

GRUDZIEŃ 2013 r.

ZRANIENIA OSTRYMI NARZĘDZIAMI



Przewodnik po rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r.
w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych
z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu
świadczeń zdrowotnych

Opracowany przez:

Polskie Towarzystwo
Lekarzy Epidemiologów
i Chorób Zakaźnych



Przy współpracy:

Pracodawcy RP



Patronat:

Główny Inspektor
Sanitarny



Polskie Towarzystwo
Pielęgniarskie
Oddział w Łodzi



Spis treści

1. Słowo wstępne – Główny Inspektor Sanitarny	str. 4
2. Od autorów	str. 5
3. Rys historyczny/kulisy umowy HOSPEEM – czyli o Dyrektywie 2010/32/UE	str. 7
4. Zjawisko ekspozycji zawodowej w Polsce:	
a. Ekspozycja zawodowa w liczbach	str. 8
b. Koszty postępowania poekspozycyjnego	str. 9
5. Główne postanowienia rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami:	
a. Nadrzędny cel przepisów europejskich	str. 9
b. Uwagi ogólne	str. 10
c. Kogo dotyczy rozporządzenie	str. 11
d. Pracownicy, którzy mają różnych pracodawców a wykonują pracę w tym samym miejscu	str. 12
e. Obowiązki pracodawcy przy aktywnym udziale pracowników	str. 13
f. Samodzielne obowiązki pracodawcy	str. 14
g. Obowiązki pracownika	str. 15
h. Ocena ryzyka	str. 16
i. Postępowanie poekspozycyjne	str. 17
j. Rejestracja zranień ostrymi narzędziami	str. 17
k. Edukacja/szkolenia	str. 17
l. Raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym	str. 18
6. Sugerowane działania do podjęcia przez różne grupy zawodowe	str. 19
7. Organy nadzoru – egzekucja i kontrola wdrożenia przepisów rozporządzenia	str. 21
8. Sugerowany harmonogram prac	str. 22
9. Co dalej?	str. 23
10. Zestaw praktycznych odpowiedzi i wskazówek – Q&A	str. 24
11. Bibliografia	str. 25
Załączniki	
1. Dyrektywa 2010/32 z dnia 10 maja 2010 r. w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU.	str. 26
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. ws. bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz.U. z dnia 19.06.2013 r. poz. 969).	str. 32
3. Wzór Raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.	str. 36

Słowo wstępne – Główny Inspektor Sanitarny

Szanowni Państwo,

bezpieczeństwo pacjentów jest w znacznej mierze uzależnione od warunków pracy pielęgniarek, położnych i innych pracowników służby medycznej. Konieczne jest zatem, aby przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych wyposażeni byli oni w bezpieczny sprzęt, który może zapobiegać, np.: zranieniom. Trzeba brać pod uwagę, że występowaniu zranień sprzyjają niejednokrotnie trudne techniczne warunki wykonywania danego zabiegu, takie jak: pośpiech, zachowanie pacjenta czy też niedostateczne oświetlenie. Pracodawcy zatem powinni dołożyć wszelkich starań, aby wdrożyć odpowiednie procedury zmierzające do zwiększenia bezpieczeństwa stanowisk pracy.

Minister Zdrowia podjął takie działania wydając rozporządzenie z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Oprócz wypełnienia zobowiązań wynikających z członkostwa Polski w Unii Europejskiej polegającego na wdrożeniu do prawa krajowego przepisów Dyrektywy, to rozporządzenie konkretyzuje, uszczegóławia i integruje przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy. W głównej mierze kładzie nacisk na działania z zakresu organizacji pracy, wdrażania procedur bezpiecznego posługiwania się ostrymi narzędziami i określenie procedur.

Wyrażam przekonanie, że wypełnienie zobowiązań wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia przyniesie znaczne korzyści pracodawcom w postaci zmniejszenia kosztów związanych z wykonywaniem badań diagnostycznych, zwolnieniami chorobowymi, kosztami leczenia pracowników, wypłacaniem odszkodowań, rent czy kosztami sądowymi.

Państwowa Inspekcja Sanitarna jest zobowiązana do sprawowania nadzoru nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Dlatego też polecam wszystkim grupom zawodowym, pracodawcom i pracownikom przygotowane opracowanie, nad którym objąłem patronat.

Marek Posobkiewicz

p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego

Szanowni Państwo,

Prace legislacyjne nad transpozycją do polskiego prawa przepisów Dyrektywy 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU, spowodowały wzrost zainteresowania różnych środowisk zagadnieniami zjawiska ekspozycji zawodowej w Polsce. A sprawa jest bardzo poważna, bo przecież dotyczy bezpieczeństwa personelu placówek ochrony zdrowia osób, które często wielokrotnie w ciągu dnia pracy, a przynajmniej kilka razy w swoim życiu zawodowym ingerują w organizm drugiego człowieka (choćby poprzez pobranie krwi). Dlatego też niezwykle istotny jest komfort pracy, m.in. pielęgniarek, ratowników, poprzez zapewnienie im bezpiecznego sprzętu do pracy. Trudno niestety w chwili obecnej wiarygodnie zidentyfikować skalę tego zjawiska w Polsce. Nie ma bowiem w placówkach medycznych (m.in. szpitalach, przychodniach) jednolitych procedur, a w niektórych po prostu jest ich brak. Co więcej, jeżeli dojdzie do zranienia ostrym narzędziem, to nie każdy pracownik zgłosi takie zdarzenie z różnych przyczyn. Jak wynika z relacji przedstawicieli środowiska pielęgniarstwa częstokroć wynika to niestety z obaw przed zastraszaniem pracowników związanych z mogącymi pojawić się oskarżeniami o niekompetencje czy nawet groźbami utarty pracy.

Niniejsze opracowanie ma na celu przybliżyć wszystkim zainteresowanym przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (zwane w przewodniku rozporządzeniem zranieniowym). Trzeba podkreślić, iż rozporządzenie to jest próbą uporządkowania obowiązków pracodawcy wobec pracownika, który wypełniając efektywnie swoje obowiązki służbowe powinien znać i przestrzegać warunki bezpiecznej pracy, mieć zorganizowane stosownie do tego stanowisko pracy wyposażone w bezpieczny dla jego zdrowia i życia sprzęt.

Musimy pamiętać, że stworzenie zarówno bezpiecznego stanowiska pracy jak i jej organizacja jest niezwykle istotne szczególnie, że personel medyczny często pracuje w stresie, pod presją czasu co oznacza, że w takich sytuacjach podczas rutynowych zachowań łatwiej o zakłucie. Transpozycja Dyrektywy 2010/32/EU do polskiego prawa stwarza nową platformę współpracy pomiędzy pracodawcą a pracownikiem. Bezpieczne i higieniczne warunki pracy leżą w interesie zarówno pracodawców jak i pracowników. Jeżeli obie strony potraktują tę zasadę poważnie i odpowiedzialnie – to mamy szansę przybliżyć się do standardów światowych, jeżeli chodzi o kompleksowe podejście do zagadnień związanych z profilaktyką i postępowaniem poekspozycyjnym.

Autorzy wyrażają nadzieję na skuteczność implementacji tego rozporządzenia w polskiej rzeczywistości. Dużą rolę do odegrania będą miały organy kontrolujące, które po 28 lutym 2014 r. koniecznie powinny ocenić zakres i jakość wdrożenia pod kątem wypełnienia przez pracodawców przepisów Rozporządzenia i dostosowanie się do ich wykorzystania przez pracowników.

Pamiętajmy! Zdrowie pracowników jest rzeczą bezcenną. Dlatego w interesie pracodawców, pracowników jest rzetelne wypełnienie obowiązków wynikających z Rozporządzenia. Jest to zdecydowanie tańsze i bardziej opłacalne rozwiązanie niż koszty farmakologicznego postępowania poekspozycyjnego lub ewentualnych późniejszych roszczeń wynikających z zakażenia będącego konsekwencją ekspozycji zawodowej. A ostatecznie – to całe społeczeństwo skorzysta na tym wiedząc, że ma dostęp do profesjonalnych usług zdrowotnych.

W imieniu zespołu autorskiego
Prof. Andrzej Gładysz

Szanowni Państwo,

Truizmem wydaje się twierdzenie, że każda złotówka wydana na zapewnienie bezpiecznych warunków pracy, pracownikowi ochrony zdrowia, to inwestycja w zdrowie społeczeństwa. Tylko w pełni sił, obecni w pracy i zaangażowani w nią oraz zmotywowani do pracy pracownicy, wykonują zadania na powszechnie oczekiwanym poziomie.

Środowisko pracy w ochronie zdrowia nie jest bezpieczne. Zatrudnieni w nim pracownicy są w codziennym wykonywaniu obowiązków narażeni na szereg zjawisk, które im towarzyszą i stanowią potencjalne zagrożenie ich zdrowia. Wiemy, że nie jesteśmy w stanie wyeliminować wszystkich groźnych dla zdrowia i życia czynników, ale możemy skutecznie ograniczać ich wpływ na i tak bardzo już mizerne (w ochronie zdrowia) zasoby ludzkie. Takim działaniem może być wprowadzenie bezpiecznego sprzętu, który pozwoli uniknąć np. niepotrzebnych wyjść z pracy w celu poddania się postępowaniu poekspozycyjnemu i tym samym obniżenia standardów opieki (wynikających z braków kadrowych), kosztów związanych z leczeniem niepotrzebnych chorób wynikających ze zranień, czy też wydłużeniem czasu pobytu pacjenta w szpitalu (brak odpowiedniej opieki). Niewystarczająca liczba personelu to gorsza dostępność do poszczególnych świadczeń medycznych, także jako efektu wszechobecnej polityki karania za tzw. „nieudolność” w wykonywaniu zadań. Literatura pokazuje powszechność tego zjawiska w ochronie zdrowia, jak również niewłaściwe podejście do pracownika. Dla pracodawcy pracownik jest najczęściej tylko kosztem, a nie drogą do osiągnięcia celu jaki ma wytyczony organizacja czyli długofalową inwestycją umożliwiającą zapewnienie pacjentom świadczeń, jakich potrzebują. Od 2004 r. środowisko pielęgniarckie podejmowało szereg działań, które przyczyniły się do inicjatywy podpisania umowy ramowej pomiędzy HOSPEEM i EPSU. Tak, jak w USA inicjatywa ta wynikała z niedostrzegania przez szeroko pojęte otoczenie znaczenia problemu. W USA pierwszy w historii zakażony HIV pracownik-pielęgniarka doprowadziła do podpisania przez Prezydenta Clintona ustawy, która uznała ostre narzędzia medyczne za nielegalne (2000 r.). Efekty widać było już w pierwszym okresie po wprowadzeniu przepisów. Wydaje się więc logiczne korzystanie z dobrych praktyk, które zostały zweryfikowane i przynoszą korzyść człowiekowi. Myślenie polityków powinno być długofalowe i nie opierać się li tylko na „gaszeniu pożarów”, stąd inwestowanie w ten sektor dla poprawy bezpieczeństwa pracownika jest kluczowe dla pacjentów – klientów tego sektora. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie od 2006 r. aktywnie uczestniczyło w budowaniu świadomości środowiska oraz działania legislacyjnych. Proponowane przez MZ rozporządzenie nie spełnia naszych oczekiwań, gdyż nie wprowadza rozwiązań niezbędnych dla zabezpieczenia coraz powszechniejszych w systemie świadczenia pracy na podstawie umowy-zlecenia, czyli kontraktu. W chwili obecnej trzeba dołożyć wszelkich starań, aby podpisane rozporządzenie było zrozumiane i stosowane, a także niezwłocznie podjąć kroki, które pozwolą na zauważonych eliminację uchybień. Ze swojej strony pragnę podziękować Panu Michałowi Ilnickiemu (GIS), który bardzo zaangażował się w merytoryczne przygotowanie rozporządzenia oraz Koleżankom Katarzynie Babskiej, Dorocie Borkiewicz i Joannie Gąsiorowskiej współpracującej przy przygotowaniu tego przewodnika. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku Bezpieczny personel = Bezpieczny pacjent. Bezpieczny pacjent to oszczędności dla ochrony zdrowia (więcej personelu = mniej zdarzeń niepożądanych) i więcej środków w systemie, mniejsze kolejki do uzyskania świadczeń i zdrowsze społeczeństwo mogące sprostać szeroko rozumianej konkurencyjności w gospodarce. Stąd przychylność Towarzystwa do podjęcia starań wydania przewodnika ułatwiającego zrozumienie problemu i konieczności dokumentowania jego skali w praktyce.

