarskich. Wierzymy, że rządy, społeczeństwa, krajowe towarzystwa pielęgniarskie (*NNA*), pracodawcy zakładów opieki zdrowotnej i pielęgniarki muszą współpracować razem dla rozwoju kultury dotyczącej zrozumienia i doceniania zdrowia i bezpieczeństwa w systemie opieki zdrowotnej.

**Wskazówki ICN dotyczące
skutecznych programów zdrowia i bezpieczeństwa dla pielęgniarek:**

1. *Dyskutować na forum światowym o niezdrowym i niebezpiecznym wpływie środowiska pracy na zdrowie pielęgniarek i ich pacjentów;*
 2. *Systematycznie prezentować i przybliżyć zagadnienia dotyczące zabezpieczenia pielęgniarek w miejscu pracy przed negatywnym wpływem szkodliwych czynników, z wykorzystaniem programów dotyczących poprawy warunków pracy;*
 3. *Określać prawa i odpowiedzialność pielęgniarek w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa w każdym miejscu i na wszystkich stanowiskach pracy, włączając praktykujące pielęgniarki (w tym - indywidualnie), pielęgniarską kadrę kierowniczą, pracodawców, krajowe towarzystwa pielęgniarskie i społeczeństwo;*
 4. *Podejmować wysiłki zmierzające do uzyskiwania rekompensat przez pielęgniarki, które uległy wypadkom w pracy lub zachorowały z powodu narażenia na ryzyko zawodowe.*
-

Dbając skutecznie o bezpieczne środowisko pracy pielęgniarek odczuje się korzystny wpływ realizacji prozdrowotnych programów w miejscu zatrudnienia na cały system opieki zdrowotnej - pacjentów, personel medyczny, jak i pracodawców.

CZynniki RYZYKA ZAWODOWEGO I ICH WPŁYW NA PIELĘGNIARKI ORAZ ICH PACJENTÓW

Udział pielęgniarek w zdrowiu społeczeństw

Pielęgniarki są główną grupą personelu, zapewniającą podstawową opiekę zdrowotną na wszystkich poziomach, są łącznikami między pacjentami, rodzinami, społecznościami a resztą systemu opieki zdrowotnej.

Pracując z pozostałymi członkami zespołu medycznego i przedstawicielami innych sektorów, pielęgniarki ukazują nowe i lepsze sposoby utrzymania zdrowia lub jego poprawy, zapobiegania chorobom i niepełnosprawności. Pielęgniarki poprawiają dostępność opieki zdrowotnej i mają bezpośredni wpływ na jej jakość.

Stanowisko ICN: Pielęgniarstwo i Podstawowa Opieka Zdrowotna, 2000

Pielęgniarki są „trzonem” zdrowia świata. Ich praca odbywa się w różnych miejscach, takich jak: szpital, domy opieki pielęgniarskiej, gabinetach lekarskich, klinikach, szkołach, zakładach przemysłowych, domach pacjentów, centrach opieki dziennej, włącznie z przytułkami, schroniskami i tak dalej. Pracują na wsiach i w miastach, udzielając pacjentom świadczeń o szerokim zasięgu: zapewniając podstawową opiekę, uczą pacjentów samoopieki, dbają o polepszenie zdrowia społeczeństwa, organizują szczepienia, wywierają nacisk na rządy celem zapewnienia właściwej polityki zdrowotnej. Reasumując, pielęgniarki nie tylko zapewniają bezpośrednią opiekę pacjentom, ale także odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu urazom i zachorowaniom, które wymagają i medycznej interwencji lub hospitalizacji.

„Pielęgniarki są energiczne. Realizacja Milenijnych Celów Rozwoju (MGD) nie może odbywać się bez nich. Pielęgniarki i położne są żywotnymi zasobami umożliwiającymi osiągnięcie celów zdrowotnych.

Jeśli chcemy odnieść sukces poprzez wpływanie na poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, konieczna i pilna jest nasza aktywność w przewyżnianiu problemów, które poważnie uniemożliwiają udział naszych świadczeń w zapewnieniu lepszego zdrowia dla wszystkich.”

Dr Gro Harlem Bruntland, former Director General of WHO, WHO 2002 Group Nursing and Midwifery Group Report Strategic Direction for Nursing and Midwifery: 2002-2008, p.vii.

MDG* 1: Zniesienie ubóstwa i głodu. Pielęgniarki rozumieją związek między ubóstwem, chorobami i śmiertelnością. Służą one biednym ze schronisk; w obozach w Somalii; bezdomnym ludziom na ulicach Toronto, w Kanadzie.

MDG 3. Promowanie równouprawnienia kobiet. Pielęgniarki służą dziewczętom i kobietom na świecie ucząc je roli czystej wody i odżywiania dla zachowania zdrowia.

MDG 4. Redukowanie śmiertelności dzieci. Pielęgniarki rozumieją i to, że dzieci są naszą przyszłością. To one szczepią dzieci na całym świecie i uczą ich rodziców czystości, higieny i między innymi konieczności wczesnego leczenia biegunek.

MDG 5. Poprawienie zdrowia matek. Pielęgniarki pracują z nastoletnimi ciężarnymi, ucząc je, jak dbać o siebie w czasie ciąży i po urodzeniu dziecka. Pielęgniarki i

położne na całym świecie zapewniają czystość i bezpieczeństwo noworodkom tysiącom kobiet dziennie.

MDG 6. Zwalczenie HIV/AIDS, malarii i innych chorób. Pielęgniarki opiekują się ludźmi na całym świecie, w każdym miejscu, poczynając od klinik amerykańskich po przemierzanie wielu kilometrów dziennie do odosobnionych chorych na AIDS w Południowej Afryce. Są również zaangażowane emocjonalnie, trzymając za ręce obłożnie chorych pacjentów, ułatwiając ich rodzinom zrozumienie istoty ich choroby, zasad opieki zdrowotnej, oferując także elementy humanistyczne.

** MDG Milenijne Cele Rozwoju Narodów Zjednoczonych (przyp. tłum.)*

Wpływ niebezpiecznych i niezdrowych warunków pracy na pielęgniarki

Chociaż pielęgniarki są niezbędne dla zachowania zdrowia populacji świata, są one same często narażone na niebezpieczeństwo. Określając ogólnie, pielęgniarki są ekspozowane każdego dnia na różne ryzyko zdrowotne i takie czynniki szkodliwe, jak:

- Biologiczne, na przykład choroby: gruźlica, HIV/AIDS, SARS;
- Ergonomiczne, w tym dźwiganie ciężarów;
- Psychospołeczne - stres, agresja, przemoc;
- Chemiczne - na przykład glutaraldehyd, tlenek etylenu
- Fizyczne - promieniowanie, potknięcie się, upadki.

Praca w resorcie ochrony zdrowia jest ryzykowna. W roku 2003 pracownicy tego sektora w USA byli ofiarami i częściej byli nieobecni w pracy z powodu urazów, wypadków w pracy i chorób niż na przykład pracownicy budownictwa i innych branż (US DOL 2003). W roku 1997 w Szwecji i Niemczech liczba stwierdzonych chorób zawodowych związanych z zaniedbaniami wobec pracujących w ochronie zdrowia wzrosła przeciętnie z 3 do 4 na 1000 pracowników. Większość stanowiły choroby skóry i urazy układu mięśniowo-kostnego (Hasselhorn, Toomingas and Lagerstrom 1999, p.2).

Ekspozycja pielęgniarek na czynniki biologiczne, takie jak HIV, WZW typu B i C ma poważne skutki. Liczba urazów i zachorowań wśród pielęgniarek wzrasta, a w krajach rozwijających się dane te nie są w pełni dostępne i kompletne, na przykład w obszarze temat liczby zakłuć igłami i infekcji krwiopochodnych. W krajach, gdzie jest najbardziej rozpowszechniony HIV, przeciętnie u pielęgniarki dochodzi do 2-4 zakłuć igłą w ciągu roku, skutkiem czego wzrasta możliwość zainfekowania HIV, wirusami WZW typu B lub C. Badania nad zdrowiem pracowników ochrony zdrowia w trzech szpitalach indyjskich dowodzą, że 60% ze 100 badanych (35 z nich było pielęgniarkami) potwierdza kontakt z krwią (bez stosowania ochron osobistych), który zdarza się w każdym tygodniu, od „wielu razy” do „zawsze”. Dziewięć z 35 badanych pielęgniarek potwierdzało u siebie codzienne urazy z powodu ostro zakończonych narzędzi lub pękniętego szkła, nie stosując osobistego wyposażenia ochronnego (PRIA 2005). Nadal kontynuowane są badania kosztów chorób powstałych wskutek tych ekspozycji zawodowych. W niektórych krajach Afryki i Azji blisko połowa wszystkich infekcji WZW typu B i C wśród pielęgniarek jest spowodowana urazami ostrymi narzędziami. Po wprowadzeniu w krajach rozwijających się działań zapobiegających ukłuciom igłami zachorowalność na WZW spadła do ok. 10%. Wyniki te podkreślają wartość programów profilaktycznych w resorcie ochrony

zdrowia (Priuis-Utin, Rapiti and Hutin 2003).

Poza szkodliwymi czynnikami biologicznymi, kolejnym problemem są choroby układu mięśniowo-szkieletowego (*MSD*), które związane są z charakterem pracy pielęgniarek: ręcznym podnoszeniem pacjentów, mającym także wpływ na wysoką chorobowość pielęgniarek i znamienne utratę dni pracy. Analiza epidemiologiczna w roku 1990 absencji i roszczeń w Anglii, Danii, USA oraz Izraelu pokazuje, że pielęgniarki otrzymywały pięciokrotnie częściej od kasjerów odszkodowania z powodu dolegliwości ze strony kręgosłupa (Harber 1990). Badania wśród pielęgniarek i nauczycieli w Ghanie wykazały, że pielęgniarki miały 21 razy częściej bóle dolnego odcinka kręgosłupa niż nauczyciele (Dolvo 2005). Z 844 pielęgniarek wypełniających kwestionariusz w Japonii 85,5% cierpiało z powodu *MSD* w ciągu ostatnich 12 miesięcy (Smith, Mihasi, Adachi, Koga and Isitake 2006).

Z kolei psychospołeczne czynniki, takie jak na przykład przemoc, także mają wpływ na zawód pielęgniarski. W roku 2003 - 73,5% z 200 pielęgniarek-responentek jednego ze stanów w Australii stwierdzało wypadki przemocy w ciągu dwunastu miesięcy poprzedzających badania. Incydenty przemocy dotyczyły między innymi werbalnych zniewag, gróźb, *bullyingu* (przemocy ze strony przełożonych - przyp. tłum.); 37 pielęgniarek donosiło o napaści fizycznej (Mayhew and Chappell 2003). Ostatnie badania 200 tysięcy lekarzy i pielęgniarek ze 130 ogólnych szpitali w Holandii wskazują, że 90% z nich ucierpiało z powodu psychicznej lub fizycznej przemocy, 78% doświadczyło seksualnej przemocy a ponad 50% szpitalnego personelu spotkało się z groźbami z użyciem broni (Franx 2005).

Statystyki te mają też realne konsekwencje. Wiele pielęgniarek doznaje urazów i choruje wskutek ekspozycji na szkodliwości w miejscu pracy i odchodzi z zawodu. Obecnie młodzież nie garnie się do zawodu pielęgniarskiego, bojąc się zarażenia poważnymi chorobami. Stosownie do badań przeprowadzonych w USA - 75, 8% badanych pielęgniarek mówiło o niebezpiecznych warunkach pracy mających wpływ na ich zdolność do świadczenia wykwalifikowanej opieki. Osiemdziesiąt osiem procent wskazywało, że warunki pracy mają wpływ zarówno na ich decyzje o rodzaju wykonywanej pracy, jak i na decyzje o tym, czy będą ją kontynuować w ogóle (Houle 2001, p.6).

Wpływ na bezpieczeństwo pacjenta

Pielęgowanie jest niepodzielnie związane z bezpieczeństwem pacjenta. Praca w trudnych warunkach i nieodpowiednia liczba personelu zwiększa ryzyko popełniania błędów.

Institute of Medicine of the National Academies Report "Keeping Patients Safe, Transforming the Work Environment of Nurses (IOM 2003, Stone 2004).

Badania w USA pokazały, że zwiększenie dostępności do opieki sprawowanej przez dyplomowane pielęgniarki ma wpływ na obniżenie wskaźników infekcji dróg moczowych, redukcję krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego, a także na mniejszą liczbę wypadków zapalenia płuc i gorączki pourazowej, zatrzymań krążenia, sepsy czy zakrzepowego zapalenia żył (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart and Zelevinsky 2002). „Dodatkowo przydzielona pielęgniarka do opieki nad pacjentem zmniejsza prawdopodobieństwo śmierci o ponad o połowę” (Curtin 2006, s. 6). Liczne badania w USA potwierdziły też istniejący związek między zbyt dużym obciążeniem personelu pielęgniarskiego a upadkami wśród pielęgniarek i pacjentów (Aiken, et. al. 2002; Aiken et. al. 2003; Steinbrook, 2002; Sulmasy and McIlvane, 2002; Unruh, 2003). Ponadto, wysoki wskaźnik upadków pielęgniarek jest bardzo

kosztowny. Badanie w zakładach notujących wysoki wskaźnik upadków wśród pielęgniarek wykazało, że instytucje te ponoszą o 36% wyższe koszty związane z absencją chorobową personelu niż szpitale z niższymi liczbami upadków wśród pracowników (Gelinas and Bohlen 2002). Pracodawcy uważają jednak, że ochrona zdrowia i bezpieczeństwa pielęgniarek jest zbyt kosztowna.

Brak zabezpieczeń pielęgniarek przed urazami ma wpływ na opiekę nad pacjentem. Czynniki ryzyka mają też niepomyślny wpływ na utrzymanie i właściwą rekrutację pielęgniarek do pracy, częściej prowadzą do pomyłek, zagrażając bezpieczeństwu pacjenta i negatywnie oddziałując na wyniki leczenia. Dowodzi to oczywiście, że bezpieczeństwo pacjenta i efekty leczenia są związane z takimi czynnikami, jak liczba personelu, organizacja i jakość opieki zdrowotnej w danym zakładzie (Pronovost 1999; Pronovost 2002 as cited in PAHO). Jednym z tych czynników są odpowiednie programy bezpieczeństwa (PAHO 2006).

Minimalizowaniu ponoszonych kosztów niebezpiecznego środowiska pracy dla pielęgniarek i ich pacjentów oraz pracodawców i społeczeństwa sprzyja szeroko rozumiana kultura prozdrowotna, która wyznacza strategię postępowania; jedna z nich jest opisana poniżej.

RAMOWY PROGRAM ZARZĄDZANIA ZDROWIEM I BEZPIECZEŃSTWEM W MIEJSCU PRACY

Systematyczne zainteresowanie i zarządzanie zdrowiem oraz bezpieczeństwem w pracy wprowadzono w roku 1980 i jest ono akceptowaną metodą wykorzystywaną w różnych miejscach pracy, łącznie z sektorem ochrony zdrowia. W roku 1993 Amerykańska Organizacja do spraw Bezpieczeństwa i Zdrowia w Miejscu Pracy opublikowała Ramowy Program Bezpieczeństwa i Zdrowia w Środowisku Szpitalnym (U.S. DOL, OSHA 1993). Później Międzynarodowa Organizacja Pracy (*ILO*) wydała ogólny przewodnik po systemach zarządzania bezpieczeństwem i zdrowiem w pracy (2001), podczas gdy Amerykańska Organizacja Zdrowia (PAHO) ostatnio opublikowała przewodnik zatytułowany: Zdrowie i Bezpieczeństwo Pracowników Ochrony Zdrowia; podręcznik dla kierownictwa i zarządzających (2006). Europejska Agencja Zdrowia i Bezpieczeństwa w Pracy przeprowadziła i opublikowała badania pod tytułem: Zastosowanie systemów zarządzania bezpieczeństwem i zdrowiem w krajach członkowskich UE. Dokument ten definiuje elementy tego systemu, cytuje wiele przykładów z różnych sektorów, włącznie z domową opieką, i ukazuje, jak wiele krajów UE promuje systemy zarządzania zdrowiem i bezpieczeństwem w miejscu pracy. Dużo z poniższych informacji pochodzi z wymienionych źródeł.

Strukturę programu, służącą zidentyfikowaniu i kontroli czynników ryzyka w miejscu pracy, tworzą jej cztery elementy składowe:

1. Zaangażowanie zarządzających;
2. Udział pracowników;
3. Pisemny program zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy;
4. Dobrze zorganizowany komitet do spraw zdrowia i bezpieczeństwa.

(U.S.DOL, OSHA, 1993, p.3; European Agency for Safety and Health at Work 2002; ILO 2001, PAHO 2006)

Elementy te służą jako wytyczne dla sześciu głównych **funkcji** programu:

1. Szacowanie czynników ryzyka na stanowisku pracy;
2. Zapobieganie i kontrolowanie czynników ryzyka;
3. Kształcenie, edukacja pracowników;
4. Rejestrowanie, gromadzenie danych;
5. Przegląd i ewaluacja programu;
6. Kontynuacja i stałe ulepszanie procesu.

Łącznie, struktura i funkcje są podstawą działań na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa, które powinny być zintegrowane w codziennej realizacji programu.

Struktura programu

1. Zaangażowanie zarządzających

Chociaż pracodawcy są odpowiedzialni za stosowanie się do ustalonych przepisów, to ich zaangażowanie realizacją programów zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy wymaga o wiele więcej niż istniejące regulacje prawne. Zobowiązanie zarządzających jest podstawą tworzenia skutecznych programów zdrowia i

bezpieczeństwa poprzez przeznaczanie organizacyjnych środków (zarówno kadrowych, jak i finansowych) i motywowanie ludzi do tego programu (PAHO 2006). „Zarządzający muszą być w pełni zaangażowani w przejawianiu inicjatywy i dostarczaniu koniecznych środków” (European Agency for Safety and Health at Work 2002, p.1). Zarządzający muszą jasno określić politykę postępowania i podjąć konieczne działania celem wprowadzenia lub zapewnienia realizacji tej strategii. Same słowa nie są wystarczające dla zapewnienia o zaangażowaniu; jeśli na przykład istnieje zasada: „bez dźwigania”, a brak jest urządzeń pomocniczych, to taka taktyka zarządzającego nic nie znaczy. W rezultacie pielęgniarki nie pracują w bezpiecznym środowisku i nadal występują u nich urazy kręgosłupa.

2. Udział pracowników

Zaangażowanie osób kierujących programem jest rzeczywiste, kiedy cały personel jest włączany w szacowanie, selekcję i kontrolę czynników ryzyka i ocenianie realizacji programu. Angażowanie pracowników w te procesy zachęca i motywuje ich do aktywniejszego udziału w osiąganiu celów programu (U.S. DOL, OSHA 1993, p.2) oraz zwiększa ich zgodność z zaleceniami bezpieczeństwa i zdrowia. Zaangażowanie pracowników jest szczególnie ważne w opiece zdrowotnej, gdzie dodatkowo musi być rozważane bezpieczeństwo i pielęgniarek, i pacjentów. Pielęgniarki znają najlepiej potrzeby swoich pacjentów, one też rozumieją duży wpływ relacji między personelem a pacjentem i są w stanie pomóc w doborze najbardziej bezpiecznych metod ochrony, dostosowanych do potrzeb obu stron interakcji. Udział pracowników sprowadza się do przygotowania i umożliwienia pielęgniarkom wykorzystania czasu i środków zapewniających im aktywny udział w procesie organizowania, planowania, wprowadzania i oceniania oraz ulepszania systemu zarządzania zdrowiem i bezpieczeństwem w miejscu pracy (ILO 2001, p.7). Istotne jest też i to, by pielęgniarki były zachęcane przez kierujących do udziału w programie i sugerowania zmian oraz innych inicjatyw. Uwzględnianie tych sugestii przez pracodawców jest warunkiem uzyskania efektów programu. W razie ignorowania wartościowych uwag i propozycji pracowników programy te zawiodą, a pielęgniarki mogą stracić inicjatywę do udziału w programie.

3. Pisemny program zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy

W pisemnym programie zdrowia i bezpieczeństwa udokumentowane są wytyczne do przyszłych działań przez określenie ich jasnych celów, określone w nim jest zobowiązanie do bezpiecznego i w pełni zdrowego środowiska pracy oraz są tu zawarte informacje o podjętych środkach prozdrowotnych. Pisemny program określa odpowiedzialność całego personelu na każdym stanowisku i zawiera procedury służące identyfikowaniu, szacowaniu ryzyka oraz doborowi odpowiednich środków kontrolnych (U.S. DOL, OSHA 1993; *European Agency for Safety and Health at Work* 2002; ILO 2001; PAHO 2006). Program jest często pisany wspólnie przez pracodawców i komitet ds. zdrowia i bezpieczeństwa.