Dorota Kilańska

Pełnomocnik ZG PTP ds. implementacji Dyrektywy 32/2010/UE
Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego 2005-2012

Rys historyczny/kulisy powstania – czyli o Dyrektywie 2010/32/UE

- przed 2004 r.** – dokonanie oceny ram prawnych w Unii Europejskiej obowiązujących przed 2004 r. przez Europejską Federację Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN) (ówcześnie Standing Committee of Nurses of the EU), PCN
- 2004 r.** – ogłoszenie wspólnego stanowiska ICN i EFN Safe Needles "Save Lives Nurses Call for EU Action Aimed at Safer Needle Devices" skierowane do polityków UE;
– spotkanie członków EFN oraz 30 pielęgniarek z 9 państw UE w dniu Światowego Dnia Walki z AIDS z członkami Parlamentu Europejskiego i Komisji Europejskiej;
– ogłoszenie sprawozdania o konkurencyjności europejskiej (SEC(2004)1397), sygnalizującego zwiększający się niedobór pracowników opieki zdrowotnej i znaczenie zapewnienia bezpieczeństwa pracy dla zaspokojenia przyszłych potrzeb społeczeństwa;
- 6.07.2006 r.** – ogłoszono rezolucję Parlamentu Europejskiego w sprawie ochrony pracowników opieki zdrowotnej przed zakażeniami krwiopochodnymi wynikającymi ze zranień;
- 17.10.2007 r.** – spotkanie w Parlamencie Europejskim w Brukseli w sprawie ochrony zdrowia pielęgniarek i położnych przed skutkami działania czynników biologicznych, w którym uczestniczyła polska delegacja; z udziałem delegacji z Polski (Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Departament Pielęgniarek i Położnych);
- 17.11.2008 r.** – Europejski Związek Pracodawców Szpitali i Ochrony Zdrowia Healthcare (HOSPEEM) i Europejska Federacja Związków Zawodowych Służb Publicznych (EPSU) poinformowały Komisję Europejską o zamiarze prowadzenia negocjacji w sprawie porozumienia ramowego dotyczącego zapobiegania ostrym urazom w szpitalu i w opiece zdrowotnej;
- 17.07.2009 r.** – HOSPEEM i EPSU podpisały „Umowę ramową w sprawie zapobiegania ostrym urazom w szpitalu i w sektorze opieki zdrowotnej”;
- 10.05.2010 r.** – Rada Europejska przyjęła Dyrektywę Rady 2010/32/UE w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU;
- 11 maja 2013 r.** – termin transpozycji przepisów Dyrektywy Rady 2010/32/UE przez państwa członkowskie w postaci wprowadzenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych koniecznych do jej wykonania.

Zjawisko ekspozycji zawodowej w Polsce

Ekspozycja zawodowa w liczbach:

Na podstawie badań przeprowadzonych przez niezależnych ekspertów¹

Polska:

37 000 – szacunkowa liczba zakłuć ostrym narzędziem medycznym, czyli około **100** zakłuć dziennie.

Z badań przeprowadzonych w latach 2004-2008 wynika, że **ekspozycje dotyczyły najczęściej pielęgniarek – 60%**; do incydentów dochodziło głównie na **salach chorych – 36% lub w gabinetach zabiegowych – 29%**.

Świat:

W przeciętnym europejskim szpitalu dochodzi do **12-30 zakłuć na 100 łóżek**, przy czym **60-80%** tych incydentów nie jest zgłaszanych. W USA, Japonii i we Włoszech do zakłuć dochodzi najczęściej na salach chorych (34-39%) i na blokach operacyjnych (16-24%) podczas szycia, wykonywania iniekcji i pobierania krwi.

Uzasadnienie do rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami

Polska:

Na podstawie danych międzynarodowych opartych o liczbę faktycznie rejestrowanych zranień w szpitalach uczestniczących w specjalistycznych sieciach nadzoru nad zdarzeniami tego typu (EPINET) w Polsce w sektorze szpitalnictwa może dochodzić do ok. **27 000 rocznie** (20 zranień w ciągu roku na każde 100 wykorzystanych łóżek).

Nie każde zdarzenie jest w Polsce zgłaszane zarówno przez personel medyczny jak i pracodawców. Wynika to m.in. z:

- niskiej świadomości zagrożeń wynikających z ekspozycji zawodowej wśród personelu medycznego,
- obawy przed podważeniem kompetencji przez przełożonego, czy nawet zwolnieniem z pracy,
- przeciążenia pracą, wykonywaną często pod presją czasu i konieczności zaspokojenia potrzeb pacjentów, w pośpiechu bez wsparcia ze strony zespołu, wykonując wiele zadań w tym samym czasie.

Dlatego też trudno jest rzetelnie oszacować, do ilu zranień ostrymi narzędziami dochodzi. Dodatkowym elementem utrudniającym identyfikację tego zjawiska są rozbieżności w schemacie postępowania poekspozycyjnego ujęte w procedurach placówek ochrony zdrowia, a niekiedy nawet ich brak.

Z informacji Głównego Urzędu Statystycznego wynika, iż w roku 2011 spośród 6492 urazów w placówkach ochrony zdrowia tylko 300 to zranienia wyrobami medycznymi. Dlatego też uporządkowanie zagadnień związanych z profilaktyką i postępowaniem ekspozycyjnym oraz poekspozycyjnym jest jak najbardziej uzasadnione.

1. dr hab. n. med. Maria Gańczak, Ocena skali problemu i metod prewencji, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nr 7-8/2012,s.36.

Zjawisko ekspozycji zawodowej w Polsce

Koszty leczenia poekspozycyjnego:

Konsekwencje wynikające ze zranień ostrymi narzędziami mogą być niekiedy bardzo poważne, gdyż mogą prowadzić do zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu B lub C albo wirusem HIV. Średnio koszt postępowania poekspozycyjnego waha się od 4 do 7 tysięcy na jedno zranienie. Ale to nie wszystko – są jeszcze koszty pośrednie – czyli leczenie chorób, które rozwinęły się w następstwie zakażenia, koszty zwolnienia chorobowego, czy ewentualnej renty. Nie ma niestety nowych wyliczeń, ale na podstawie danych sprzed 15 lat kompleksowo szacowano to na ok. 40 tys. zł.

Wg badań korzystanie z bezpiecznego sprzętu obniża koszty postępowania ekspozycyjnego nawet o 75%

100 000 sztuk "bezpiecznych igieł"	20 000 PLN?
Koszt 1 postępowania poekspozycyjnego	4 - 6 tys. PLN
20 tys. = 4 postępowania poekspozycyjne ?	12 - 30 zakażeń na 100 łóżek/rok
183 040 łóżek w Polsce w 2009 r.	
1000 łóżek = 300 zranień x 4000 = 400 000 PLN	

oprac. Dorota Kilańska, 2012

Główne postanowienia rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami

Nadrzędny cel przepisów europejskich:

Cele Umowy Ramowej:

- Zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy
- Zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania wszelkich ostrych narzędzi (w tym zranieniom igłą)
- Ochrona pracowników narażonych
- Przyjęcie zintegrowanego podejścia w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka, zapobiegania ryzyku, szkoleń, informacji, zwiększania świadomości oraz do wprowadzenia procedur w zakresie reagowania i działań następczych monitorowania

Nadrzędnym celem Dyrektywy 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU jest realizacja jednego z celów polityki społecznej, czyli poprawa warunków pracy. Umowa ramowa stanowi załącznik do Dyrektywy, a jej postanowienia stanowią integralną część prawa unijnego, zdecydowanie wzmacniając prawa pracownika, jeżeli chodzi o jego zabezpieczenie w postaci stworzenia bezpiecznego i higienicznego stanowiska pracy, m.in. poprzez wyposażenie w sprzęt zapobiegający zranieniom ostrymi narzędziami.

Główne postanowienia rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami.

Uwagi ogólne:

Ilekroć mowa jest w przewodniku o „rozporządzeniu o zapobieganiu zranieniom” oznacza ono rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. z dnia 19.06.2013 r. poz. 969).

Ilekroć w przewodniku jest mowa o pracodawcy i pracowniku należy przez to rozumieć również relację między podmiotem zlecającym pracę a osobą, która ją wykonuje pod nadzorem lub w miejscu wyznaczonym przez zlecającego bez względu na to czy wiąże je stosunek pracy w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy. Ze względu na przejrzystość tekstu, w ślad za techniką prawodawczą zastosowaną w § 1 ust. 3 rozporządzenia o zapobieganiu zranieniom, przyjęto w przewodniku określenia pracodawca oraz pracownik w znaczeniu w jakim słowa te są powszechnie używane w języku polskim i zgodnie z zakresem podmiotowym przepisów zawartych w rozporządzeniu.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie art. 237¹⁵ § 2 Kodeksu pracy (Dz. U. z 1988 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.) i jest integralną częścią przepisów, które wyznaczają ramy, jeżeli chodzi o tworzenie bezpiecznego i higienicznego środowiska pracy w Polsce. Pracodawca jest zobowiązany chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy wykorzystując do tego osiągnięcia współczesnej nauki i techniki.

Pracodawcy są zobowiązani do stosowania wszelkich dostępnych środków do eliminacji zranień ostrymi narzędziami.

Oprócz ogólnych zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, do jakich zobowiązany jest stosować się pracodawca, również i temu rozporządzeniu pracodawcy podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zobowiązani są poświęcić baczną uwagę. Chodzi tu zarówno o pracodawców z sektora publicznego jak i prywatnego.

Ostre narzędzie – to wyrób medyczny² służący do cięcia, kłucia oraz mogący spowodować zranienie i w efekcie przeniesienie zakażenia. Do tej kategorii należy zaliczyć wszelkie igły, skalpele itp. Jako ostre przedmioty powinny być traktowane również te wyroby medyczne, które przy swoim zwykłym użytkowaniu mogą nieść zagrożenie zranieniem np. ampułki szklane po ich otwarciu (przełamaniu).

Zranienie ostrym narzędziem w tym rozporządzeniu traktowane jest jako wypadek przy pracy. Przypomnijmy, że w myśl obowiązujących przepisów za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodującą uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą³.

²Por. definicję wyrobów medycznych z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.).

³Zob. art. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (TJ Dz. U. z 2009 r. Nr 167, poz. 1322 z późn. zm.).

Główne postanowienia rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami.

Kogo dotyczy rozporządzenie?

Pracodawca (podmiot zlecający pracę): jest zobowiązany do stosowania wszelkich dostępnych środków w celu eliminacji zranień ostrymi narzędziami wśród pracowników, wg. zasad opisanych w rozporządzeniu o zapobieganiu zranieniom.

Pracownik (osoba wykonująca pracę): wszystkie osoby pracujące pod kierownictwem lub nadzorem pracodawców w sektorze opieki zdrowotnej, czyli osoby będące pracownikami w rozumieniu przepisów prawa pracy oraz osoby:

- zatrudnione na podstawie umów cywilno-prawnych (lekarze konsultanci, lekarze i pielęgniarki zatrudnione w formie umowy zlecenia do pełnienia dyżurów),
- zatrudnione za pośrednictwem agencji pracy czasowej (obecnie tak są zatrudniane salowe oraz personel sprzątający),
- będące stażystami, praktykantami, uczniami i słuchaczami szkół, doktorantami oraz studentami uczelni medycznych oraz wolontariuszami uczestniczącymi w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Prof. Andrzej Gładysz:

Problemem nadal nierozwiązanym jest kto powinien ponosić koszty związane z przypadkowym zranieniem osób, np.: z serwisu sprzątającego. Tego rodzaju sytuacja może prowadzić do eskalacji problemu w relacjach pomiędzy placówką medyczną a podwykonawcą.

Przepisów rozporządzenia nie stosuje się natomiast do osób wykonujących zawód medyczny w formie indywidualnej praktyki zawodowej (np. we własnym gabinecie lub w miejscu wezwania) chyba, że udzielają świadczeń zdrowotnych pod nadzorem lub w miejscu wyznaczonym przez zlecającego pracę.

Zgodnie z intencją projektodawcy przepisów tego rozporządzenia nie stosuje się również do osób zatrudnionych w zewnętrznych firmach współdziałających, ale nienależących do sektora opieki zdrowotnej (np. świadczących usługi z zakresu utylizacji odpadów, usługi cateringu itp.), jak również do osób wykonujących wstrzyknięcia leków samodzielnie sobie, lub osobom bliskim (np. wstrzyknięcie insuliny).

Główne postanowienia rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami.

Warunki bezpieczeństwa i higieny pracy w odniesieniu do osób udzielających świadczeń w podmiocie leczniczym, wykonujących prace na różnej podstawie prawnej - w ramach stosunku pracy albo umów cywilnych:

Jak już wspomniano przepisy rozporządzenia nie odnoszą się jedynie do osób, które faktycznie są swoim własnym „pracodawcą” tzn. udzielają świadczeń medycznych w formie indywidualnej praktyki zawodowej (np. we własnym gabinecie lub w miejscu wezwania). W takich przypadkach brak jest pracodawcy lub zlecającego pracę i w sposób oczywisty decyzja o rodzaju stosowanych wyrobów medycznych i zabezpieczeniach, w które są wyposażone, zależy wyłącznie do tych osób.

Jak mają się natomiast sprawy w sytuacji, w której w danym podmiocie leczniczym jego właściciel (reprezentujące go statutowe organy) dla części personelu zatrudnionego na podstawie umowy o pracę - jest pracodawcą, a dla części personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilnych - jest zlecającym pracę?

Należy zaznaczyć, że zgodnie z art. 304 § 1 Kodeksu pracy pracodawca jest obowiązany zapewnić bezpieczne i higieniczne warunki pracy (o których mowa w art. 207 § 2 Kodeksu pracy) nie tylko pracownikom, lecz również osobom fizycznym wykonującym pracę w zakładzie pracy na innej podstawie niż stosunek pracy albo w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę, a także osobom prowadzącym w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę na własny rachunek działalność gospodarczą (dla tych osób pracodawca jest więc faktycznie zlecającym pracę). Pracodawca jest również obowiązany zapewnić bezpieczne i higieniczne warunki zajęć odbywanych na terenie zakładu pracy przez studentów i uczniów nie będących jego pracownikami (art. 304 § 2 Kodeksu pracy).