4. Silny Komitet do spraw Zdrowia i Bezpieczeństwa

Jak zanotowała Europejska Agencja ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (2002, p.1), „pracownicy muszą brać udział w programie od początku albo bezpośrednio, albo poprzez swoich reprezentantów, jak na przykład komitety do spraw zdrowia i

bezpieczeństwa w miejscu pracy”. Komitet taki składa się z personelu i kierownictwa i jest stałą grupą współpracującą przy identyfikacji i rozwiązywaniu problemów wewnętrzzakładowych. Chociaż komitet jest odpowiedzialny za zalecanie stosownych działań korygujących, nie jest on odpowiedzialny za ich realizację. To pracodawca ponosi ostateczną odpowiedzialność za zdrowie i bezpieczeństwo (*European Agency on Safety and Health at Work 2002; ILO 2001; PAHO 2006; U.S. DOL 1993*).

Wielkość i zadania zakładu determinują wielkość i złożoność komitetu. Ogólne zalecenia wobec składu komitetu dotyczą włączenia doń kierownictwa i personelu. Więcej niż połowę członków powinny stanowić pielęgniarki, reprezentujące różne stanowiska i funkcje w różnych od/działach danego zakładu (*PAHO 2006*).

Funkcje Programu Zdrowia i Bezpieczeństwa

1. Ocena szkodliwości w miejscu pracy „szacowanie ryzyka wymaga przeprowadzenia jego identyfikacji i określenia potencjalnych problemów” (*European Agency for Safety and Health at Work 2002, p.1*). Ocena szkodliwości na stanowisku pracy jest pierwszym krokiem przy realizacji programu zdrowia i bezpieczeństwa. Jest to proces wykorzystywany do identyfikacji występujących i potencjalnych szkodliwych czynników oraz pracowników, którzy mogą być na nie narażeni. Na ocenę stanowisk pracy często składa się przegląd odpowiedniej literatury, identyfikacja rodzaju czynników szkodliwych, przeprowadzanie kontroli stanowisk pracy i analiza danych (*U.S. DOL, OSHA 1993, p.7*).

Przegląd literatury dostarcza wiedzy koniecznej do identyfikacji szkodliwości zawodowych i skutków ich oddziaływania. Służy temu też zapoznanie się z Wykazem Chorób Zawodowych *ILO (ZAŁĄCZNIK A)*, z których wiele dotyczy pracujących pielęgniarek.

Wykaz chorób zawodowych był po raz pierwszy wprowadzony w roku 1964, w jednej z konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy - *ILO*, i jest regularnie uaktualniany (ostatnio w roku 2005) przez trójstronną grupę ekspertów - reprezentantów rządów, organizacji pracodawców i pracowników. Przeznaczeniem wykazu jest poprawa procedury rozpoznawania, zgłaszania i rejestrowania wypadków i chorób zawodowych celem wykrywania ich przyczyn, wzmocnienia środków profilaktycznych i - w razie wypadków i chorób zawodowych - poprawienia procesu dokumentacyjno-odszkodowawczego (*ILO 2002*).

Po uzyskaniu informacji z literatury - kontrola miejsc pracy może być dokonana poprzez:

- podział zakładu na poszczególne działy i ocenianie ich pod względem rodzajów czynników szkodliwych tam występujących, na przykład na sali operacyjnej, w pralni czy w pomieszczeniach przeznaczonych do opieki nad pacjentem
- badanie czynników w połączeniu z procesem, na przykład przemieszczanie pacjentów, chemiczna sterylizacja wyposażenia lub
- ocenianie szkodliwości związanych ze szczególnymi czynnościami czy zakładem pracy, na przykład bezpośrednia opieka pielęgniarska w oddziałach intensywnej opieki czy pielęgniarka pracująca w klinice przeciwgruźliczej.

Wykorzystanie wszystkich trzech metod w kombinacjach często jest najlepsze i zapewnia bardziej rozległą ocenę, pod warunkiem że personel wystarczająco dobrze realizuje nadzór.

Do oceny ryzyka zawodowego można także włączać monitoring narażeń, często zwany monitoringiem środowiskowym, lub osobistą, indywidualną kontrolę wycinkową. Jest to pobieranie próbek powietrza celem sprawdzenia, czy pielęgniarki wdychają szkodliwe zanieczyszczenia, takie jak na przykład ulatniające się gazy anestetyczne do znieczuleń. Profesjonaliści od spraw zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy powinni analizować wyniki monitorowania każdego narażenia.

2. Kontrola i zapobieganie ryzyku

Po zidentyfikowaniu ryzyka obecnego w miejscu pracy, można wybrać metodę jego eliminacji lub kontroli przy użyciu listy kontrolnej - systemu rozpoznającego, który kategoryzuje i porządkuje kontrolę ryzyka od najbardziej do najmniej skutecznej - patrz Tabela 1.

Przy wyborze najlepszej metody kontroli muszą być wzięte pod uwagę najpoważniejsze konsekwencje ekspozycji na narażenia, ważność zadań realizowanych w od/dziale i możliwość zastosowania tej metody kontroli ryzyka. O ile to możliwe, należy skonsultować się z profesjonalistą do spraw zdrowia i bezpieczeństwa, na przykład z higienistą pracy, dla upewnienia się, że została wybrana najbardziej odpowiednia i efektywna metoda kontroli ryzyka.

Tabela 1:

Lista kontrolna higieny pracy (Am. Col. of Nurse Midwives 2001)		
Poziom skuteczności	Rodzaj kontroli	Przykład
Najbardziej efektywny	Eliminacja ryzyka	Właściwe posługiwanie się igłami (używanie zestawów bezigłowych)
	Zastępowanie mniej szkodliwym materiałem	Stosowanie zamiast glutaraldehydu innych substancji chemicznych, takich jak na przykład wody utlenionej
	Kontrole techniczne	Używanie urządzeń technicznych (podnośników) do przemieszczania pacjentów
	Kontrole administracyjne	Środki i procedury, ograniczające liczbę pracowników wchodzących do izolatek przez łączenie zadań (w czasie roznoszenia tac z posiłkami dokonywanie pomiarów funkcji życiowych pacjenta)
Najmniej efektywny	Kontrole wykonywanych czynności	Eliminowanie zakładania osłonek na zużyte igły; wymaganie mycia rąk
	Stosowanie ochron osobistych	Rękawiczki, maski

Przykład rozważań nad wyborem metod kontroli u hospitalizowanego pacjenta opornego na wiele leków przeciwgruźliczych:

Konsekwencje narażenia personelu pielęgniarskiego: Poważne

Ważność zadań: Opieka pielęgniarska i lekarska, dostarczanie pacjentowi posiłków, podawanie leków: Konieczne

Dostępność i wykonalność metody kontroli ryzyka: Wyciągi wentylacyjne w pokojach możliwe, ale ich koszty - nieosiągalne. Osobiste zabezpieczenia: maski (N95) - dostępne i wykonalne. Kontrole pracy (administracyjne i wykonywanych czynności) mogą być przygotowane

Czy może być wyeliminowane ryzyko gruźlicy? Nie

Czy może być wykorzystana kontrola techniczna? Tak, wyciągi wentylacyjne w pokojach

Czy jest to wykonalne? Nie, koszt jest niemożliwy.

Czy mogą być przeprowadzone kontrole służbowe (administracyjne) i fachowe (wykonywanych czynności)? Tak, dla zminimalizowania narażenia pielęgniarka wykonuje wiele zadań jednocześnie, ograniczając liczbę wejść do pokoju

Czy mogą być stosowane ochrony osobiste? Tak, maski są dostępne i używane

Stosowane kontrole: administracyjna; wykonywanych czynności i wyposażenia w środki ochrony indywidualnej. Odkąd konsekwencje choroby są tak poważne i odkąd personel pielęgniarski musi być w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, by zapewnić mu odpowiednią opiekę, kontrole ryzyka, takie jak kontrola administracyjna, merytoryczna oraz indywidualnego wyposażenia ochronnego muszą być przeprowadzane razem. Łączenie stosowanych kontroli ryzyka zapewnia lepszą ochronę niż każda z nich stosowana z osobna. Jeśli zastosowanie wyciągów w pokojach jest niemożliwe należy wzmocnić pozostałe metody ochrony personelu.

Efektywność metod kontroli jest uzależniona od wyboru najlepszych metod pomiarów. Dla uzyskania dokładnej oceny istotne jest porównanie sytuacji „przed” i „po”, z określeniem miejsca i czasu. Na przykład liczba zakłuć igłami jest dokumentowana przed i po wprowadzeniu wewnątrzszpitalowej procedury, mającej na celu zmniejszenie liczby przypadkowych ekspozycji, przez zalecenie ograniczania manipulacji użytym sprzętem po zabiegu. System ten może funkcjonować wiele miesięcy lub lat. Inny przykład: monitorowanie powietrza w sali operacyjnej i dokumentowanie oraz analizy wyników pomiarów przed i po zainstalowaniu kontroli technicznej wykazały, że umożliwiła ona zapobieganie stratom gazów anestetycznych

3. Szkolenie i edukacja pracownika

Szkolenie jest głównym elementem każdego programu zdrowia i bezpieczeństwa. Edukowanie dostarcza informacji wszystkim pielęgniarkom, na wszystkich stanowiskach, włącznie z kierowniczymi, o ich rolach, prawach i odpowiedzialności związanej ze zdrowiem i bezpieczeństwem w miejscu pracy (U.S. DOL 1993, p 13). By zapewnić skuteczność programu pielęgniarki muszą poznać: czynniki szkodliwe, na które są ekspozowane w pracy; sygnały i objawy szkodliwych skutków ekspozycji; sposoby ich kontrolowania i metody ochrony przed nimi (na przykład przez stosowanie indywidualnych środków ochronnych) oraz w jaki sposób i gdzie

uzyskiwać pomoc w razie problemów. Pielęgniarki powinny być też instruowane, jak zgłaszać nowe, niezidentyfikowane dotąd czynniki szkodliwe i jaka jest procedura zgłaszania/dokumentowania urazów i zachorowań w miejscu pracy.

4. Gromadzenie dokumentacji

Wyczerpująca dokumentacja dostarcza informacji umożliwiających ocenę zrealizowanych zadań, porównanie sytuacji „przed i po” uzyskaniu wyników pracy, a także ułatwiających ocenę efektywności programu za pomocą wskaźników. Podstawowe informacje powinny zawierać dane na temat zidentyfikowanych czynników szkodliwych, zastosowanych rodzajów badań/pomiarów szkodliwości, liczby i rodzaju zachorowań oraz urazów w miejscu pracy, a także liczby i tematów przeprowadzonych szkoleń.

5. Przegląd i ewaluacja programu

Przegląd i ocena programu dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa w Miejscy Pracy jest cyklicznym, dynamicznym procesem, przeprowadzanym regularnie i systematycznie. Umożliwia to określanie efektów i braków w programie oraz identyfikowanie dziedzin, które wymagają poprawy. Analizowanie istniejących danych, dotyczących wszystkich elementów programu, pozwala na sprawdzanie, porównywanie wyników z zakładanymi celami, śledzenie procesu zmian, rozwijanie nowych sposobów naprawiania wykazanych niedociągnięć. Formalny przegląd programu powinien być przeprowadzany co najmniej raz w roku i powinien zapewniać jego ciągłą poprawę.

6. Stałe ulepszanie programu

Systematyczne korygowanie programu zawiera dwa elementy: 1. formalny coroczny jego przegląd i ocenę oraz 2. natychmiastowe, doraźne zmiany, w razie odkrycia nieprzewidzianych i niebezpiecznych sytuacji.

Ulepszanie programu powinno być połączone z formalnym corocznym przeglądem, który pomaga identyfikować dziedziny, wymagające poprawy, wyznaczać działania korygujące, dokumentować je i określać docelowe wskaźniki.

Proces doraźnych poprawek jest często inicjowany o każdej porze przez kierownictwo lub bezpośrednio przez pielęgniarkę czy innego pracownika medycznego, który zauważył ryzykowną sytuację wskutek wypadku przy pracy lub w sytuacji bezpośredniego zagrożenia urazem.

Dla zapewnienia zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, podniesienia kultury zdrowotnej w zakładzie, pielęgniarki sprawujące bezpośrednią opiekę i pielęgniarska kadra kierownicza muszą mieć możliwości dokonywania doraźnych ulepszeń czy zawiadamiania powołanych do tych przedsięwzięć osób. Na przykład poślizgnięcia się, potknięcia czy upadki powodują dużą liczbę urazów w zakładzie, dlatego od całego personelu wymaga się zgłaszania czynnika ryzyka, którym może być na przykład rozlana przez personel sprzątający woda. Wówczas celem jest identyfikacja ryzyka i wzajemne informowanie się o grożącym niebezpieczeństwie, co należy do każdego pracownika, od sprzątaczk, poprzez personel pielęgniarski, do kadry kierowniczej zakładu łącznie.

Szybkiemu zgłaszaniu informacji o ryzyku, a w rezultacie obniżeniu liczby wypadków, sprzyja przyjazna atmosfera w zakładzie - kultura, dobry przepływ

informacji, bez wzajemnego obwiniania się. Pielęgniarki muszą mieć swobodę przy zgłaszaniu czynników ryzyka, bez obaw przed uwagami i/lub represjami za popełnienie błędu czy wynajdywanie problemu. Istotne jest, by system był zintegrowany, utrzymujący łączność w każdym aspekcie programu (EU Agency of Health and Safety at Work 2002).

ZAŁĄCZNIK B zawiera opis przypadku przedstawiony w ramowym Programie Zarządzania Zdrowiem i Bezpieczeństwem w Miejscu Pracy.

PRAWA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA ZDROWIE I BEZPIECZEŃSTWO

Chociaż każdy jest odpowiedzialny za zdrowie i bezpieczeństwo w pracy, wszędzie konieczne jest pełne zaangażowanie ze strony społeczeństw, rządów, państwowych towarzystw pielęgniarskich, pracodawców zakładów opieki zdrowotnej i personelu medycznego, włącznie z pielęgniarkami każdego szczebla, na każdym stanowisku pracy. Zobowiązanie to powinno także obejmować sprawiedliwe rekompensaty dla pielęgniarek, które ucierpiały z powodu urazów lub zachorowały wskutek ekspozycji na ryzyko zawodowe.

Społeczeństwo

Wspieranie świadomości społecznej, doceniającej rolę pielęgniarek i programów dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa uchroni ten personel przed szkodliwymi czynnikami i zagwarantuje, że zdrowe pielęgniarki będą w stanie zapewnić opiekę społeczeństwu. Społeczne wsparcie zachęcać też będzie rządy do wzmocnienia ochrony zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa pielęgniarkom oraz umożliwi pracodawcom, kierowniczej kadrze pielęgniarskiej i pielęgniarkom na wszystkich stanowiskach wypełnianie ich ról i podejmowanie odpowiedzialności za efektywność programów zdrowia i bezpieczeństwa. Uznawanie wartości zdrowego i bezpiecznego środowiska pracy dla pielęgniarek na poziomie państwowym ułatwia realizację tego programu na poziomie lokalnym.

Państwowe organizacje pielęgniarskie (*NNAs*) muszą edukować swoje rządy i obywateli celem poznania roli pielęgniarek i ich dobrostanu dla zdrowia wszystkich. Organizacje te powinny dobrze uświadomić naród (to jest rządzących i rządzonych), o odgrywanej przez pielęgniarki ważnej roli w zmniejszaniu kosztów opieki zdrowotnej.

Pracodawcy zakładów zdrowotnych

Jak wspomniano powyżej („Ramowy Program Zarządzania Bezpieczeństwem i Zdrowiem w Miejscu Pracy”), pracodawca w zakładzie opieki zdrowotnej ma obowiązek i odgrywa ważną rolę w chronieniu pielęgniarek przed szkodliwościami zawodowymi poprzez przedsięwzięcie skutecznych programów zdrowia i bezpieczeństwa. Koncepcja pracodawcy odpowiedzialnego za taki program jest szczególnie akceptowana i popierana przez państwowe i międzynarodowe organizacje. Wskazówki *ILO* - Międzynarodowej Organizacji Pracy - z roku 2001 na temat Systemów Zarządzania Zdrowiem i Bezpieczeństwem w Miejscu Pracy - jasno wskazują, że pracodawca jest: „odpowiedzialny i ma obowiązek organizować i zapewnić bezpieczeństwo i zdrowie”. *ILO* określa tę odpowiedzialność jako:

- ustanowienie polityki z wymiernymi celami;

- zapewnienie środków;
- delegowanie odpowiedzialności wewnątrz organizacji;
- zapewnienie odpowiedzialności kierownictwa za bezpieczeństwo i zdrowie;
- promowanie współpracy wewnątrz organizacji;
- komunikowanie się;
- zapewnienie nadzoru i
- zaangażowanie pracowników w przygotowanie i realizację programu.

Pielęgniarki

Pielęgniarki muszą przyjąć aktywną postawę w ochranianiu integralności swojego środowiska pracy. Bez ich udziału w programie zdrowia i bezpieczeństwa nigdy nie zostaną osiągnięte optymalne rezultaty.

Prawa pielęgniarek

Wszystkie pielęgniarki mają prawo pracować w bezpiecznym i zdrowym środowisku (fizycznym, psycho-społecznym), z wystarczającą liczbą personelu, dostarczanym wyposażeniem ochronnym i szczepieniami, umożliwiającymi im bezpieczną realizację zadań. Pielęgniarki mają prawo do aktualnych informacji na temat potencjalnych ekspozycji na ryzyko i odpowiednich pomiarów kontrolnych, włącznie z zapewnieniem im przez pracodawcę indywidualnych środków ochrony.

Pielęgniarki powinny oczekiwać ze strony pracodawcy szkoleń na temat zdrowia i bezpieczeństwa, z prawem zadawania pytań na temat poruszanych zagadnień i procedur zapewniających bezpieczeństwo. Dodatkowo pielęgniarki mają prawo do otwartej wymiany informacji i braku represji za zgłaszanie niebezpiecznych warunków pracy.

Odpowiedzialność pielęgniarek

Wraz z prawami wiąże się odpowiedzialność. Każdy jest współodpowiedzialny za zdrowie i bezpieczne środowisko pracy. Pielęgniarki nie są wyjątkiem. Są one odpowiedzialne za stosowanie środków zapewniających zdrową i bezpieczną pracę, właściwe wykorzystywanie wszelkiego wyposażenia ochronnego. Muszą brać udział w szkoleniach z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa.

Ponadto, pielęgniarki także odpowiadają za zgłaszanie niebezpiecznych warunków, zagrożeń wszelkimi szkodliwymi czynnikami, które w miarę możliwości muszą także doraźnie łagodzić. Wypadki nie będą możliwe do uniknięcia, jeśli niebezpieczne warunki nie będą rozpoznane i usuwane. Pielęgniarki są zobowiązane zgłaszać wszystkie wypadki, urazy i zachorowania w miejscu pracy.

Pielęgniarki muszą również troszczyć się o swoje zdrowie i bezpieczeństwo w pracy, wstrzymywać się przed podejmowaniem niekoniecznego ryzyka w obecności szkodliwych czynników w miejscu pracy pod warunkiem, że upewnią się, że ich działanie lub zaniechanie nie naraża zdrowia i bezpieczeństwa innych. Pielęgniarki muszą zapoznać się ze wszystkimi standardami opieki, włącznie z tymi, które dotyczą zdrowia i bezpieczeństwa.

Chociaż wszystkie pielęgniarki mają prawa i ponoszą, opisaną powyżej, odpowiedzialność, rolą pielęgniarskiej kadry kierowniczej jest szczególna troska o zdrowe i bezpieczne środowisko pracy.

Pielęgniarska kadra kierownicza

Pielęgniarka-kierownik pełni dwie wyróżniające się i poniekąd konkurujące role - jedną, w imieniu pracodawcy, jako jego „ramię”, a drugą w charakterze adwokata personelu pielęgniarskiego. Jako kierownik - pielęgniarka bezpośrednio dba o personel pielęgniarski zapewniając i koordynując wszelkiego typu świadczenia zdrowotne, włącznie z całodobową obsługą pacjentów. Istotny jest udział pielęgniarki-kierownika w planowaniu wszelkich działań. Jako rzecznik personelu pielęgniarskiego, kierownik musi zapewnić mu wyposażenie i czas na szkolenia związane z pracą.

Jako przedstawiciel pracodawcy, pielęgniarka-kierownik ponosi odpowiedzialność za zarządzanie zdrowiem i bezpieczeństwem w pracy, włącznie z zarządzaniem zasobami ludzkimi, kierując się analizą koszt-efekt. Odpowiada ona także za przepływ informacji między kierownictwem wyższego szczebla a personelem w zakresie zagadnień dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa. Pielęgniarska kadra kierownicza nadzoruje wprowadzanie programu zdrowia i bezpieczeństwa podczas wykonywania świadczeń pielęgniarskich, wychwytyjąc jakiegokolwiek ryzykowne sytuacje, zgłaszając je oraz eliminując poprzez podejmowanie środków zaradczych. Personel oczekuje od kierownictwa wysłuchania oraz reakcji na zgłaszane niebezpieczeństwa oraz śledzenia na bieżąco najnowszych technologii dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w pracy i wprowadzania ich w życie w zakładach opieki zdrowotnej.