Ponadto zgodnie z art. 304 § 3 Kodeksu pracy obowiązki określone w art. 207 § 2 Kodeksu pracy stosuje się odpowiednio również do przedsiębiorców niebędących pracodawcami, a organizujących pracę wykonywaną przez osoby fizyczne na innej podstawie niż stosunek pracy oraz prowadzące na własny rachunek działalność gospodarczą.

Warto przytoczyć w tym miejscu przepisy Art. 237^{11a} Kodeksu Pracy, który nakazuje pracodawcom współpracę w zakresie BHP.

Art. 237^{11a}

§ 1. Pracodawca konsultuje z pracownikami lub ich przedstawicielami wszystkie działania związane z bezpieczeństwem i higieną pracy, w szczególności dotyczące:

- 1) zmian w organizacji pracy i wyposażeniu stanowisk pracy, wprowadzania nowych procesów technologicznych oraz substancji chemicznych i ich mieszanin, jeżeli mogą one stwarzać zagrożenie dla zdrowia lub życia pracowników,
- 2) oceny ryzyka zawodowego występującego przy wykonywaniu określonych prac oraz informowania pracowników o tym ryzyku,
- 3) tworzenia służby bhp lub powierzania wykonywania zadań tej służby innym osobom oraz wyznaczania pracowników do udzielania pierwszej pomocy, a także wykonywania działań w zakresie zwalczania pożarów i ewakuacji pracowników,
- 4) przydzielania pracownikom środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego,
- 5) szkolenia pracowników w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Główne postanowienia rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami.

Należy podkreślić, że zgodnie z art. 41 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947) koszty profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), do której doszło w wyniku wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych, są ponoszone nie tylko przez pracodawcę, lecz obowiązek ten spoczywa również na zlecającym pracę.

Osoby zatrudnione na podstawie umowy cywilnej, jeśli zleceniodawca nie zaproponuje w kontrakcie odpowiedniego odniesienia się do ww. przepisów prawa powszechnie obowiązującego, powinni sami zainicjować wprowadzenie do umowy tego typu postanowień dotyczących przebiegu postępowania poekspozycyjnego i wynikających z niego kosztów. Pozwoli to uniknąć niepotrzebnych sporów interpretacyjnych w sytuacji, gdy niezbędne jest szybkie wdrożenie postępowania poekspozycyjnego.

Obowiązki pracodawcy przy aktywnym udziale pracowników:

Działania podejmowane na rzecz polepszenia bezpieczeństwa i higieny pracy w miejscach pracy i poszczególnych stanowiskach powinny być uzgadniane z pracownikami w sposób aktywny. W skład zespołu pracowników współpracujących powinni, oprócz kadry zarządzającej placówką, znaleźć się praktycy: liderzy zespołów, pracownicy laboratorium czy odpowiedzialni za BHP.

Aktywna współpraca z przedstawicielami pracowników powinna mieć miejsce przede wszystkim przy:

- opracowywaniu i wdrażaniu procedur bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym będącymi odpadami medycznymi, w szczególności obejmujące zakaz ponownego zakładania osłonek na ostre narzędzia;
- eliminacji przypadków zbędnego stosowania ostrych narzędzi poprzez wyniki oceny ryzyka i zapewnianiu bezpiecznego sprzętu, który zawiera rozwiązania chroniące przed zranieniem;
- opracowywaniu i wdrażaniu procedur używania odpowiednich środków ochrony indywidualnej dostosowanych do rodzaju stopnia narażenia danego stanowiska pracy;
- analizowaniu raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, który jest przygotowywany przez pracodawcę raz na pół roku, z tym, że pierwszy taki raport musi być sporządzony do 28 lutego 2014 r.;
- okresowej weryfikacji procedur zgłaszania zranień ostrymi narzędziami, zakresu i rodzajów analiz zawartych w raporcie; można również rozważyć prowadzenie zbiorów informacji statystycznych obejmujących przypadki zranień ostrymi narzędziami oraz kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym dla celów badawczych.

Ponadto pracodawca jest zobowiązany do konsultacji z przedstawicielami pracowników przygotowywanych materiałów informacyjnych, które promują dobre praktyki w zakresie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami.

Wszelkie procedury muszą być przygotowane w formie papierowej i elektronicznej.

Prof. Andrzej Gładysz:

W przypadku, występowania np.: umów cywilnoprawnych, ważne jest przede wszystkim ustalenie pracodawcy głównego, który odpowiada za odpowiednie zabezpieczenie miejsca pracy pracownika, niezależnie od rodzaju umowy która reguluje wykonywanie określonych czynności. Pracownik może podjąć dodatkowy wysiłek w celu doprecyzowania odpowiednich zapisów umownych regulujących współpracę z tymże pracodawcą, ale zawsze odpowiedzialność za zabezpieczenie miejsca pracy spoczywa na pracodawcy głównym. Jest to bardzo ważne nie tylko ze względu na personel medyczny, ale i pomocniczy czy sprzątający, którego tego rodzaju umowy głównie dotyczą.

Główne postanowienia rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami.

Samodzielne obowiązki pracodawcy:

Obowiązkiem pracodawcy jest zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą pracodawcy, na podstawie przepisów rozporządzenia o zapobieganiu zranieniom zranieniowego, dodatkowo są zobowiązani do:

- a. organizacji miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób pozwalający na uniknięcie lub zminimalizowanie narażenia na zranienie ostrym narzędziem;
- b. zapewnienia warunków do bezpiecznego zbierania, przechowywania oraz usuwania odpadów medycznych z zastosowaniem łatwo dostępnych, bezpiecznych i oznakowanych pojemników, które są umieszczone w pobliżu miejsc używania lub przechowywania ostrych narzędzi;
- c. wdrażania odpowiednich środków profilaktycznych;
- d. zapewnienia środków ochrony indywidualnej;
- e. informowania pracowników o dostępnych szczepieniach ochronnych, którzy zostali zidentyfikowani na podstawie oceny ryzyka, że są narażeni na szkodliwy czynnik biologiczny. Takie szczepienia są przeprowadzane na zasadach określonych w art. 17 i 18 oraz art. 20 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń o chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.);
- f. zapewnienia pracownikom stałego dostępu do instrukcji oraz innych sporządzonych w formie papierowej i elektronicznej informacji o zasadach używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej;
- g. promowania dobrych praktyk w zakresie zapobiegania narażeniu na zranienia ostrymi narzędziami;
- h. prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- i. opracowania i wdrażania procedury postępowania ekspozycyjnego;
- j. informowania pracowników o:
 - ryzyku związanym z narażeniem na zranienia ostrymi narzędziami,
 - zasadach postępowania w przypadku narażenia zgodnie z wcześniej przygotowaną wcześniej procedurą postępowania poekspozycyjnego;
- k. udostępniania pracownikom raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy, który jest przygotowywany przez pracodawców raz na pół roku;
- l. organizowania systematycznych szkoleń.

Pracodawca powinien zachęcać pracownika, aby ten na bieżąco zgłaszał swoje spostrzeżenia celem zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami.

Pracodawca - niezwłocznie po wystąpieniu incydentu zranienia u pracownika zobowiązany jest do podjęcia następujących czynności:

- zbadania przyczyn i okoliczności, w których nastąpiło zranienie;
- umieszczenia danego przypadku w specjalnym rejestrze,
- dokonania zmian w procedurze bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami – jeżeli jest taka konieczność,
- poinformowania pracowników o nowym ryzyku związanym z używaniem ostrego narzędzia,
- poinformowania lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikiem w przypadku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny.

Prof. Andrzej Gładysz:

Po wystąpieniu incydentu zranienia w środowisku, w który miało ono miejsce - powinno zostać przeprowadzone szkolenie przypominające, uwzględniające zachowania prewencyjne a także postępowanie poekspozycyjne.

Główne postanowienia rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami.

Prof. Andrzej Gładysz: Termin „niezwłocznie” powinien być dokładnie doprecyzowany w procedurze poekspozycyjnej obowiązującej w danej placówce. W praktyce oznacza on możliwość zastąpienia pracownika na jego miejscu pracy, w najkrótszym możliwym czasie przez innego pracownika oraz natychmiastową możliwość skorzystania przez pracownika, którego incydent dotyczył z badań diagnostycznych. W tym celu placówka powinna wykonywać diagnostykę poekspozycyjną, albo we własnym zakresie z zastrzeżeniem wykonania jej w trybie pilnym, albo przekazać te zadania wyspecjalizowanemu ośrodkowi, który w oparciu o zasady spisane w umowach z ośrodkiem zdrowia, dokona takiej diagnostyki na CITO.

Obowiązki pracownika w przypadku wystąpienia ekspozycji zawodowej:

W przypadku wystąpienia zranienia ostrym narzędziem pracownik powinien:

- niezwłocznie zgłosić takie zdarzenie pracodawcy lub osobie wykonującej zadania służby bezpieczeństwa i higieny pracy,
- dodatkowo, jeżeli nastąpi kontakt z krwią lub innym zakaźnym materiałem biologicznym przekazać taką informację wyznaczonemu lekarzowi, który jest odpowiedzialny za przeprowadzenie postępowania poekspozycyjnego,
- zapoznawać się na bieżąco z przygotowywanymi przez pracodawcę procedurami i raportami,
- uczestniczyć w szkoleniach.

Warto również przypomnieć, że art. 237^{11a} § 2 Kodeksu pracy przewiduje możliwość zgłaszania przez pracowników lub ich przedstawicieli wszelkich wniosków, które mogą przyczynić się do eliminacji i ograniczenia zagrożeń zawodowych. Warto by było, aby pracownicy traktowali to prawo jako obowiązek.

Ocena ryzyka:

Aby eliminować zjawisko zranień ostrymi narzędziami pracodawcy zobowiązani są do zapewnienia swoim pracownikom bezpiecznego sprzętu.

Bezpieczny sprzęt to ostrze lub igła - używana do pobierania płynów ustrojowych, uzyskania dostępu do żyły lub tętnicy lub podawania leków oraz innych płynów z wbudowanym mechanizmem zabezpieczającym, który skutecznie zmniejsza ryzyko ekspozycji.

źródło: United States Department of Labor. Occupational Safety and Health Administration: Occupational exposure to bloodborne pathogens; needle-sticks and other sharps injuries.

Decyzja o wyborze zakupu odpowiedniego sprzętu powinna być podjęta na podstawie przeprowadzonej przez pracodawcę oceny ryzyka (na stanowisku pracy) zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz możliwości przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji zawodowej na danym stanowisku pracy. Ocenę ryzyka sporządza się nie rzadziej niż raz na dwa lata, chyba że wcześniej nastąpiły zmiany na danym stanowisku pracy, które mogą mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w miejscu pracy. Rozporządzenie zranieniowe przewiduje również, że ocenę ryzyka przeprowadza się również po wystąpieniu incydentu zranienia, w celu weryfikacji wcześniejszych wniosków.

Główne postanowienia rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami.

Ocena ryzyka bezwzględnie powinna opierać się na najnowszych doniesieniach naukowych i postępie technologicznym mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy.

Dokumentacja z przeprowadzonej oceny ryzyka powinna być sporządzona wg zasad określonych w § 39a ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650, z późn. zm.) i przede wszystkim zawierać następujące informacje:

- 1) opis ocenianego stanowiska pracy, w tym wyszczególnienie:
 - a) stosowanych maszyn, narzędzi i materiałów,
 - b) wykonywanych zadań,
 - c) występujących na stanowisku niebezpiecznych, szkodliwych i uciążliwych czynników środowiska pracy,
 - d) stosowanych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej,
 - e) osób pracujących na tym stanowisku;
- 2) wyniki przeprowadzonej oceny ryzyka zawodowego dla każdego z czynników środowiska pracy oraz niezbędne środki profilaktyczne zmniejszające ryzyko;
- 3) datę przeprowadzonej oceny oraz osoby dokonującej oceny.

Należy również pamiętać o tym, że jeżeli dane stanowisko pracy zostanie zidentyfikowane z potencjalnym ryzykiem zranienia ostrym narzędziem zanieczyszczonym krwią lub innym zakaźnym materiałem biologicznym, konieczne jest zastosowanie dodatkowo przepisów §7 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81, poz. 716, z późn. zm.). Wymaga ono prowadzenia przez pracodawcę rejestru prac narażających pracowników na działanie szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 4 lub 4 zagrożenia⁴.

Ocena ryzyka powinna uwzględniać:

- 1) klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 222¹ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy oraz zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowane chorobami, które mogą wystąpić w następstwie zakażenia, a także możliwego działania toksycznego lub alergizującego szkodliwych czynników biologicznych;
- 2) stan zdrowia pracownika, w tym w szczególności choroby przewlekłe, na które choruje;
- 3) określenie narażenia, w tym rodzaj, stopień oraz czas jego trwania;
- 4) czynności, w trakcie których może dojść do narażenia;
- 5) rodzaje wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych ostrych narzędzi, warunki pracy, sposób organizacji pracy, poziom kwalifikacji personelu, czynniki psychospołeczne i inne czynniki związane ze środowiskiem pracy;
- 6) decyzje, wystąpienia i zalecenia pokontrolne organów kontroli i nadzoru nad warunkami pracy, wydane na podstawie ustaleń kontroli przeprowadzonych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

⁴Chodzi tu m.in. o wirus ospy, wirus Ebola, Marburg, czy omskiej gorączki krwotocznej.