Jako przedstawiciel personelu pielęgniarskiego, pielęgniarska kadra kierownicza powinna zapewnić pielęgniarkom pracę w pełni bezpiecznym i zdrowym środowisku. Kierownictwo pielęgniarskie sprawdza też, czy jest oceniane ryzyko zdrowotne w miejscu pracy i odpowiednio kontrolowane stanowiska pracy, włącznie z ochroną zdrowia i bezpieczeństwa, poprzez na przykład wyposażenie w indywidualne środki ochronne. Kadra kierownicza musi być pewna, że personel dysponuje tymi środkami i otrzymuje potrzebne informacje dla zapewnienia skuteczności programu zdrowia i bezpieczeństwa oraz ochrony przed szkodliwymi czynnikami. Pielęgniarka-kierownik musi tak planować pracę, żeby personel miał czas na udział w szkoleniach na temat zdrowia i bezpieczeństwa zapewnianych przez pracodawcę.

Zwierzchnik pielęgniarek ma prawo oczekiwać, że pracodawca wysłucha listy potrzeb personelu pielęgniarskiego, biorąc pod uwagę opinie profesjonalistów do spraw zarządzania w pielęgniarstwie, i dostarczy środki potrzebne do zapewnienia skuteczności programu dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa. Włącznie z zapewnieniem wystarczającej liczby personelu będącego w stanie zapewnić bezpieczeństwo i skuteczną opiekę pielęgniarską.

Pielęgniarka-kierownik ma prawo oczekiwać, że personel pielęgniarski będzie partnerem w realizacji programu dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa poprzez przestrzeganie standardów wymaganej jakości bezpiecznej opieki, wykorzystywanie dostarczanego wyposażenia ochronnego, zgłaszanie zagrożeń zdrowotnych i poddawanie się wymaganym szkoleniom.

Pielęgniarki sprawujące bezpośrednią opiekę

Wszystkie pielęgniarki aktywne zawodowo mają prawa i ponoszą odpowiedzialność związaną ze zdrowiem i bezpieczeństwem w ich środowisku pracy. Samodzielnie praktykujące pielęgniarki są w wyjątkowej sytuacji. Mogą one same się zatrudniać lub

pracować w różnych zakładach opieki zdrowotnej na zlecenie i w ten sposób nie są traktowane jako pełnoetatowy personel, co może utrudniać im pozyskiwanie informacji na ten temat. Jednakże mają one prawa oraz ponoszą odpowiedzialność za poszukiwanie informacji na temat czynników ryzyka zawodowego i angażowanie się w przedsięwzięcia o charakterze ochronnym. Mają też prawo do zadawania pytań, bez restrykcji, o bezpieczne procedury pracy i zgłaszać niebezpieczne warunki zatrudnienia. Samodzielnie praktykujące pielęgniarki ponoszą odpowiedzialność za realizację wymagań programu dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa poprzez używanie wyposażenia ochronnego i zgłaszanie niebezpiecznych czy niezdrowych warunków pracy, urazów lub zachorowań w miejscu zatrudnienia.

Wszyscy pracujący w zakładach opieki zdrowotnej muszą starać się dążyć do utrzymania zdrowego i bezpiecznego środowiska pracy. Muszą też unikać podejmowania niekoniecznego ryzyka w sytuacji zagrożenia w ramach rozsądnej troski o swoje zdrowie i bezpieczeństwo w pracy po upewnieniu się, że inni nie są zagrożeni ryzykiem z powodu ich działań lub zaniechań.

Krajowe organizacje pielęgniarskie

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (*ICN*) bardzo wspiera konwencje Międzynarodowej Organizacji Pracy (*ILO*) i rezolucje Światowego Zgromadzenia Zdrowia (*WHA*) dotyczące zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy i wierzy, iż rolą krajowych stowarzyszeń pielęgniarskich jest:

- wspieranie programów zdrowia i bezpieczeństwa dla pielęgniarek, włącznie z krajowymi regulacjami prawnymi;
- poparcie dla słusznych rekompensat za urazy i choroby związane z pracą;
- edukacja pielęgniarek, ich pracodawców i społeczeństwa na temat programów zdrowia i bezpieczeństwa.

W Oświadczeniu *ICN* na temat Zdrowia i Bezpieczeństwa w Miejscu Pracy Pielęgniarek, opublikowanym w roku 2006 (**ZAŁĄCZNIK C**) nalega się, by krajowe stowarzyszenia pielęgniarskie (*NNAs*) współpracowały ze swoimi rządami w zakresie wspierania programów zapewniających zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarkom. *ICN* jest przekonana, że towarzystwa pielęgniarskie powinny zainicjować badania, pogłębiać świadomość pielęgniarek na temat ich praw i uwrażliwić pracodawców, społeczeństwo i rządy na ryzyko zawodowe, z którym codziennie borykają się pracujące pielęgniarki.

REKOMPENSATY DLA PIELĘGNIAREK POSZKODOWANYCH W PRACY

Krajowe towarzystwa pielęgniarskie także odgrywają dużą rolę w staraniach o uzyskiwanie rekompensat dla pielęgniarek, które - niezależnie od najlepszych starań - mogą doznać szkód, cierpień i chorować wskutek ekspozycji na szkodliwości zawodowe. Sprawiedliwych i równych rekompensat dla pielęgniarek poszkodowanych z powodu pracy w zakładach opieki zdrowotnej pozbawionych nadzoru warunków zatrudnienia. Towarzystwa muszą nawiązać kontakt z odpowiednimi reprezentantami rządu, organizacjami pracujących i pracodawców celem uwzględnienia w krajowych wykazach chorób zawodowych chorób, na które mogą zapadać pielęgniarki. Pielęgniarskie krajowe stowarzyszenia powinny w tym celu kontynuować prace z kompetentnymi autorytetami nad nowelizowaniem wykazu

chorób zawodowych, według Międzynarodowej Organizacji Pracy (*ILO*).

Wykaz chorób zawodowych jest często podstawą przy ustalaniu odszkodowań. Na przykład lista chorób zawodowych *ILO* służy jako punkt odniesienia i pomaga wielu krajom opracowywać procedury odszkodowawcze dla pracowników, którzy doznali urazów lub zachorowali w związku z pracą (patrz **ZALĄCZNIK A**).

W roku 2002, Ogólna Konferencja Międzynarodowej Organizacji Pracy zaleciła, by - w celach zapobiegawczych - każdy z jej członków skorygował krajowy wykaz chorób zawodowych, sposób ich zgłaszania oraz stwierdzania (*ILO* 2002). Kraje te powinny postąpić zgodnie z zaleceniami i zapewnić, że ich rządy wprowadzą wykaz chorób zawodowych zgodnie z Zaleceniami 194 *ILO*, z roku 2002, będącymi podstawą wprowadzania odpowiednich rekompensat za związane z pracą urazy i choroby.

Pielęgniarki muszą zgłaszać swoje wypadki i choroby w miejscu pracy. By to zrobić, powinny znać zawile procedury zgłaszania i stwierdzania chorób i wypadków oraz wiedzieć, czego mogą oczekiwać. Każdy kraj ma różne przepisy prawne określające procedury odszkodowawcze. Pielęgniarki muszą znać zasady obowiązujące w ich zakładach oraz w lokalnym i/lub krajowym orzecznictwie i sądownictwie.

Zrzeszenia pielęgniarskie mogą pomagać w dostarczaniu pielęgniarkom informacji na temat systemu odszkodowań w ich krajach - jak, kiedy, do kogo zgłaszać roszczenia z powodu wypadków czy chorób, włącznie z rodzajem wymaganej dokumentacji i kompletowania formularzy. Dodatkowo, pielęgniarskie organizacje powinny dostarczać swoim członkom informacji na temat tego, czego mogą się spodziewać po określeniu swoich roszczeń, jaki jest okres oczekiwania na odszkodowanie. W niektórych wypadkach organizacje zapewniają członkom pomoc prawną podczas zgłaszania wniosków o odszkodowanie i ochronę ich interesów.

Na przykład: jedna z pielęgniarek rozpoznaje objawy choroby związanej z pracą; jej pierwsze kroki zwykle dotyczą zgłoszenia tego faktu kadrze kierowniczej, skompletowania odpowiednich formularzy i dostarczenia wymaganych dokumentów, zgodnie z przepisami prawnymi. Kierownicza kadra musi zapewnić prawidłowość zgłoszenia i zawiadomienie pracodawcy, który ma obowiązek zgłoszenia (nawet samego podejrzenia) choroby zawodowej lub wypadku do odpowiednich władz (w Polsce - do Państwowej Inspekcji Pracy i Państwowej Inspekcji Sanitarnej - przyp. tłum.).

Jeśli nie można było zapobiec chorobom i wypadkom, utrata z tych powodów pensji musi być uczciwie wyrównana. Choroby, na które są narażone pielęgniarki w pracy, muszą być uwzględnione w wykazie chorób zawodowych - krajowym i/lub *ILO*.

ZAKOŃCZENIE

Pielęgniarki są niezbędne dla poprawiania i utrzymania zdrowia ludności świata. Krajowe cele zdrowotne i Milenijne Cele Rozwoju Narodów Zjednoczonych nie mogą być zrealizowane bez wystarczającej liczby wykwalifikowanych pielęgniarek pracujących w lokalnych społecznościach. To one zapewniając opiekę zdrowotną ludziom na świecie wspierają jego rozwój.

Udowodnione wysokie liczby chorób zawodowych i wypadków w pracy wśród pielęgniarek wskazują na wyraźną potrzebę skutecznych programów zdrowia i bezpieczeństwa w ich miejscach pracy. Koncepcje wysuwane przez *ILO* oraz

ustalone przez WHO w roku 2002 Kierunki Strategiczne dla Pielęgniarstwa i Położnych na lata 2002-2008, a także Światowego Stowarzyszenia Zdrowia (WHA) muszą być szeroko wprowadzane w życie. Wymagane jest wzmacnianie (kultury) bezpieczeństwa w zakładach opieki zdrowotnej, sprzyjającej rozwojowi silnych programów zarządzania zdrowiem i bezpieczeństwem w miejscu pracy celem zminimalizowania liczby i konsekwencji wypadków i chorób zawodowych wśród pielęgniarek.

Kraje muszą umocnić narodową kulturę, która uzna ważność ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracujących. Kiedy społeczeństwa ukształtują kulturę i środowisko doceniające wartość bezpiecznych i zdrowych miejsc pracy, wzmocnią siłę roboczą i złagodzą utratę wartościowych pracowników przez zbędne wypadki i choroby. W końcu ustalenie skutecznego ramowego programu zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, z jasno określonymi rolami pracodawców, pielęgniarek, pielęgniarskiej kadry kierowniczej i krajowych towarzystw pielęgniarskich, wypromuje pielęgniarską praktykę i zapewni wszystkim lepszą opiekę zdrowotną.

Kiedy nie są realizowane ustalone metody zapobiegawcze (prewencyjne) i pielęgniarki doznają wypadków lub zapadają na choroby związane z pracą, muszą one otrzymać sprawiedliwe odszkodowanie. Krajowe towarzystwa pielęgniarskie muszą utrzymywać kontakt z przedstawicielami rządu, organizacji pracowniczych i pracodawców celem ustalenia odpowiedniego wykazu chorób zawodowych i zapewnienia, że choroby, których pielęgniarki są ofiarami, będą w tym wykazie uwzględnione.

Programy zdrowia i bezpieczeństwa, wraz z ochronnymi rekompensatami dla chorych i poszkodowanych wskutek wypadków pielęgniarek, są podzieloną odpowiedzialnością, wymagającą wspólnego zaangażowania dla zapewnienia zdrowego i bezpiecznego miejsca pracy. Straty kluczowych zasobów, związanych z chorobami i urazami w pracy, można zminimalizować poprzez współpracę. Tylko wówczas można zapewnić, że zakłady opieki zdrowotnej na świecie będą bezpieczne zarówno dla pacjentów, jak i pielęgniarek.

ŹRÓDŁA INFORMACJI

Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, and Silber JH (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA: The Journal of the American Medical Association, Vol. 290, no. 13, pp.1617-1623

Aiken LH, Clarke SP, Douglas MS, Schwalski J, Silbe JH (2002) „Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction”. JAMA: The Journal of the American Medical Association, VOL. 288, no. 16, pp. 1987-1993

American College of Nurse-Midwives and Health Care Without Harm (2001). Green Birthdays, Washington, DC

Curtin L (2003): "An integrated analysis of nurse staffing and related variables: effects on patient outcomes, Online Journal of Issues in Nursing [online] August, 2006. Available at: www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_5.htm

Dolvo D (2005). „Wastage in the Health workforce some perspectives from African countries,, Human Resource Health, Vol. 3, no. 6 [online] August, 2006. At <http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=1198245>

European Agency on Safety and Health at Work (2002). News release: Study identifies key ingredients for successful OSH management systems. [online] August

2006. Available at: www.osha.eu.int/press_room/020805.xml

European Agency on Safety and Health at Work (2002). The use of occupational safety and health management systems in the member states of the European Union, Issue 307, Bilbao, Spain

Gelinas L and Bohlen C (2002). „The business case for retention”, Journal of Clinical Systems Management, Vol. 4, no. 78, pp.14-16, 22

Franx J (2003). Report: „Programme for a safer hospital: ”Safe Care”, European Agency for Safety and Health at Work: Practical Solutions. [online] August 2006. Available at: osha.eu.int/publications/reports/104/index_13.htm

Harber P (1990). „Occupational Back Pain of Nurses, The Western Journal of Medicine”, February 1990, pp. 175-176

Hasselhorn HM, Toomingas A and Lagerstorm M (1999). Occupational Health for Health Care Workers: A Practical Guide, Elsevier Science, Amsterdam

Houle J (2001). Nursingworld.org: Health and Safety Survey, American Nurses Association, Washington, DC

Institute of Medicine of the National Academies, Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety, Board on Health Care Services, Ed. Page A (2003). Keeping Patients Safe: Transforming the work environment of nurses. National Academies Press, Washington DC

International Council of Nurses (1999). Position Statement: Occupational Health and Safety for Nurses, [online]. Available at: www.icn.ch/pshealthsafety00.htm

International Labour Organization (1977). Recommendation 157. Nursing Personnel Recommendations, [online]. Available at. www.ilo.org/ilolex/english/recdispl.htm

International Labour Organization (2001). Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems, Safe Work-ILO In Focus Programme on Safety and Health at Work and in the Environment. Geneva, Switzerland

International Labour Organization (2002). Recommendation Concerning the List of Occupational Diseases and the recording and Notification of Occupational Accidents and Diseases, Recommendation No. 194, [online]. Available at www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R194

International Labour Organization (2005). Report of the Meeting of Experts on Updating the List of Occupational Diseases. [online]. Available at: <http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/gb/docs/gb295/pdf/meulod.pdf>

Mayhew c and Chapell D (2003). „Workplace Violence In the Health Sector-A Case Study in Australia”, Journal of Occupational Health and Safety - Australia and New Zealand, 2003, Vol. 19 (6), pp. 5-43

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M and Zellevisky K (2002). „Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals, New England Journal of Medicine, Vol. 346, no. 22, pp.1715-1722

Pan American Health Organization (2006). Health Care Workers Health and Safety Manual for Managers and Administrators, Washington, DC

PRIA (2005) AIDS and the Health Care Workers, [online]. Available at: http://www.pria.org/cgi-bin/projectsdesc.htm?r_reportid=16

Pronovost P et. al. (1999). „Organizational Characteristics of Intensive Care Unites Related to Outcomes of Abdominal Aortic Surgery”, JAMA, 281 (14), pp. 1310-1317

Pronovost P et al. (2002). „Physician Staff Patterns and Clinical Outcomes in Critically Ill Patients: A systematic review”, JAMA 288(17), pp. 2151-2162

Priuss-Ustin A, Rapiti E, Hutin Y (2003). Sharps Injuries: Global Burden of

Diseases from Sharps Injures to Health-care Workers. Environmental Burden of Disease Series No. 3, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Smith DR, Mihashi M, Adachi Y, Koga H and Ishitake T (2006). A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. *Journal of Safety Research*, Vol. 37, no. 2, pp. 195-200

Steinbrook R (2002). „Nursing in the crossfire”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 346, no. 22, pp. 1757-1766

Stone PW, Clarke SP, Cimiotti J, Correa-de-Araujo R (2004). „Nurses' working conditions: Implications for infectious disease”, *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 10, no. 11, pp. 1984-1989

Sulmasy DP and McIlvane JM (2002): „Patients' ratings of quality and satisfaction with care at the end of life”, *Archives of Internal Medicine*, Vol. 162, no. 18, pp. 2098-2104

United Nations (2000). Millennium Declaration: Millennium Development Goals, [online]. Available at: www.un.org/millenniumgoals/

Unruh L (2002). „Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals”. *Medical Care* Vol. 41. No. 1, pp. 142-152

U.S. DOL, Occupational Safety and Health Administration (1993). Framework for a Comprehensive Occupational Safety and Health Program in a Hospital Environment. Publication No. 029-016-00149-2, Washington, DC

U.S. DOL, Occupational Safety and Health Administration (1998). Shipping Industry, OSHA publication No. 2268, p. 1-13, Washington, DC

U.S. DOL, Bureau of Labor Statistics (2003). Lost-Worktime Injures and Illnesses Characteristics and Resulting Days Away from Work, 2001. News Release U.S. DOL 03-138, Washington, DC

World Health Organization/UNICEF (1978). Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Care, Alma-Ata U.S.S.R. [online]. Available at: [//www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

World Health Organization (1983). World Health Assembly Recommendation 36.11. The Role of Nursing and Midwifery Personnel in the Strategy for Health of All, [online]. Available at: www.who.int/hrh/nursing_midwifery/resolutions/en/index.html

World Health Organization (1989). World Health Assembly Recommendation 42.27, Strengthening Nursing/Midwifery in Support of the Strategy for Health for all, [online]. Available at: www.searo.who.int/LinkFiles/HRH_Documents_WHA42.27.pdf

World Health Organization (1992). World Health Assembly Recommendation 45.5, Strengthening Nursing and Midwifery in Support of Strategies for Health for All, [online]. Available at: http://www.searo.who.int/LinkFiles/HRH_Documents_WHA45.5.pdf

World Health Organization (1996). World Health Assembly Recommendation 49.12, WHO Global Strategy for Occupational Health for All, [online]. Available at: www.who.int/occupational_health/publications/wha49rep/en/

World Health Organization (1999) Occupational Health: Ethically Correct, Economically Sound, Fact Sheet No. 84. Geneva, Switzerland

World Health Organization (2001). World Health Assembly Recommendation 54.12, Strengthening Nursing and Midwifery [online]. Available at: www.wpro.who.int/pdf/wha54_12.pdf

World Health Organization Global Advisory Group on Nursing and Midwifery (2002). Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services, WHO, Geneva, Switzerland

World Health Organization (2003). Health Care Worker Safety, AIDE-Memoire,

Więcej informacji

Poniżej podano strony internetowe, zawierające informacje na temat programów zdrowotnych w środowisku pracy, organizacji rządowych i pozarządowych na świecie, zajmujących się zdrowiem i bezpieczeństwem w miejscu pracy:

www.osha.europa.eu/OSHA

www.hwi.osha.europa.eu/

www.frontlinefoundation.org

www.healthsystem.virginia.edu/internet/epinet

www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health.htm

www.ilo.org/public/english/support/publ/pdf/guidelines.pdf

www.jicosh.gr.jp/english/guideline/oshms.html

www.osh.govt.n.z./order/catalogue/284.shtml

www.ohsah.bc.ca/EN/309

www.osha.gov/SLTC/etools/hospital

www.osha.gov/SLTC/etools/nursinghome/index.html

www.osha.gov/SLTC/etools/safetyhealth/index.html

www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/mainpage.html

www.osha.gov/SLTC/etools/nursinghome/index.html

www.osha.gov/SLTC/etools/safetyhealth/index.html

www.paho.org.

www.kosha.or.kr

www.tdict.org

Światowa Organizacja Zdrowia (*WHO*) kontynuuje serię wydawnictw poświęconych ochronie zdrowia pracujących, ze szczególnym zwróceniem uwagi ochronie zdrowia pracowników medycznych