Główne postanowienia rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami.

Postępowanie poekspozycyjne:

Rozporządzenie dotyczące zranień ostrymi narzędziami nakłada obowiązek podjęcia działań profilaktycznych u pracownika, który uległ zranieniu lub ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał. W związku z tym pracodawca powinien mieć opracowaną i wdrożoną procedurę umożliwiającą natychmiastowe udzielenie pomocy w takiej sytuacji. Badania diagnostyczne, immunoprofilaktyka czynna i bierna, profilaktyczne leczenie poekspozycyjne – to obowiązkowe elementy procedur, których realizacja powinna zostać przez pracodawcę zapewniona. Po zranieniu ostrym narzędziem pracownik musi być otoczony opieką zgodnie z opracowaną procedurą poekspozycyjną. Zasadnym wydaje się, aby ta procedura zawierała zasady przemieszczania się osoby, która została zraniona ostrym narzędziem. Dotyczy to takich przypadków, w których konieczne jest zastosowanie leczenia profilaktycznego szczególnie jeśli placówka udzielająca tych świadczeń jest w innym miejscu.

Rejestracja zranień ostrymi narzędziami:

Pracodawcy są zobowiązani do prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami. Zakres informacji, które powinny się znaleźć w takim wykazie określa rozporządzenie. Poniżej przedstawiamy przykładowy schemat:

Kolejny numer zdarzenia w roku	Data zdarzenia	Jednostka organizacyjna podmiotu wykonującego działalność leczniczą	Rodzaj i model narzędzia, które spowodowało zranienie	Rodzaj procedury medycznej oraz czynność w trakcie którego doszło do zranienia	Inne informacje w trakcie postępowania przy ustalaniu okoliczności i przyczyn zranienia ostrym narzędziem
1.					
2.					

Edukacja, szkolenia:

Aby wypracować wśród osób zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia wysoki poziom zachowań pożądanych na stanowisku pracy pracodawcy są zobowiązani do prowadzenia działań edukacyjnych w formie szkoleń. Trzeba bowiem zdawać sobie sprawę z tego, że stosowanie nawet najbardziej bezpiecznego sprzętu nie może odbywać się w oderwaniu od konkretnej procedury postępowania z nim.

Jak powinny wyglądać szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy określa rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 17 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. (Dz. U. z 2004 r. Nr. 180 poz. 1860 z późn. zm.) Warto podkreślić, że każdy pracownik przed objęciem danego stanowiska powinien przejść instruktaż ogólny i stanowiskowy w formie szkolenia. Szkolenie to powinno zawierać moduły, uwzględniające wewnętrzną sytuację dot. zjawiska zranień ostrymi narzędziami, takie jak:

- prawidłowe postępowanie z ostrymi narzędziami, w tym narzędziami zawierającymi rozwiązania chroniące przed zranieniem,
- potencjalne zagrożenie dla życia i zdrowia spowodowanego zranieniem ostrym narzędziem oraz kontaktem z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym,
- środki, które należy podjąć w celu zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami, obejmujące standardowe środki ostrożności, bezpieczne systemy pracy, prawidłowe stosowanie i procedury usuwania ostrych narzędzi i odpadów oraz znaczenie uodpornienia przy użyciu szczepionek,

Główne postanowienia rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami.

- wyposażenie i stosowanie środków ochrony indywidualnej odpowiednich dla rodzaju i stopnia narażenia,
- procedury postępowania poekspozycyjnego,
- procedura zgłaszania oraz prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami i sprawozdawczości w tym zakresie,
- okoliczności i przyczyn zranień ostrymi narzędziami, w tym wyników analiz w tym zakresie zawartych w raporcie, który raz na pół roku przygotowuje pracodawca.

Prof. Andrzej Gładysz:

Szkolenia powinny odbywać się nie tylko co 2 lata, ale także w każdym przypadku wystąpienia incydentu ekspozycji na materiał zakaźny. Dodatkowo, producenci bezpiecznego sprzętu dostarczający rozwiązania do placówek służby zdrowia winni rozważyć organizację szkoleń dotyczących posługiwania się ich produktami oraz udostępnić materiały edukacyjne dla personelu ich używającego.

Raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym:

Raz na pół roku pracodawcy sporządzają specjalny raport, który jest „swoistą encyklopedią” wiedzy o sytuacji w zakresie używania bezpiecznych wyrobów medycznych. Raport, który jest dokumentem do którego wgląd mogą mieć pracownicy, składa się z podstawowych sześciu części:

1. tabelaryczne zestawienie liczby zranień ostrymi narzędziami, do których doszło w podmiocie leczniczym w okresie sprawozdawczym oraz w równym mu długością okresie poprzedzającym, w podziale na jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego;
2. tabelaryczne zestawienie stosowanych w podmiocie leczniczym rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem;
3. analiza okoliczności i przyczyn zranień, ze szczególnym uwzględnieniem ich przyczyn systemowych;
4. propozycje możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień i wyeliminowanie przyczyn (w tym organizacyjnych i błędów ludzkich) oraz stworzenie możliwości wprowadzenia do użytku w podmiocie leczniczym nowych rodzajów ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wraz z oszacowaniem kosztów takich działań;
5. informacje o działaniach, o których mowa w § 4 ust. 3, jeżeli były realizowane w okresie sprawozdawczym, czyli zostały poddane ocenie obowiązujące procedury oraz czy zostały aktualizowane uwzględniając postęp technologiczny oraz dostępność ostrych narzędzi, które zawierają mechanizmy chroniące przed zranieniem;
6. informacje o wprowadzonych zmianach sprzętowych, organizacyjnych i edukacji pracowników oraz na temat innowacyjności technologicznej wprowadzonego sprzętu.

Raport musi uwzględniać przede wszystkim propozycje działań ograniczających i eliminujących przyczyny (w tym organizacyjne i wynikające z popełnionych błędów ludzkich) oraz stworzenie możliwości wprowadzenia do użytku w podmiocie leczniczym nowych rodzajów ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wraz z oszacowaniem kosztów takich działań.

W celu ujednolicenia i ułatwienia sporządzania raportów autorzy przewodnika przygotowali wzór modelowego raportu, który stanowi załącznik do niniejszego opracowania. Wzór raportu należy traktować jako rekomendowaną dobrą praktykę. Oczywiście możliwe jest przygotowanie innego raportu pod warunkiem, że zawarte zostaną w nim wszystkie te elementy, które są wymagane rozporządzeniem.

Pierwszy raport powinien być sporządzony do dnia 28 lutego 2014 r.

Sugerowane działania do podjęcia przez różne grupy zawodowe

Każda grupa zawodowa może podjąć indywidualnie działania, celem prawidłowej implementacji przepisów rozporządzenia w placówkach leczniczych. Jednak dialog pomiędzy pracodawcą a pracownikami w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy, a w szczególności zapobieganiu zranieniu ostrymi narzędziami w placówkach leczniczych jest bardzo istotny. Doświadczenie uczy, że współpraca ta powinna mieć charakter stały, a zespół specjalistów po obu stronach, powinien posiadać kompetencje docierania do wszystkich grup zawodowych. Zadaniem takiego zespołu jest, w pierwszej kolejności uświadomienie i zdefiniowanie błędnych zachowań personelu, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia incydentu zranieniowego. To punkt wyjścia zarówno do prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie procedur bhp, jak i zagadnień związanych z ekspozycją zawodową.

1) Personel medyczny

Po dokładnym zapoznaniu się z treścią rozporządzenia o zapobieganiu zranieniom, personel medyczny powinien zwrócić szczególną uwagę na swoje stanowisko pracy, pod kątem ryzyka wystąpienia zranienia ostrym narzędziem. Swoje spostrzeżenia ma obowiązek zgłosić zarówno bezpośrednim przełożonym, jak i społecznym inspektorom pracy, którzy mają uprawnienia do inicjowania działań w zakresie przestrzegania przepisów w zakresie bhp oraz inicjowania działań na rzecz polepszenia warunków pracy.

2) Kierownictwo podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Pełnomocnik: Kierownictwo podmiotów wykonujących działalność leczniczą powinno ustanowić zespół praktyków - specjalistów z kompetencjami do działania na tym polu, odpowiedzialny wyłącznie za wdrożenie przepisów rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami. Jego pierwszym zadaniem musi być analiza obowiązujących procedur w zakładzie pracy i opracowanie harmonogramu swoich prac do 28 lutego 2014 r. Pełnomocnik ten powinien być wyposażony w kompetencje umożliwiające współpracę z pracownikami każdego szczebla celem monitorowania wdrażania, opracowania, analizowania i uaktualniania procedur, które zobowiązany jest posiadać pracodawca.

Prof. Andrzej Gładysz:

Pracodawcy powinni dostosować swoje polityki zakupowe dot. bezpiecznego sprzętu do wniosków wynikających z przeprowadzonej analizy oceny ryzyka.

Komunikacja z pracownikami będzie odgrywała znaczącą rolę, jeżeli chodzi o powodzenie wdrażania w życie postanowień przepisów rozporządzenia. Dlatego też kierownictwo nie powinno zapominać o konsultacjach z pracownikami wymienionych w podrozdziale obowiązków. W tym celu warto, np.: raz na miesiąc informować załogę o postępie prac. Informacje takie mogą być przekazywane w różny sposób:

- kaskadowo – poprzez kierowników jednostek organizacyjnych,
- poprzez wykorzystanie dostępnych narzędzi komunikacyjnych, np.: intranet, tablice informacyjne, wewnętrzne wydawnictwa,
- na odrębnym spotkaniu z przedstawicielami związków zawodowych,
- na spotkaniu z załogą.

Sugerowane działania do podjęcia przez różne grupy zawodowe.

3) Społeczni inspektorzy pracy

W niektórych zakładach pracy działają tzw. społeczni inspektorzy pracy, którzy są wybierani spośród pracowników. Głównie są nimi członkowie związków zawodowych. Zgodnie z ustawą z dnia 24 czerwca 1983 r. o społecznej inspekcji pracy (Dz. U. Nr 35, poz. 162 z późn. zm.) społeczni inspektorzy pracy mają kompetencje kontrolne w zakresie przestrzegania przepisów prawa pracy, w szczególności w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Mają oni prawo udziału w analizie przyczyn powstawania wypadków podczas pracy, czyli w przypadku gdy dojdzie do zranienia ostrym narzędziem, społeczny inspektor również uczestniczy w obowiązkowym postępowaniu powypadkowym.

Ważnym narzędziem do wypełniania swoich praw i obowiązków, które może wykorzystać społeczny inspektor pracy celem podwyższenia standardów na stanowiskach pracy personelu medycznego jest zalecenie. Zaletą tego narzędzia jest to, że pracodawca ma obowiązek zapewnić jego wykonanie.

Obowiązkiem Inspektora BHP jest zainicjowanie prac i/lub zaangażowanie się w aktywne dostosowanie warunków pracy do przepisów rozporządzenia dotyczącego zranień. Przede wszystkim powinien on dopilnować, aby raporty, które będą sporządzone do dnia 28 lutego 2014 r. były upublicznione, a opracowane dokumenty i procedury, jak np.: ocena ryzyka czy procedura poekspozycyjna, były dostępne dla wszystkich pracowników.

Organy nadzoru – egzekucja i kontrola wdrożenia przepisów rozporządzenia.

Aby zapewnić bezpieczeństwo i higienę pracy w zakładach pracy konieczne jest regularne przeprowadzanie kontroli pod kątem przestrzegania przez pracodawców przepisów w tym zakresie. Jeżeli chodzi o rozporządzenie dotyczące zranień, to zarówno Państwowa Inspekcja Sanitarna oraz Inspekcja Pracy mają ustawowe kompetencje, aby kontrolować przestrzeganie tych przepisów w zakładach pracy i dla prawidłowego implementowania rozporządzenia konieczna jest współpraca obydwu tych organów.

Państwowa Inspekcja Sanitarna – zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej⁵ sprawuje ona nadzór m.in. nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Ponadto w zakresie właściwości Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdują się również kwestie zapobieganie zakażeniom szpitalnym, do których należy wystąpienie zakażeń u personelu placówek ochrony zdrowia. Dlatego też powiatowi inspektorzy sanitarni prowadząc standardowe kontrole w jednostkach medycznych powinni zwracać szczególną uwagę, czy pracodawca wypełnił wszystkie zobowiązania wynikające z przepisów rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami. Kontroli powinno podlegać przede wszystkim, czy zostały przygotowane wszelkie procedury, zarówno w formie pisemnej, jak i elektronicznej, oraz czy został sporządzony raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w kontrolowanym podmiocie leczniczym, w zakresie zranień ostrymi narzędziami, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Inspekcja Pracy – zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy⁶ jest to organ powołany do sprawowania nadzoru i kontroli przestrzegania prawa pracy, w szczególności przepisów zasad i bezpieczeństwa i higieny pracy. Biorąc pod uwagę, że zranienia ostrymi narzędziami zostały zakwalifikowane jako wypadek przy pracy, Inspekcja Pracy jest zobowiązana dodatkowo do badania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz kontroli stosowania środków zapobiegających zranieniom ostrymi narzędziami.