ZAŁĄCZNIK A

LISTA CHORÓB ZAWODOWYCH WEDŁUG ZALECENIA 194 ILO

WYKAZ CHORÓB ZAWODOWYCH

1. Choroby wywołane czynnikami

1.1. Choroby spowodowane przez czynniki chemiczne:

- 1.1.1. Choroby spowodowane przez beryl lub jego toksyczne związki
- 1.1.2. Choroby spowodowane przez kadm lub jego toksyczne związki
- 1.1.3. Choroby spowodowane przez fosfor lub jego toksyczne związki
- 1.1.4. Choroby spowodowane przez chrom lub jego toksyczne związki
- 1.1.5. Choroby spowodowane przez mangan lub jego toksyczne związki
- 1.1.6. Choroby spowodowane przez arsen lub jego toksyczne związki
- 1.1.7. Choroby spowodowane przez rtęć lub jej toksyczne związki
- 1.1.8. Choroby spowodowane przez ołów lub jego toksyczne związki
- 1.1.9. Choroby spowodowane przez fluor i jego toksyczne związki
- 1.1.10. Choroby spowodowane przez dwusiarczek węgla
- 1.1.11. Choroby spowodowane przez pochodne alifatycznych lub aromatycznych węglowodorów
- 1.1.12. Choroby spowodowane przez benzen lub jego toksyczne homologi
- 1.1.13. Choroby spowodowane przez toksyczne nitro- i aminopochodne benzenu lub jego homologi
- 1.1.14. Choroby spowodowane przez nitroglicerynę lub inne nitropochodne związki
- 1.1.15. Choroby spowodowane przez alkohole, glikole lub ketony
- 1.1.16. Choroby spowodowane przez gazy duszące: tlenek węgla, cyjanowodór lub jego toksyczne pochodne, siarkowodór
- 1.1.17. Choroby spowodowane przez akrylonitryl
- 1.1.18. Choroby spowodowane przez tlenki azotu
- 1.1.19. Choroby spowodowane przez wanad lub jego toksyczne związki
- 1.1.20. Choroby spowodowane przez antymon lub jego toksyczne związki
- 1.1.21. Choroby spowodowane przez heksan
- 1.1.22. Choroby zębów spowodowane przez kwasy mineralne
- 1.1.23. Choroby spowodowane przez odczynniki farmaceutyczne
- 1.1.24. Choroby spowodowane przez tal lub jego związki
- 1.1.25. Choroby spowodowane przez osm lub jego związki
- 1.1.26. Choroby spowodowane przez selen lub jego związki
- 1.1.27. Choroby spowodowane przez miedź lub jej związki
- 1.1.28. Choroby spowodowane przez cynę lub jej związki
- 1.1.29. Choroby spowodowane przez cynk lub jego związki
- 1.1.30. Choroby spowodowane przez ozon, fosgen
- 1.1.31. Choroby spowodowane przez substancje drażniące: benzochinon i inne drażniące rogówkę
- 1.1.32. Choroby spowodowane przez inne chemiczne czynniki niewymienione powyżej (od p. 1.1.1. do p. 1.1.31.) o udowodnionym związku między ekspozycją zawodową pracownika na te czynniki a rozpoznaną chorobą

1.2. Choroby spowodowane przez czynniki fizyczne

- 1.2.1. Uszkodzenie słuchu przez hałas
- 1.2.2. Choroby wywołane wibracją (uszkodzenia ścięgien, mięśni, kości, obwodowego układu nerwowego i krwionośnych naczyń obwodowych)
- 1.2.3. Choroby spowodowane pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego
- 1.2.4. Choroby spowodowane przez promieniowanie jonizujące
- 1.2.5. Choroby spowodowane przez promieniowanie termiczne
- 1.2.6. Choroby spowodowane przez promieniowanie ultrafioletowe
- 1.2.7. Choroby spowodowane przez ekstremalną temperaturę
- 1.2.8. Choroby spowodowane przez inne czynniki fizyczne, niewymienione powyżej (od p. 1.2.1. do p. 1.2.7.), o udowodnionym związku między ekspozycją pracownika na te czynniki a stwierdzoną chorobą

1.3. Choroby spowodowane czynnikami biologicznymi

- 1.3.1. Infekcje lub choroby pasożytnicze nabyte w pracy, w której istnieje szczególne ryzyko zakażenia

2.2. Choroby narządowe/układowe

2.1. Choroby zawodowe układu oddechowego

- 2.1.1. Pylice płuc spowodowane między innymi przez zwłókniające pyły mineralne (krzem, antracyt, azbest)
- 2.1.2. Choroby płuc spowodowane przez pył metali twardych
- 2.1.3. Choroby płuc spowodowane na przykład pyłem bawełny, lnu, sizalem, byssinoza
- 2.1.4. Astma zawodowa spowodowana rozpoznanymi czynnikami uczulającymi lub drażniącymi wdychanymi w procesie pracy
- 2.1.5. Zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych wywołane wdychaniem pyłów organicznych (wzmiankowane w krajowych przepisach)
- 2.1.6. Syderosa
- 2.1.7. Chroniczne spastyczne choroby płuc
- 2.1.8. Choroby płuc spowodowane aluminium
- 2.1.9. Nieżyty górnych dróg oddechowych spowodowane rozpoznanymi czynnikami alergizującymi lub drażniącymi wdychanymi w procesie pracy
- 2.1.10. Inne choroby układu oddechowego nie wymienione powyżej, (od p. 2.1.1 do p. 2.1.9.) spowodowane przez czynniki, przy bezpośrednim i udowodnionym związku między ekspozycją pracownika na te czynniki a stwierdzonymi chorobami

2.2. Zawodowe choroby skóry

- 2.2.1. Choroby skóry spowodowane przez czynniki fizyczne, chemiczne lub biologiczne nie uwzględnione w innych pozycjach
- 2.2.2. Zawodowe bielactwo

2.3. Zawodowe zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego

2.3.1. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego spowodowane sposobem wykonywania pracy lub środowiskiem pracy, w którym istnieją szczególne czynniki ryzyka; na przykład:

- a/ nagłe lub monotypowe/powtarzalne ruchy
- b/ maksymalny wysiłek
- c/ nadmierne mechaniczne przeciążenie
- d/ niewygodna lub nienaturalna pozycja
- e/ wibracja

Ryzyko to może zwiększyć zimno miejscowe lub środowiskowe

3. Zawodowe nowotwory złośliwe

3.1. Rak spowodowany przez kolejno wymienione czynniki:

- 3.1.1. Azbest
- 3.1.2. Benzydyna i jej sole
- 3.1.3. Eter dimetylowy
- 3.1.4. Chrom i jego związki
- 3.1.5. Smoły węglowe
- 3.1.7. Chlorek winylu
- 3.1.8. Benzen lub jego toksyczne homologu
- 3.1.9. Toksyczne nitro- i aminopochodne benzenu lub jego homologu
- 3.1.10. Promieniowanie jonizujące
- 3.1.11. Smoła, pak, bitumen, olej mineralny, antracyt lub jego związki, produkty lub pochodne tych substancji
- 3.1.12. Produkty spalania koksu
- 3.1.13. Związki niklu
- 3.1.14. Pyły drewna
- 3.1.15. Rak spowodowany przez inne nie wymienione powyżej czynniki (od p. 3.1.1. do p. 3.1.14.) o udowodnionym bezpośrednim związku między stwierdzoną chorobą nowotworową a ekspozycją pracownika na te czynniki

4. Inne choroby

4.1. Oczopląs górników

W Polsce obowiązuje **Rozporządzenie** RM z 30 lipca 2002 r. **w sprawie wykazu chorób zawodowych**, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach. DzU Nr 132, poz. 1115 (przypis tłum.)

ZAŁĄCZNIK B

PLAN BEZPIECZNEJ OPIEKI

Opis przypadku:

Przykład opisany w poniższej tabeli przedstawia skuteczność Ramowego Programu Zarządzania Zdrowiem i Bezpieczeństwem w Miejscu Pracy. Informacje wykorzystane do tego przykładu zaczerpnięto ze strony internetowej Europejskiej Agencji do spraw Bezpieczeństwa i Zdrowia w Miejscu Pracy: „Program bezpiecznego szpitala: Bezpieczna Opieka - praktyczne rozwiązania” (Franx 2003).

Przykład Ramowego Programu: Zdrowie i Bezpieczeństwo w Miejscu Pracy
Westfries Gasthuis Szpital, Hoorn, Netherlands

Projekt bezpiecznej opieki

Problem: Dużo wypadków przemocy wobec szpitalnego personelu

Cel projektu: Redukcja liczby werbalnych i fizycznych incydentów wobec personelu w szpitalu przez wprowadzenie polityki zero-tolerancji wobec agresji i przemocy przez zawarcie porozumienia z lokalną policją i prokuraturą

Planowane wyniki: kontrola po wprowadzeniu programu wykazała, że fizyczna przemoc zmniejszyła się o 30% a agresja słowna zmalała o 27%.

Opis projektu: „Bezpieczna Opieka” jest programem, którego zamierzeniem jest zminimalizowanie liczby wypadków przemocy w różnych oddziałach szpitalnych w Holandii.

Wypadki przemocy są opisywane jako agresja słowna, poważne groźby i fizyczna przemoc, włącznie z molestowaniem seksualnym i niszczeniem własności. Każdy oddział musi być gotów do dzielenia się informacjami uzyskiwanymi z innych oddziałów oraz musi otrzymać konieczne środki umożliwiające wprowadzenie projektu.

Projekt w omawianym szpitalu zakładał spotkania zarządu z komitetem pracowników w celu ustalenia planu działania, który wymagał sporządzenia wykazu czynników ryzyka: oceny liczby wypadków przemocy i lokalizację w szpitalu miejsc, gdzie doświadczano tych incydentów najczęściej. W nawiązaniu do wykazu czynników ryzyka personel był zaznajamiany z zadaniami programu i swoimi rolami. Pracownicy byli szkoleni nie tylko na temat sposobu korzystania z systemu, ale także z zakresu samoobrony. W dodatku, grupa personelu była edukowana na temat poradnictwa pourazowego. Każdy pracownik otrzymał przenośny alarm i zestaw kolorowych kartek przeznaczonych do określania różnego rodzaju agresji różnymi kolorami kartek. Alarmy są używane w celu wezwania pracowników ochrony, a żółte lub czerwone kartki są wręczane osobie, która spowodowała incydent poważnego zagrożenia (kartka żółta) lub fizyczną przemoc (kartka czerwona). Na przykład, w wypadku fizycznej przemocy pielęgniarka naciska natychmiast guzik alarmu, personel ochrony odpowiada przez danie sprawcy czerwonej kartki i zgłoszenie incydentu policji, w wyniku czego sprawca trafia do pracownika prokuratury. Kiedy nagły niebezpieczny wypadek wydarzy się w przejściu podziemnym, monitory w recepcji informują pracownika ochrony o istniejącym tam zagrożeniu. Projekt zakłada

spotkania co sześć tygodni celem przedyskutowania zaistniałych niebezpiecznych zdarzeń. Na koniec roku liczba wypadków przemocy jest porównywana z liczbą zaplanowaną w programie.