Kary – wobec pracodawców, którzy nie wdrożą w zarządzanych przez siebie podmiotach leczniczych przepisów rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami bezwzględnie powinna być egzekwowana odpowiedzialność za wykroczenia przeciwko prawom pracownika w taki sposób, aby nie była ona opłacalna dla pracodawcy. Dyrektywa wprowadziła pojęcie "kary dotkliwej" dla pracodawcy, który nie będzie stosował jej zapisów.

Art. 283^{11a} Kodeksu pracy

§ 1. Kto, będąc odpowiedzialnym za stan bezpieczeństwa i higieny pracy albo kierując pracownikami lub innymi osobami fizycznymi, nie przestrzega przepisów lub zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, podlega karze grzywny od 1 000 zł do 30 000 zł.

⁵ Dz.U. z 2004 r. Nr. 180 poz. 1860 z późn. zm.

⁶ Dz.U. z 2007 r. Nr. 89 poz. 589 z późn. zm.

Sugerowany harmonogram prac.

Niezwłocznie

- powołanie osób odpowiedzialnych za prowadzenie wykazu zranień ostrymi narzędziami

do końca października 2013 r.

- powołanie w podmiotach leczniczych zespołów, które w pierwszej kolejności opracują harmonogram wdrażania przepisów rozporządzenia dotyczącego zranień ostrymi narzędziami oraz dokonają jego analizy; ponadto członkowie takiego zespołu dokonają analizy obowiązujących procedur. Należy dodatkowo pamiętać o tym, że zespół ten powinien po harmonogramie zająć się w pierwszej kolejności przeprowadzeniem oceny ryzyka zawodowego

do końca października 2013 r.

- analizy obowiązujących procedur w podmiotach leczniczych oraz przygotowanie harmonogramu prac do opracowania procedur wymaganych przez rozporządzenie dotyczące zranień ostrymi narzędziami

do końca listopada 2013 r.

- przeprowadzenie oceny ryzyka

do połowy grudnia 2013 r.

- przygotowanie wstępnych wersji procedur i poddanie ich konsultacjom z przedstawicielami załogi

do połowy stycznia 2014 r.

- zakończenie konsultacji z pracownikami przygotowanymi przez pracodawcę

koniec stycznia 2014 r.

- powołanie zespołu do opracowania raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym

28 luty 2014 r.

- zakończenie prac nad raportem o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym

Co dalej?

Rozporządzenie o zapobieganiu zranieniom pozwoliło wyznaczyć minimalne standardy dla stosowania ostrych narzędzi, które powodują zakłucia. Otwartą kwestią pozostaje natomiast kompleksowe uregulowanie zagadnień związanych z profilaktyką i postępowaniem poekspozycyjnym tak, aby ujednolicić procedury funkcjonujące w szpitalach.

Konieczna jest kompleksowa analiza wykonania przepisów rozporządzenia przez pracodawców na podstawie raportów, które mają być opracowane do 28 lutego 2014 r. W tym celu warto powołać zespół, w skład którego będą wchodzić zarówno przedstawiciele pracowników ochrony zdrowia (związki zawodowe, organizacje pielęgniarskie, organizacje lekarzy), jak i przedstawiciele pracodawców, przedstawiciele organów odpowiedzialnych za nadzór nad przestrzeganiem przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy.

Zestaw praktycznych wskazówek – pytań i odpowiedzi.

Pracownik jest zobowiązany zgłosić incydent zranieniowy niezwłocznie po jego wystąpieniu do pracownika odpowiedzialnego za BHP. Jak powinien interpretować to zalecenie i jakie kroki podjąć, jeśli zdarzenie miało miejsce w środku nocy, a właściwy pracownik BHP zaczyna pracę rano, kolejnego dnia?

W takim przypadku sposób postępowania powinien być zdefiniowany w przyjętej przez placówkę medyczną procedurze poekspozycyjnej. Procedura taka musi zostać wdrożona natychmiast po wystąpieniu zdarzenia, łącznie z poinformowaniem lekarza dyżurnego, który pełni funkcję przełożonego w trakcie dyżuru nocnego. Postępowanie diagnostyczne powinno być określone w procedurze i w takich przypadkach uruchamiane niezależnie od pory zdarzenia. Informacja do pracownika BHP jest zatem wtórna do kroków jakie niezwłocznie powinny być wdrożone po wystąpieniu incydentu.

Jak kwalifikowany jest czas pracy pracownika, w trakcie trwania procedury poekspozycyjnej? (Jest on na zwolnieniu? Zalicza mu się to do czasu pracy?).

Zdarzenie zranieniowe zostało zakwalifikowane jako wypadek przy pracy. Przepisy prawa pracy w takiej sytuacji nakazują włączenie procedury poekspozycyjnej do czasu pracy pracownika. Decyzję o wystawieniu zwolnienia w tej sytuacji, podejmuje lekarz – diagnosta, oceniając możliwość wykonywania czynności zawodowych w kontekście stanu zdrowia pracownika po wystąpieniu zdarzenia.

Rozdział ten ma charakter otwarty. Zachęcamy do bieżącego zgłaszania autorom przewodnika ważnych zagadnień związanych z wdrożeniem rozporządzenia zranieniowego.

Prawo:

1. Dyrektywa 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU. Official Journal L 134/66.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, Dz. U. z 2013 r. Nr. 0 poz. 696.
3. Uzasadnienie do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych; <http://legislacja.rcl.gov.pl/archiwum/lista/516/projekt/67150/katalog/67181>.
4. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 263 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, TJ Dz. U. z 1998 r. Nr 21 poz. 94.
6. Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 180, poz. 1860).
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.).
9. Ustawa z dnia 24 czerwca 1983 r. o społecznej inspekcji pracy (Dz. U. z 1983 r. Nr 35, poz. 162 z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (TJ Dz. U. z 2009 r. Nr 167 poz. 1322 z późn. zm.).

Literatura:

11. Ogólnopolski Kongres Ekspozycji Zawodowej 19.04.2012 Pałac Kultury i Nauki w Warszawie – Podsumowanie Kongresu. Artykuły Prelegentów.
12. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nr 7-8/2012.

Załącznik nr 1

DYREKTYWA RADY 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r.

w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU (Tekst mający znaczenie dla EOG)

- (1) Zgodnie z art. 155 ust. 2 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej („TFUE”), partnerzy społeczni mogą wspólnie zażądać, aby wykonywanie zawartych między nimi na poziomie Unii umów w dziedzinach podlegających art. 153 TFUE odbyło się w drodze decyzji Rady na wniosek Komisji.
- (2) Pismem z dnia 17 listopada 2008 r. europejskie organizacje partnerów społecznych HOSPEEM (Europejskie Stowarzyszenie Pracodawców Szpitalnictwa i Opieki Zdrowotnej, sektorowa organizacja reprezentująca pracodawców) i EPSU (Europejska Federacja Związków Zawodowych Służb Publicznych, europejska organizacja związków zawodowych) poinformowały Komisję o zamiarze przystąpienia do negocjacji zgodnie z art. 138 ust. 4 i art. 139 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską („Traktat WE”) ⁽¹⁾, mających na celu zawarcie umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej.
- (3) Dnia 17 lipca 2009 r. europejscy partnerzy społeczni podpisali tekst umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej.
- (4) Ponieważ cele niniejszej dyrektywy, a mianowicie zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy poprzez zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania wszelkich ostrych narzędzi medycznych (w tym zranieniom igłą) oraz poprzez ochronę pracowników narażonych w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, nie mogą zostać osiągnięte w sposób wystarczający przez państwa członkowskie, natomiast możliwe jest lepsze ich osiągnięcie na poziomie Unii, Unia może przyjąć środki zgodnie z zasadą pomocniczości określoną w art. 5 Traktatu o Unii Europejskiej. Zgodnie z zasadą proporcjonalności określoną w tym artykule, niniejsza dyrektywa nie wykracza poza to, co jest konieczne do osiągnięcia wymienionych celów.
- (5) Sporządzając wniosek dotyczący dyrektywy, Komisja uwzględniła reprezentatywny status stron będących sygnatariuszami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, mając na uwadze zakres umowy, mandat tych stron oraz zgodność klauzul umowy ramowej z prawem i z odpowiednimi przepisami dotyczącymi małych i średnich przedsiębiorstw.
- (6) Komisja przekazała swój wniosek do wiadomości Parlamentu Europejskiego i Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego.
- (7) Dnia 11 lutego 2010 r. Parlament Europejski przyjął rezolucję w sprawie przedmiotowego wniosku.
- (8) Celem umowy ramowej, określonym w jej klauzuli 1, jest dalsza realizacja jednego z celów polityki społecznej, mianowicie poprawa warunków pracy.
- (9) Klauzula 11 umożliwia państwom członkowskim i Wspólnocie (od dnia 1 grudnia 2009 r. zastąpionej Unią) utrzymanie i wprowadzanie przepisów korzystniejszych dla ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami medycznymi.
- (10) Państwa członkowskie powinny ustanowić skuteczne, proporcjonalne i odstraszające sankcje na wypadek naruszenia zobowiązań wynikających z niniejszej dyrektywy.
- (11) Państwa członkowskie mogą powierzyć partnerom społecznym, na ich wspólny wniosek, wdrażanie niniejszej dyrektywy, o ile podejmą oni wszelkie niezbędne działania na rzecz nieustannej realizacji celów niniejszej dyrektywy.
- (12) Zgodnie z pkt 34 Porozumienia międzyinstytucjonalnego w sprawie lepszego stanowienia prawa ⁽¹⁾, zachęca się państwa członkowskie do sporządzania – do celów własnych i w interesie Unii – własnych tabel, które w możliwie najszerszym zakresie odzwierciedlają korelacje pomiędzy niniejszą dyrektywą a środkami transpozycji, oraz do podania ich do wiadomości publicznej,

PRZYJMUJE NINIEJSZĄ DYREKTYWĘ:

Artykuł 1

Niniejsza dyrektywa wykonuje umowę ramową dotyczącą zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, podpisaną dnia 17 lipca 2009 r. przez europejskich partnerów społecznych – HOSPEEM i EPSU, znajdującą się w załączniku.

¹Zmiana numeracji: art. 154 ust. 4 i art. 155 TFUE.

Artykuł 2

Państwa członkowskie określają sankcje za naruszenie krajowych przepisów ustanowionych na podstawie niniejszej dyrektywy. Sankcje te są skuteczne, proporcjonalne i odstraszające.

Artykuł 3

1. Państwa członkowskie wprowadzają w życie przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne konieczne do wykonania niniejszej dyrektywy lub zapewniają wprowadzenie koniecznych środków na podstawie umowy przez partnerów społecznych, najpóźniej do dnia 11 maja 2013 r. Niezwłocznie powiadamiają o tym Komisję.

Przepisy przyjęte przez państwa członkowskie zawierają odniesienie do niniejszej dyrektywy lub odniesienie takie towarzyszy ich urzędowej publikacji. Metody dokonywania takiego odniesienia określone są przez państwa członkowskie.

2. Państwa członkowskie przekazują Komisji teksty podstawowych przepisów prawa krajowego przyjętych w dziedzinie objętej niniejszą dyrektywą.

Artykuł 4

Niniejsza dyrektywa wchodzi w życie dwudziestego dnia po jej opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

Artykuł 5

Niniejsza dyrektywa skierowana jest do państw członkowskich.

Sporządzono w Brukseli dnia 10 maja 2010 r.

W imieniu Rady
Á. GONZÁLEZ-SINDE REIG
Przewodniczący

ZAŁĄCZNIK

**UMOWA RAMOWA DOTYCZĄCA ZAPOBIEGANIA ZRANIENIOM OSTRYMI NARZĘDZIAMI
W SEKTORZE SZPITALI I OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Preambuła:

1. Zdrowie i bezpieczeństwo w pracy to zagadnienie, które powinno mieć znaczenie dla każdego, kto jest związany z sektorem szpitali i opieki zdrowotnej. Podejmowanie działań ukierunkowanych na zapobieganie niepotrzebnym zranieniom i ochronę przed nimi będzie miało pozytywny wpływ na zasoby, z zastrzeżeniem prawidłowej realizacji tych działań.
2. Zdrowie i bezpieczeństwo pracowników to sprawa pierwszorzędnej wagi, ściśle powiązana ze zdrowiem pacjentów. Warunkuje ona jakość opieki.
3. Proces formułowania i wdrażania polityki w odniesieniu do ostrych narzędzi medycznych powinien być wynikiem dialogu społecznego.
4. HOSPEEM (Europejskie Stowarzyszenie Pracodawców Szpitalnictwa i Opieki Zdrowotnej) i EPSU (Europejska Federacja Związków Zawodowych Służb Publicznych), uznani europejscy partnerzy społeczni z sektora szpitali i opieki zdrowotnej, postanawiają, co następuje:

Uwagi ogólne:

1. uwzględniając Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, w szczególności jego art. 138 i art. 139 ust. 2⁽¹⁾;
2. uwzględniając dyrektywę Rady 89/391/EWG z dnia 12 czerwca 1989 r. w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy⁽²⁾;
3. uwzględniając dyrektywę Rady 89/655/EWG z dnia 30 listopada 1989 r. dotyczącą minimalnych wymagań w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny użytkowania sprzętu roboczego przez pracowników podczas pracy⁽³⁾;
4. uwzględniając dyrektywę 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 września 2000 r. w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy⁽⁴⁾;
5. uwzględniając wspólnotową strategię na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007–2012⁽⁵⁾;

¹Zmiana numeracji: art. 154 i 155 ust. 2 TFUE.