Struktura i Funkcje Ramowego Programu „Zdrowie i Bezpieczeństwo w Pracy”	Realizacja zadań Projektu „Bezpieczna Opieka”
Zaangażowanie zarządu	Początkowo kierownictwo szpitala konsultuje się w sprawie planowanego projektu, zadań, odpowiedzialności i warunków udziału. Po uzyskaniu zobowiązania zarządu jest sporządzana notatka zawierająca główne założenia planu
Pisanie Programu Zdrowie i Bezpieczeństwo w Miejscu Pracy	W planie ustala się wyjściową liczbę wypadków przemocy przed podjęciem działań interwencyjnych
Włączenie pracowników	Zarząd i rada pracownicza uzgadniają plan działania. Kierownictwo zgadza się udostępnić środki i zasoby, w tym - grupy ludzi z oddziałów
Komitet do spraw Zdrowia i Bezpieczeństwa	Pracujący są członkami personelu z oddziałów zagrożonych ryzykiem
Analiza miejsc pracy	Całkowita liczba wypadków przemocy jest udokumentowana przed zaprezentowaniem projektu kierownictwu. Po sporządzeniu planu działania grupy pracujących rysują „wykaz czynników ryzyka”; przy użyciu kolorów zaznaczają na planie szpitala mapę obszarów wysokiego ryzyka
Zapobieganie i kontrola	Po skompletowaniu wykazu czynników ryzyka pracująca grupa dyskutuje, jak można dokonać ulepszeń. Grupa rozwija plan. Kontrole są opisywane powyżej/poniżej opisu projektu
Szkolenia pracowników	Szkolenie personelu jest przeprowadzane w różnych dziedzinach. Personel noszący alarmy i kolorowe kartki jest szkolony w tym, jak i kiedy je użyć, odgrywając role w tym procesie. W miejscach, gdzie bywają klienci personel jest szkolony na temat radzenia sobie z agresją i samoobrony. Dodatkowo, grupa personelu jest poddawana szkoleniom

z zakresu poradnictwa pourazowego.
Pozostali są zaznajamiani z planem
„Bezpiecznej Opieki”

Ewaluacja Programu

Przed wprowadzeniem programu musi być ustalona wyjściowa-zerowa liczba wypadków przemocy. Pomiary są dokonywane ponownie po roku, celem określenia skuteczności programu

Dokumentowanie danych

Rejestracja wydarzeń dotyczy umiejscowienia i rodzaju wypadków umożliwiając porównanie oceny pracy na koniec roku

Kontynuacja ulepszeń

Co 6 tygodni Projekt „Bezpieczna Opieka” jest tematem spotkań konsultacyjnych w każdym zagrożonym oddziale. Personel zadaje pytania i analizuje każdy incydent przemocy oraz odpowiada, czy jest pewny co do optymalnego rozwiązania wszystkich problemów

ZAŁĄCZNIK C

Stanowisko ICN w sprawie zdrowia i bezpieczeństwa w pracy pielęgniarek

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) jest przekonana, że bezpieczne środowisko pracy w sektorze zdrowia znacząco przyczynia się do bezpieczeństwa pacjenta. Dlatego ICN promuje rozwój i zastosowanie międzynarodowych, krajowych i lokalnych sposobów postępowania, które będą chronić prawa pielęgniarek do bezpiecznego środowiska pracy, włączając w to ustawiczne kształcenie, uodpornianie i wyposażenie w odzież ochronną. ICN potwierdza swoje poparcie dla zachęcania do badań w tej dziedzinie i do obiegu stosownych informacji między wszystkimi uczestnikami tych przedsięwzięć.

ICN ubolewa z powodu braku odpowiednich krajowych regulacji prawnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy pielęgniarek, często nieadekwatnych mechanizmów udziału pracowników w monitorowaniu/eliminacji czynników ryzyka/szkodliwości zawodowych i niewydolnych środków przeznaczanych na zapewnienie optymalnych świadczeń z zakresu ochrony zdrowia pracujących oraz kontroli warunków pracy.

ICN wspiera różne konwencje ILO dotyczące ochrony zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa w miejscu pracy i ufa, że krajowe towarzystwa pielęgniarskie winny:

- pilnie przekonać swoje rządy, aby wszystkie zakłady zdrowotne objęto przepisami prawnymi zobowiązującymi do zapewnienia bezpieczeństwa i zdrowia w miejscu pracy. Można to realizować poprzez lobbing, indywidualną i/lub wspólną polityczną aktywność;
- inicjować i/lub zapewnić badania w swoich krajach z zakresu bezpiecznego i odpowiedniego środowiska pracy pielęgniarek, ryzykownych zachowań, postaw, procedur i działań rozwiązujących te problemy;
- uwrażliwić pielęgniarski personel, pracodawców i ogół społeczeństwa na szkodliwości zawodowe w sektorze ochrony zdrowia, włącznie z przemocą i nadużyciami;
- pogłębiać świadomość pielęgniarek o ich prawach (pracowniczych) do bezpiecznego środowiska i ich obowiązku ochrony własnego bezpieczeństwa oraz promowania bezpieczeństwa innych;
- przekonywać rządy i pracodawców do przeprowadzania wszystkich koniecznych badań/pomiarów czynników ryzyka zdrowotnego celem ochrony zdrowia i dobrego samopoczucia pielęgniarek, włącznie z zastosowaniem właściwego uodpornienia;
- nalegać na rządy, pracodawców do zapewnienia nieodpłatnie personelowi pielęgniarskiemu odzieży i innego wyposażenia ochronnego;
- zachęcać pielęgniarki do poddawania się szczepieniom mającym związek z ich zdrowiem i bezpieczeństwem w miejscu pracy
- współpracować z kompetentnymi autorytetami dla zapewnienia dokładnego wykazu chorób zawodowych i systematycznie go oceniać w odniesieniu do pielęgniarskiego personelu;
- wspierać pielęgniarki domagające się rekompensat związanych z chorobami lub wypadkami w pracy;
- uzyskiwać i upowszechniać informacje o wypadkach w pracy, urazach i chorobach wśród pielęgniarek;
- współpracować z innymi organizacjami wspierającymi prawa pracowników do bezpiecznego środowiska pracy;

- rozpoznawać ważne powiązania między pracownikami i ich rodzinami w rozwoju kultury zdrowotnej, dotyczącej działań zapobiegawczych i odpowiedniego postępowania w razie stwierdzonych nieprawidłowości w dziedzinie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracujących;
- wspierać niezależność i swobodę pielęgniarek w pełnieniu roli rzecznika pacjenta;
- domagać się właściwych systemów monitorowania na wszystkich stanowiskach pracy, zapewniających wprowadzanie odpowiednich środków zaradczych;
- upowszechniać informacje na temat wprowadzania nowych szkodliwych zawodowych;
- szerzyć informacje dotyczące nierespektowania przez pracodawców przepisów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy, z wykorzystaniem procedur zgłaszania wykroczeń w tej dziedzinie.

ICN wspiera wzrastającą rolę pielęgniarek sprawujących opiekę nad zdrowiem pracujących (w ochronie zdrowia pracujących/w medycynie pracy), zaspokajających potrzeby pracowników w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, i domaga się słusznego wynagrodzenia oraz odpowiednich dróg awansu zawodowego zapewniającego tym pielęgniarkom profesjonalny rozwój i zachęcającego do podejmowania i kontynuowania pracy w tej dziedzinie pielęgniarstwa.

PODSUMOWANIE

ICN dostrzega wielką rolę zdrowych i bezpiecznych warunków pracy w promowaniu zdrowia. Ponadto, ICN uznaje wzrastającą wiedzę i biegłość pielęgniarek w tej dziedzinie, a także na temat analizy koszt-efektywność świadczeń profilaktycznych zapewnianych pracującym. Dostrzega również korzyści dla pacjenta wynikające ze sprawowania nad nim opieki przez personel pracujący w bezpiecznym środowisku.

Jednakże warunki pracy pielęgniarek są często niebezpieczne wskutek:

- Zanieczyszczeń środowiska przez odpady, będące rezultatem działalności ludzkiej i przemysłowej;
- Zawodowych czynników ryzyka, na przykład takich szkodliwości, jak: czynniki chemiczne, biologiczne, fizyczne - hałas, promieniowanie czy monotonna praca;
- Techniki medycznej - braku konserwacji aparatury medycznej, niedostatku szkoleń na temat technologii medycznych, obsługi aparatury;
- Niedostatecznego zaopatrzenia w ochronną odzież i wyposażenie;
- Pracy zmianowej, zakłócającej codzienny tryb życia;
- Wzrastających wymagań o charakterze psychospołecznym, emocjonalnym i duchowym wobec pracującej pielęgniarki, uwikłanej w skomplikowane uwarunkowania natury politycznej, socjalnej, kulturalnej, ekonomicznej i zdrowotnej/klinicznej;
- Wypadków przemocy, włącznie z molestowaniem seksualnym;
- Niedostatku ułatwień ergonomicznych - braku przystosowanego do możliwości pracownika wyposażenia i udogodnień;
- Nieodpowiedniego rozmieszczenia środków, zasobów, na przykład ludzkich, finansowych;
- Izolacji.

ICN zauważa, że większość rządów zaniedbuje gromadzenie aktualnych i dokładnych informacji na temat zaistniałych wypadków, urazów i chorób personelu

pielęgniarskiego, będących podstawą do określania kierunków działań. Brak stosownych danych jest sprawą olbrzymiej troski.

W pewnych krajach nie ma przepisów prawnych regulujących ochronę zdrowia i bezpieczeństwo pracujących. W innych możliwości są skromne, nieefektywne. Jeszcze inne kraje adaptowały przepisy, które nie dotyczą jednak szpitali i innych zakładów opieki zdrowotnej.

*Konwencja 149 Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO), dotycząca zatrudniania i warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego**, wzywa państwa członkowskie do: „poprawy istniejącej legislacji dotyczącej ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy przez adaptowanie przepisów do szczególnych warunków pracy zawodowej pielęgniarek i środowiska, w którym jest ona wykonywana”. Zapisy Działu IX Zaleceń 157* do Konwencji wspierają dalszy rozwój środków zapewniających zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy.

* Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO), Konwencja 149 i Zalecenie 157 dotyczące Zatrudnienia i Warunków Pracy i Życia Personelu Pielęgniarskiego, Genewa, ILO, 1977

Opracowania ICN:

- Nadużycia i przemoc wobec pielęgniarek
- Praca zmianowa
- Przewodnik na temat radzenia sobie z przemocą
- Ramowy przewodnik dla stykających się z przemocą w sektorze ochrony zdrowia

ICN - *The International Council of Nurses (Międzynarodowa Rada Pielęgniarek)* jest federacją zrzeszającą ponad 120 krajowych towarzystw pielęgniarskich reprezentującą miliony pielęgniarek na świecie.

Działając dzięki pielęgniarkom i dla pielęgniarek, *ICN* jest międzynarodowym głosem pielęgniarstwa i pracuje w celu zapewnienia wysokiej jakości opieki dla wszystkich potrzebujących oraz wypowiedania się w sprawach światowej polityki zdrowotnej.