²Dz.U. L 183 z 29.6.1989, s. 1.

³Dz.U. L 393 z 30.12.1990, s. 13. Dyrektywa ta została następnie włączona do dyrektywy 2009/104/WE (Dz.U. L 260 z 3.10.2009, s. 5).

⁴Dz.U. L 262 z 17.10.2000, s. 21.

⁵COM(2007) 62 wersja ostateczna z 21.2.2007.

6. uwzględniając dyrektywę 2002/14/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 marca 2002 r. ustanawiającą ogólne ramowe warunki informowania i przeprowadzania konsultacji z pracownikami we Wspólnocie Europejskiej^[6];
7. uwzględniając rezolucję Parlamentu Europejskiego z dnia 6 lipca 2006 r. w sprawie ochrony europejskich pracowników opieki zdrowotnej przed zakażeniami krwiopochodnymi wynikającymi ze zranień igłą (2006/2015(INI));
8. uwzględniając pierwszy i drugi etap konsultacji Komisji Europejskiej w sprawie ochrony pracowników europejskiego sektora opieki zdrowotnej przed zakażeniami krwiopochodnymi wynikającymi ze zranień igłą;
9. uwzględniając wyniki seminarium technicznego EPSU i HOSPEEM poświęconego zranieniom igłą z dnia 7 lutego 2008 r.;
10. uwzględniając hierarchię ogólnych zasad dotyczących zapobiegania ustanowionych w art. 6 dyrektywy 89/391/EWG oraz środki zapobiegawcze określone w art. 3, 5 i 6 dyrektywy 2000/54/WE;
11. uwzględniając wspólne wytyczne MOP/WHO na temat usług zdrowotnych i HIV/AIDS oraz wspólne wytyczne MOP/WHO na temat profilaktyki po narażeniu mającej na celu zapobieganie zakażeniu HIV;
12. zachowując pełne poszanowanie dla obowiązującego prawodawstwa krajowego i układów zbiorowych;
13. mając na uwadze, że należy podjąć działania w celu dokonania oceny zakresu występowania zranień ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, należy uwzględnić fakt, że dowody naukowe wskazują na możliwość znacznego ograniczenia wypadków i zakażeń przy użyciu środków zapobiegawczych i ochronnych;
14. mając na uwadze, że pełny proces oceny ryzyka jest warunkiem wstępnym podjęcia właściwych działań w celu zapobiegania zranieniom i zakażeniom;
15. mając na uwadze konieczność współpracy przedstawicieli pracodawców i pracowników o określonej odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo w celu zapobiegania zranieniom i zakażeniom wynikającym ze stosowania ostrych narzędzi medycznych oraz ochrony pracowników przed takimi zranieniami i zakażeniami;
16. mając na uwadze, że zranień ostrymi narzędziami doświadczają przede wszystkim, chociaż nie wyłącznie, pracownicy sektora opieki zdrowotnej;
17. mając na uwadze, że osób pobierających naukę, które w ramach kształcenia biorą udział w szkoleniach klinicznych nie uważa się za pracowników na mocy niniejszej umowy, należy je objąć środkami zapobiegawczymi i ochronnymi przewidzianymi w niniejszej umowie, regulując odpowiedzialność w tym zakresie zgodnie z krajowym prawodawstwem i krajową praktyką.

Klauzula 1: Cel

Cele niniejszej umowy ramowej są następujące:

- zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy,
- zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania wszelkich ostrych narzędzi medycznych (w tym zranieniom igłą),
- ochrona pracowników narażonych,
- przyjęcie zintegrowanego podejścia w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka, zapobiegania ryzyku, szkoleń, informacji, zwiększania świadomości oraz do monitorowania,
- wprowadzenie procedur w zakresie reagowania i działań następczych.

Klauzula 2: Zakres stosowania

Niniejsza umowa ma zastosowanie do wszystkich pracowników sektora szpitali i opieki zdrowotnej oraz do wszystkich osób pracujących pod kierownictwem lub nadzorem pracodawców. Pracodawcy powinni dążyć do zapewnienia przestrzegania postanowień niniejszej umowy przez wszystkich podwykonawców.

Klauzula 3: Definicje

W rozumieniu niniejszej umowy:

1. Pracownicy: wszystkie osoby zatrudnione przez pracodawcę, w tym stażyści i praktykanci zaangażowani w świadczenie usług i działalność mające bezpośredni związek z sektorem szpitali i opieki zdrowotnej. Niniejsza umowa obejmuje swym zakresem pracowników zatrudnionych przez agencje pracy czasowej w rozumieniu dyrektywy Rady 91/383/EWG uzupełniającej środki mające wspierać poprawę bezpieczeństwa i zdrowia w pracy pracowników pozostających w stosunku pracy na czas określony lub w czasowym stosunku pracy⁽¹⁾.
2. Miejsca pracy, których dotyczy niniejsza umowa: podmioty/służby świadczące usługi opieki zdrowotnej z sektorów

¹Dz.U. L 206 z 29.7.1991, s. 19.

publicznego i prywatnego oraz wszystkie inne miejsca, w których podejmuje się działalność związaną z opieką zdrowotną lub świadczy się usługi zdrowotne pod kierownictwem lub nadzorem pracodawcy.

3. Pracodawcy: osoby/podmioty fizyczne/prawne, które nawiązały stosunek pracy z pracownikami. Odpowiadają za zarządzanie opieką zdrowotną i usługami/działalnością mającymi bezpośredni związek z tą opieką, za organizację i świadczenie takich usług oraz za realizację działań przez pracowników.
4. Ostre narzędzia: przedmioty lub narzędzia konieczne do wykonywania określonych czynności w ramach opieki zdrowotnej, służące do cięcia, klucia i mogące spowodować zranienie lub zakażenie. Ostre narzędzia uważa się za sprzęt roboczy w rozumieniu dyrektywy 89/655/EWG w sprawie sprzętu roboczego.
5. Hierarchia środków: jest uporządkowana pod względem skuteczności w kategoriach unikania, eliminowania i zmniejszania ryzyka, jak określono w art. 6 dyrektywy 89/391/EWG oraz w art. 3, 5 i 6 dyrektywy 2000/54/WE.
6. Szczególne środki zapobiegawcze: środki podejmowane w celu zapobiegania zranieniom lub zakażeniom podczas świadczenia usług i realizacji działań mających bezpośredni związek z sektorem szpitali i opieki zdrowotnej, w tym stosowanie możliwie najbezpieczniejszego sprzętu, na podstawie oceny ryzyka oraz z wykorzystaniem bezpiecznych metod obchodzenia się z ostrymi narzędziami i usuwania takich narzędzi.
7. Przedstawiciele pracowników: każda osoba wybrana lub wyznaczona zgodnie z prawem krajowym lub krajową praktyką do reprezentowania pracowników.
8. Przedstawiciele pracowników o określonej odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo określa się zgodnie z art. 3 lit. c) dyrektywy 89/391/EWG jako osoby wybrane, wyznaczone lub desygnowane zgodnie z prawem krajowym lub krajową praktyką do reprezentowania pracowników w razie pojawienia się problemów związanych z ochroną bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy.
9. Podwykonawca: każda osoba podejmująca działania w ramach świadczenia usług i działalności mających bezpośredni związek z sektorem szpitali i opieki zdrowotnej na podstawie umownego stosunku pracy z pracodawcą.

Klauzula 4: Zasady

1. Dobrze wyszkolony, wyposażony w odpowiednie środki i zabezpieczony personel sektora usług opieki zdrowotnej ma zasadnicze znaczenie dla zapobiegania ryzyku zranienia i zakażenia wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych. Zapobieganie narażeniu to kluczowa strategia eliminowania i zmniejszania ryzyka zranień i zakażeń.
2. Przedstawiciele o określonej odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu ryzyku i ochronie.
3. Pracodawca zobowiązany jest zapewnić zdrowie i bezpieczeństwo pracowników we wszystkich aspektach związanych z pracą, uwzględniając przy tym również czynniki psychospołeczne i organizację pracy.
4. Każdy pracownik ma obowiązek w możliwie największym stopniu dbać o własne bezpieczeństwo i zdrowie oraz bezpieczeństwo i zdrowie innych osób, na które mają wpływ wykonywane przez niego czynności w miejscu pracy, stosownie do wytycznych otrzymanych w trakcie szkolenia oraz instrukcji dostarczonych przez pracodawcę.
5. Pracodawca zobowiązany jest stworzyć środowisko, w którym pracownicy i ich przedstawiciele będą uczestniczyli w formułowaniu polityki oraz praktyk w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa.
6. Zasada szczególnych środków zapobiegawczych, wskazanych w klauzulach 5–10 niniejszej umowy, oznacza, że nigdy nie zakłada się braku ryzyka. Stosuje się hierarchię ogólnych zasad zapobiegania ryzyku zgodnie z art. 6 dyrektywy 89/391/EWG oraz art. 3, 5 i 6 dyrektywy 2000/54/WE.
7. Przedstawiciele pracodawców i pracowników zobowiązani są współpracować na odpowiednim poziomie w celu eliminowania ryzyka i zapobiegania mu, ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników oraz tworzenia bezpiecznego środowiska pracy, konsultując się również w kwestii doboru i stosowania bezpiecznego sprzętu, określania najlepszych metod prowadzenia szkoleń oraz procesów związanych z przekazywaniem informacji i zwiększaniem świadomości.
8. W ramach procesów związanych z udzielaniem informacji i konsultacjami należy podejmować działania zgodnie z prawem krajowym lub układami zbiorowymi.
9. Skuteczność środków ukierunkowanych na zwiększanie świadomości wymaga wspólnej odpowiedzialności pracodawców, pracowników oraz ich przedstawicieli.

10. W zapewnieniu możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy zasadnicze znaczenie ma łączenie środków ukierunkowanych na planowanie, zwiększanie świadomości, informowanie, szkolenie, zapobieganie i monitorowanie.
11. Promowanie kultury polegającej na unikaniu obwiniania. Procedura zgłaszania wypadków powinna koncentrować się raczej na czynnikach systemowych, a nie na poszczególnych błędach. Systematyczną sprawozdawczość należy traktować jak przyjętą procedurę.

Klauzula 5: Ocena ryzyka

1. Procedury oceny ryzyka przebiegają zgodnie z art. 3 i 6 dyrektywy 2000/54/WE oraz art. 6 i 9 dyrektywy 89/391/EWG.
2. Ocena ryzyka obejmuje określenie narażenia, zrozumienie wagi dobrze wyposażonego i zorganizowanego środowiska pracy oraz wszystkie sytuacje, w których występuje ryzyko zranienia, narażenia na krew lub inny materiał potencjalnie zakaźny.
3. W ocenie ryzyka uwzględnia się technologię, organizację pracy, warunki pracy, poziom kwalifikacji, czynniki psychospołeczne związane z pracą oraz wpływ czynników związanych ze środowiskiem pracy. Umożliwi to:
 - określenie sposobów wyeliminowania narażenia,
 - rozważenie możliwych systemów alternatywnych.

Klauzula 6: Eliminowanie, zapobieganie i ochrona

1. W przypadku gdy wyniki oceny ryzyka wskazują na możliwość wystąpienia zranień ostrymi narzędziami lub zakażeń, należy wyeliminować narażenie pracowników, podejmując we wskazanej kolejności następujące środki:
 - określenie i wdrożenie bezpiecznych procedur stosowania oraz usuwania ostrych narzędzi medycznych i skażonych odpadów. Procedury te należy regularnie poddawać ocenie, jak również powinny one stanowić nieodłączną część środków ukierunkowanych na informowanie i szkolenie pracowników, określonych w klauzuli 8,
 - wyeliminowanie przypadków zbędnego stosowania ostrych narzędzi przez wdrożenie zmian w praktyce oraz, na podstawie wyników oceny ryzyka, zapewnienie wyrobów medycznych zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem,
 - należy niezwłocznie zakazać ponownego zakładania osłonek.
2. Uwzględniając działalność i ocenę ryzyka, należy zmniejszyć do koniecznego minimum ryzyko narażenia w celu zapewnienia odpowiedniej ochrony bezpieczeństwa i zdrowia pracowników zaangażowanych w daną działalność. W świetle wyników oceny ryzyka należy zastosować następujące środki:
 - wprowadzić skuteczne procedury usuwania zużytego sprzętu i odpadów oraz wyraźnie oznakowane i technicznie bezpieczne pojemniki na ostre narzędzia jednorazowego użytku i wyroby medyczne służące do wykonywania iniekcji, możliwe najbliżej miejsc poddanych ocenie, w których używa się ostrych narzędzi lub w których można na takie narzędzia natrafić,
 - zapobiegać ryzyku wystąpienia zakażeń, wdrażając bezpieczne systemy pracy przez:
 - a) rozwijanie spójnej ogólnej polityki profilaktyki, obejmującej technologię, organizację pracy, warunki pracy, psychospołeczne czynniki związane z pracą oraz wpływ czynników związanych ze środowiskiem pracy;
 - b) szkolenie;
 - c) stosowanie procedur kontroli zdrowotnej zgodnie z art. 14 dyrektywy 2000/54/WE,
 - stosować środki ochrony indywidualnej.
3. Jeżeli w wyniku oceny określonej w klauzuli 5 stwierdzone zostanie zagrożenie dla bezpieczeństwa i zdrowia pracowników z powodu narażenia ich na działanie czynników biologicznych, dla których istnieją skuteczne szczepionki, pracownikom należy zaproponować szczepienia.
4. Szczepienie oraz, w razie konieczności, szczepienie powtórne, wykonuje się zgodnie z prawem krajowym lub krajową praktyką, włącznie z określeniem rodzaju szczepionek.
 - Pracowników informuje się o korzyściach i ujemnych stronach szczepienia oraz niepoddania się takiemu szczepieniu,
 - szczepienia należy proponować nieodpłatnie wszystkim pracownikom i osobom pobierającym naukę zapewniającym opiekę zdrowotną i wykonującym związane z nią czynności w danym miejscu pracy.

Klauzula 7: Informacja i zwiększanie świadomości

Mając na uwadze, że ostre narzędzia uważa się za sprzęt roboczy w rozumieniu dyrektywy 89/655/EWG⁽¹⁾, oprócz informacji i pisemnych instrukcji, które pracownicy mają otrzymać, określonych w art. 6 dyrektywy 89/655/EWG, pracodawca zobowiązany jest podjąć następujące właściwe środki:

- uwydatnić różne rodzaje ryzyka,
- przekazać informacje dotyczące obowiązującego prawodawstwa,
- promować dobre praktyki w obszarze zapobiegania oraz prowadzić rejestr zdarzeń/wypadków,
- zwiększać świadomość przez podejmowanie działań i opracowywanie materiałów promocyjnych we współpracy ze związkami zawodowymi reprezentującymi pracowników lub z przedstawicielami pracowników,
- udzielać informacji o dostępnych programach wsparcia.

Klauzula 8: Szkolenia

Uzupełniając środki ustanowione w art. 9 dyrektywy 2000/54/WE należy udostępnić odpowiednie szkolenia poświęcone politykom i procedurom związanym ze zranieniami ostrymi narzędziami, obejmujące:

- prawidłowe stosowanie wyrobów medycznych zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem,
- wprowadzenie dla nowych pracowników i pracowników zatrudnionych na czas określony,
- ryzyko związane z narażeniem na kontakt z krwią i płynami ustrojowymi,
- środki zapobiegawcze obejmujące standardowe środki ostrożności, bezpieczne systemy pracy, prawidłowe stosowanie i procedury usuwania zużytych narzędzi i odpadów, znaczenie immunizacji, zgodnie z procedurami stosowanymi w danym miejscu pracy,
- procedury w zakresie sprawozdawczości, reagowania i monitorowania oraz ich znaczenie,
- środki podejmowane na wypadek zranienia.

Pracodawcy zobowiązani są organizować i prowadzić obowiązkowe szkolenia dla pracowników. Pracodawcy muszą umożliwić pracownikom udział w szkoleniu, do którego odbycia pracownik jest zobowiązany. Szkolenia te udostępnia się regularnie, uwzględniając wyniki monitorowania, modernizację i wprowadzane poprawki.

Klauzula 9: Sprawozdawczość

1. Sprawozdawczość obejmuje weryfikację stosowanych na jej potrzeby procedur we współpracy z przedstawicielami o określonej odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo lub właściwymi przedstawicielami pracodawców/pracowników. Mechanizmy sprawozdawczości powinny obejmować systemy mające zastosowanie na poziomie lokalnym, krajowym i europejskim.
2. Pracownicy zobowiązani są niezwłocznie zgłaszać każdy wypadek lub zdarzenie mające związek z ostrymi narzędziami pracodawcom lub odpowiedzialnej osobie, lub osobie odpowiedzialnej za bezpieczeństwo i zdrowie w miejscu pracy.

Klauzula 10: Reagowanie i działania następcze

W miejscach, w których występują zranienia ostrymi narzędziami, należy obowiązkowo stosować określoną politykę i procedury. Wszyscy pracownicy muszą znać zarówno tę politykę, jak i procedury. Obowiązek ten należy wykonywać zgodnie z prawodawstwem europejskim, krajowym/regionalnym oraz zbiorowymi układami, stosownie do okoliczności.

W szczególności należy podjąć następujące działania:

- pracodawca zobowiązany jest podjąć natychmiastowe działania, aby zapewnić opiekę pracownikowi, który uległ zranieniu, włącznie z działaniami profilaktycznymi po narażeniu oraz koniecznymi badaniami, jeżeli są one wskazane z przyczyn medycznych, jak również z właściwą kontrolą zdrowotną zgodnie z klauzulą 6 ust. 2 lit. c),
- pracodawca bada przyczyny i okoliczności zdarzenia oraz odnotowuje wypadek/zdarzenie w rejestrze, podejmując konieczne działania, zależnie od potrzeb. Pracownik zobowiązany jest przedstawić we właściwym czasie odpowiednie informacje w celu uzupełnienia szczegółów dotyczących danego wypadku lub zdarzenia,
- w przypadku zranienia pracodawca zobowiązany jest rozważyć takie działania, jak poradnictwo dla pracowników, zależnie od potrzeb, oraz gwarantowana opieka medyczna. Kwestie rehabilitacji, dalszego zatrudnienia i możliwości uzyskania odszkodowania reguluje się zgodnie z krajowymi lub sektorowymi umowami lub prawodawstwem.

Poufność informacji dotyczących zranienia, diagnozy i leczenia ma zasadnicze znaczenie i należy jej obowiązkowo przestrzegać.

Klauzula 11: Wykonanie

Niniejsza umowa nie narusza obowiązujących lub przyszłych przepisów krajowych i wspólnotowych ⁽¹⁾, które mogą być korzystniejsze dla ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami medycznymi.

Strony będące sygnatariuszami umowy zwróciły się do Komisji o przedłożenie niniejszej umowy ramowej Radzie w celu przyjęcia decyzji nadającej niniejszej umowie wiążącą moc we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej.

W razie wykonania umowy na podstawie decyzji Rady na poziomie europejskim oraz bez uszczerbku dla właściwej roli Komisji, sądów krajowych oraz Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, Komisja może skierować kwestię wykładni niniejszej umowy do stron będących jej sygnatariuszami w celu wyrażenia przez nie opinii.

Na ewentualny wniosek jednej ze stron umowy, strony będące sygnatariuszami dokonują przeglądu stosowania niniejszej umowy po upływie pięciu lat od dnia przyjęcia decyzji przez Radę.

Sporządzono w Brukseli dnia 17 lipca 2009 r.

W imieniu EPSU
Karen JENNINGS
W imieniu HOSPEEM
Godfrey PERERAPL

¹Dyrektywa ta została następnie włączona do dyrektywy 2009/104/WE.

Załącznik nr 2

DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 19 czerwca 2013 r.

Poz. 696

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 6 czerwca 2013 r.

w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych²⁾

Na podstawie art. 237¹⁵⁾ § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn.zm.³⁾) zarządza się, co następuje:

- § 1. 1. Rozporządzenie określa warunki bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.
2. Ostrymi narzędziami w rozumieniu rozporządzenia są wyroby medyczne służące do cięcia, klucia oraz mogące spowodować zranienie lub przeniesienie zakażenia.
3. Ilekroć przepisy rozporządzenia odnoszą się do pracowników, rozumie się przez to także osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, doktorantów, studentów i uczniów niebędących pracownikami oraz wolontariuszy, a także osoby prowadzące pod nadzorem pracodawcy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę działalność gospodarczą na własny rachunek.
- § 2. W celu ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami pracodawca stosuje, na warunkach określonych w rozporządzeniu, wszelkie dostępne środki eliminujące lub ograniczające stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami.
- § 3. 1. Przed wyborem środków, o których mowa w § 2, pracodawca dokonuje oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, zwanych dalej „narażeniem”, uwzględniając w szczególności:
- 1) klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 222¹⁾ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy oraz zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowane chorobami, które mogą wystąpić w następstwie zakażenia, a także możliwego działania toksycznego lub alergizującego szkodliwych czynników biologicznych;
 - 2) stan zdrowia pracownika, w tym w szczególności choroby przewlekłe, na które choruje;
 - 3) określenie narażenia, w tym rodzaj, stopień oraz czas jego trwania;
 - 4) czynności, w trakcie których może dojść do narażenia;
 - 5) rodzaje wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych ostrych narzędzi, warunki pracy, sposób organizacji pracy, poziom kwalifikacji personelu, czynniki psychospołeczne i inne czynniki związane ze środowiskiem pracy;
 - 6) decyzje, wystąpienia i zalecenia pokontrolne organów kontroli i nadzoru nad warunkami pracy, wydane na podstawie ustaleń kontroli przeprowadzonych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.
2. Ocenę ryzyka, o której mowa w ust. 1, przeprowadza się:
- 1) okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata,
 - 2) w każdym przypadku wystąpienia na stanowisku pracy zmian mających lub mogących mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w miejscu pracy – uwzględniając aktualną wiedzę medyczną i techniczną oraz wiedzę w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wyniki prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Przepisy niniejszego rozporządzenia wdrażają postanowienia dyrektywy Rady 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU (Dz. Urz. UE L 134 z 1.06.2010, str. 66).

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 717, z 1999 r. Nr 99, poz. 1152, z 2000 r. Nr 19, poz. 239, Nr 43, poz. 489, Nr 107, poz. 1127 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 28, poz. 301, Nr 52, poz. 538, Nr 99, poz. 1075, Nr 111, poz. 1194, Nr 123, poz. 1354, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1805, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 135, poz. 1146, Nr 196, poz. 1660, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 i Nr 213, poz. 2081, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 10, poz. 71, Nr 68, poz. 610, Nr 86, poz. 732 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 133, poz. 935, Nr 217, poz. 1587 i Nr 221, poz. 1615, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, Nr 89, poz. 589, Nr 176, poz. 1239, Nr 181, poz. 1288 i Nr 225, poz. 1672, z 2008 r. Nr 93, poz. 586, Nr 116, poz. 740, Nr 223, poz. 1460 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 56, poz. 458, Nr 58, poz. 485, Nr 98, poz. 817, Nr 99, poz. 825, Nr 115, poz. 958, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1704, z 2010 r. Nr 105, poz. 655, Nr 135, poz. 912, Nr 182, poz. 1228, Nr 224, poz. 1459, Nr 249, poz. 1655 i Nr 254, poz. 1700, z 2011 r. Nr 36, poz. 181, Nr 63, poz. 322, Nr 80, poz. 432, Nr 144, poz. 855, Nr 149, poz. 887 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 908 i 1110 oraz z 2013 r. poz. 2 i 675.

§ 4. 1. W celu eliminacji lub ograniczenia narażenia pracodawca, we współpracy z przedstawicielami pracowników, podejmuje kolejno następujące działania:

- 1) opracowuje i wdraża procedury bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym będącymi odpadami medycznymi, w szczególności obejmujące zakaz ponownego zakładania osłonek na ostre narzędzia;
- 2) jeżeli charakter wykonywanych świadczeń zdrowotnych na to pozwala, eliminuje przypadki zbędnego stosowania ostrych narzędzi przez wdrożenie zmian w praktyce oraz, na podstawie wyników oceny ryzyka, o której mowa w § 3 ust. 1, zapewnia ostre narzędzia zawierające rozwiązania chroniące przed zranieniem;
- 3) opracowuje i wdraża procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej;
- 4) analizuje raport, o którym mowa w § 11.

2. Procedury, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, sporządza się w formie papierowej i elektronicznej i zapewnia ich dostępność w każdej jednostce organizacyjnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w której są udzielane świadczenia zdrowotne.

3. Pracodawca okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata, poddaje procedury ocenie i w razie potrzeby je aktualizuje, uwzględniając postęp techniczny oraz dostępność ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wiedzę w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wyniki prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe, oraz zapewnia pracownikom, w toku szkoleń, o których mowa w § 7, informacje o wprowadzonych zmianach.

§ 5. 1. Pracodawca, uwzględniając wyniki oceny ryzyka, o której mowa w § 3 ust. 1, podejmuje działania eliminujące lub ograniczające ryzyko wystąpienia zranień ostrymi narzędziami oraz zakażeń, obejmujące:

- 1) organizację miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób pozwalający na uniknięcie lub zminimalizowanie narażenia;
- 2) zapewnienie warunków bezpiecznego zbierania, przechowywania oraz usuwania odpadów medycznych, z zastosowaniem łatwo dostępnych, bezpiecznych i oznakowanych pojemników, w miarę możliwości umieszczonych w pobliżu miejsc używania lub przechowywania ostrych narzędzi;
- 3) wdrożenie odpowiednich środków profilaktycznych uwzględniających organizację i warunki pracy, czynniki psychospołeczne oraz inne czynniki związane ze środowiskiem pracy;
- 4) zapewnienie środków ochrony indywidualnej, odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia.

2. Jeżeli w wyniku oceny ryzyka, o której mowa w § 3 ust. 1, pracodawca zidentyfikuje możliwości wystąpienia narażenia pracownika na szkodliwy czynnik biologiczny, przeciw któremu jest dostępne szczepienie ochronne, pracownika informuje się o korzyściach szczepienia, możliwych niepożądanych odczynach poszczepiennych oraz możliwych skutkach niepoddania się takiemu szczepieniu. Szczepienie jest przeprowadzane na zasadach określonych w art. 17 i art. 18 oraz art. 20 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.⁴⁾).

§ 6. Pracodawca:

- 1) zapewnia pracownikom stały dostęp do instrukcji oraz innych sporządzonych w formie papierowej i elektronicznej informacji o zasadach używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej, określonych w procedurach, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 i 3, a także obowiązujących przepisach z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 2) promuje dobre praktyki zapobiegania narażeniu, w szczególności opracowuje w konsultacji z przedstawicielami pracowników materiały informacyjne dotyczące tych praktyk;
- 3) prowadzi wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w § 10;
- 4) informuje pracowników o:
 - a) ryzyku związanym z narażeniem,
 - b) zasadach postępowania w przypadku narażenia, zgodnie z procedurą, o której mowa w § 9, w tym o badaniach lekarskich, badaniach laboratoryjnych, poekspozycyjnym szczepieniu ochronnym, uodpornieniu biernym oraz profilaktycznym leczeniu poekspozycyjnym, z których pracownik może skorzystać w przypadku zranienia lub kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym,
 - c) osobach wykonujących zadania służby bezpieczeństwa i higieny pracy oraz sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami.

⁴Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 76, poz. 641, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723 oraz z 2012 r. poz. 892.

§ 7. 1. Pracodawca prowadzi systematyczne szkolenia mające na celu zapobieganie narażeniu i jego skutkom.

2. Szkolenia, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności zagadnienia dotyczące:

- 1) prawidłowego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym narzędziami zawierającymi rozwiązania chroniące przed zranieniem;
- 2) potencjalnego zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowanego zranieniem ostrym narzędziem oraz kontaktem z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym; 3) środków, które należy podjąć w celu zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami, obejmujące standardowe środki ostrożności, bezpieczne systemy pracy, prawidłowe stosowanie i procedury usuwania ostrych narzędzi i odpadów oraz znaczenie uodpornienia przy użyciu szczepionek;
- 4) wyposażenia i stosowania środków ochrony indywidualnej odpowiednich dla rodzaju i stopnia narażenia;
- 5) procedury postępowania poekspozycyjnego, o której mowa w § 9;
- 6) procedur zgłaszania oraz prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami i sprawozdawczości w tym zakresie;
- 7) okoliczności i przyczyn zranień ostrymi narzędziami, w tym wyników analiz w tym zakresie zawartych w raporcie, o którym mowa w § 11.

3. Szkolenia przeprowadza się w trybie określonym w przepisach w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

§ 8. 1. Pracownik niezwłocznie zgłasza każdy przypadek zranienia ostrym narzędziem pracodawcy lub osobie wykonującej zadania służby bezpieczeństwa i higieny pracy, a w razie kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym – również lekarzowi wskazanemu w procedurze, o której mowa w § 9, w celu przeprowadzenia postępowania poekspozycyjnego.

2. W przypadku zranienia pracownika ostrym narzędziem pracodawca:

- 1) bada przyczyny i okoliczności zranienia oraz odnotowuje je w wykazie, o którym mowa w § 10;
- 2) jeżeli to konieczne, dokonuje zmian w procedurze bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 1, lub informuje pracowników o nowym ryzyku związanym z używaniem ostrego narzędzia;
- 3) informuje lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami – w przypadku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny.

§ 9. 1. Pracodawca opracowuje i wdraża procedurę postępowania poekspozycyjnego, umożliwiającą niezwłoczne udzielenie poszkodowanemu pomocy medycznej oraz zapobieżenie skutkom narażenia, a także objęcie go profilaktyczną opieką zdrowotną po narażeniu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

2. Procedura, o której mowa w ust. 1, uwzględnia w szczególności konieczność oszacowania ryzyka zakażenia oraz podjęcia niezwłocznych działań profilaktycznych, w tym w szczególności przeprowadzenia badania lekarskiego, wykonanie zbędnych badań laboratoryjnych, przeprowadzenia w razie potrzeby poekspozycyjnego szczepienia ochronnego i uodpornienia biernego, lub profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego, a także wykonanie badań lekarskich oraz niezbędnych badań dodatkowych w regularnych odstępach czasu po narażeniu.

§ 10. 1. Wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych zawiera następujące informacje:

- 1) kolejny numer zdarzenia w roku;
 - 2) datę zdarzenia;
 - 3) jednostkę organizacyjną podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w której doszło do zranienia;
 - 4) rodzaj i model narzędzia, które spowodowało zranienie;
 - 5) rodzaj procedury medycznej oraz czynność, w trakcie której doszło do zranienia;
 - 6) inne informacje uzyskane w trakcie postępowania przy ustalaniu okoliczności i przyczyn zranienia ostrym narzędziem.
2. W wykazie, o którym mowa w ust. 1, nie zamieszcza się danych osobowych.

§ 11. 1. Pracodawca, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy, sporządza raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

2. Raport, o którym mowa w ust. 1, zawiera w szczególności następujące informacje:

- 1) tabelaryczne zestawienie liczby zranień ostrymi narzędziami, do których doszło w podmiocie leczniczym w okresie sprawozdawczym oraz w równym mu długości okresie poprzedzającym, w podziale na jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego;

- 2) tabelaryczne zestawienie stosowanych w podmiocie leczniczym rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem;
- 3) analizę okoliczności i przyczyn zranień, ze szczególnym uwzględnieniem ich przyczyn systemowych;
- 4) propozycje możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień, w tym możliwości wprowadzenia do użytku w podmiocie leczniczym nowych rodzajów ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wraz z oszacowaniem kosztów takich działań;
- 5) informacje o działaniach, o których mowa w § 4 ust. 3, jeżeli były realizowane w okresie sprawozdawczym;
- 6) informacje o wprowadzonych zmianach w zakresie szkoleń, o których mowa w § 7.

3. Pracodawca udostępnia raport pracownikom.

4. Pracodawca w konsultacji z przedstawicielami pracowników dokonuje okresowej weryfikacji procedur zgłaszania zranień ostrymi narzędziami, zakresu i rodzajów analiz zawartych w raporcie, a także rozważa prowadzenie zbiorów informacji statystycznych obejmujących przypadki zranień ostrymi narzędziami oraz kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym, w tym dla celów:

- 1) rozszerzonej analizy epidemiologicznej okoliczności i przyczyn tych narażeń w podmiocie leczniczym;
- 2) uczestnictwa w pracach naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe;
- 3) uczestnictwa w dobrowolnych systemach nadzoru epidemiologicznego nad narażeniami zawodowymi realizowanych na szczeblu regionalnym, krajowym lub międzynarodowym, w szczególności przez instytuty badawcze, uczelnie medyczne lub agencje Unii Europejskiej.

§ 12. Pierwszy raport, o którym mowa w § 11 ust. 1, sporządza się nie później niż do dnia 28 lutego 2014 r.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia:
B.A. Arłukowicz

Załącznik nr 3

WZÓR

(pieczęć podmiotu leczniczego)

....., dnia

Raport

o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym
w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych
za okres od do

1. Nazwa podmiotu leczniczego

2. Adres

3. Telefon/faks

4. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (zaznacz właściwe):

Stacjonarne i całodobowe świadczenie szpitalne ☐Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż szpitalne ☐Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ☐

Lp	Nazwa jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego, w której doszło do zranienia ⁶	Kod resortowy jednostki organizacyjnej*	Okres sprawozdawczy		Wskaźnik zranień ostrymi narzędziami ⁷	Okres poprzedzający		Wskaźnik zranień ostrymi narzędziami**
			Liczba zranień	% Zranień		Liczba zranień	% Zranień	
1								
2								

⁶ Nazwa jednostki organizacyjnej i kod zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. Nr 594).

⁷ Wskaźnik wyliczany dla szpitali. Należy wyliczyć wg wzoru: liczba zranień ostrymi narzędziami/liczba wykorzystanych łóżek*.

*Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek szpitalnych - jest to stosunek liczby osobodni⁸ pobytu pacjentów w szpitalu do średniej liczby łóżek.

**Osobodni - łączna liczba dni pobytu leczonych w zakładzie w ciągu okresu sprawozdawczego. Dzień przyjęcia i wypisania liczy się jako jeden dzień pobytu.

Wykaz ostrych narzędzi stosowanych w podmiocie leczniczym.

Lp	Rodzaj ostrych narzędzi stosowanych w podmiocie leczniczym	Czy ostre narzędzie zawiera mechanizmy chroniące przed zranieniem?	Liczba zranień	% Zranień
			W okresie sprawozdawczym	
1	Strzykawka jednorazowego użytku z igłą	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
2	Strzykawka napełniona fabrycznie z igłą	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
3	Strzykawka do pobierania gazometrii	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
4	Strzyka innego rodzaju	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
5	Igła wkluta do zestawu do infuzji	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
6	Igła "motylek"	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
7	Igła – mandryn kaniuli dożylniej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
8	Igła do znieczulenia regionalnego (rdzeniowa/zewnętrzna/ inna).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
9	Niepodłączona igła domięśniowa/podskórna	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
10	Igła – mandryn do kaniulizacji tętnicy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
11	Igła cewnika naczyniowego centralnego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
12	Igła cewnika (bębnekowy)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
13	Igła innego cewnika nienaczyniowego (np. okulistycznego)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
14	Inna igła cewnika nienaczyniowego (np. okulistycznego)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
15	Igła, nie wiadomo jakiego rodzaju	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
16	Inna igła, proszę opisać.....	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
17	Ostrze do nakłuwania typu lancet (opuszka, pięta)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
18	Igła do szycia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
19	Skalpel wielorazowy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
20	Skalpel jednorazowego użytku	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
21	Brzytwa / żyletka	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
22	Pipeta plastikowa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
23	Nożyczki	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

Lp	Rodzaj ostrych narzędzi stosowanych w podmiocie leczniczym	Czy ostre narzędzie zawiera mechanizmy chroniące przed zranieniem?	Liczba zranień	% Zranień
			W okresie sprawozdawczym	
24	Sprzęt do elektrokoagulacji	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
25	Nożyce kostne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
26	Spinak do serwet	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
27	Ostrze mikrotomu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
28	Trokar	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
29	Probówki próżniowe (plastikowa)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
30	Probówka plastikowa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
31	Haki skórne / kostne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
32	Klamerki / szwy stalowe	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
33	Drut (szew, mocujący, przewodnica)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
34	Gwóźdź (zespalający, przewodzący)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
35	Wiertło	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
36	Kleszczyki, zaciski	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
37	Ostry przedmiot, nie wiadomo jakiego rodzaju	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
38	Inny ostry przedmiot (opisz):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
39	Ampułki z lekiem	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
40	Fiolki (o małej objętości z gumowym korkiem)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
41	Butelki (z lekami/płynami I.V. (dużej objętości)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
42	Pipeta (szklana)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
43	Probówki próżniowe (szklane)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
44	Probówki / pojemniki na próbki (szklane)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
45	Rurki kapilarne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
46	Płytki szklane	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

Lp	Rodzaj ostrych narzędzi stosowanych w podmiocie leczniczym	Czy ostre narzędzie zawiera mechanizmy chroniące przed zranieniem?	Liczba zranień	% Zranień
			W okresie sprawozdawczym	
47	Przedmioty szklane, nie wiadomo dokładnie, jakiego rodzaju	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
48	Inne przedmioty szklane, opisz.....	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
49	Inny przedmiot ostry (opisz).....	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

5. Liczba zranień ostrymi narzędziami w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

7. Jaka była przyczyna zranienia? (Zaznacz tylko jedną odpowiedź).

Przed użyciem sprzętu (sprzęt załamał się, wyslizgnął przy montowaniu sprzętu, itp.) ☐

W czasie użycia sprzętu (sprzęt wyslizgnął się, pacjent poruszył się itp.) ☐

Demontaż sprzętu ☐

Przy powtórnym nakładaniu osłonki na zużyta igłę ☐

Przygotowanie do kolejnego użycia sprzętu wielokrotnego użycia (czyszczenie, dezynfekcja, sterylizacja itp.) ☐

Sprzęt zostawiony na: stole, łóżku, innym niewłaściwym miejscu ☐

Podczas wkładania do pojemnika na ostre odpady ☐

Inna, jaka? (opisz).....

.....

.....

8. Działania mające na celu ograniczenie liczby zranień.

Lp	Okres sprawozdawczy	
	Działanie ograniczające liczbę zranień	Szacunkowy koszt działania
1		
2		

	Sporządził	Zatwierdził
Imię i nazwisko:		
Stanowisko:		
Data :		
Podpis:		

Notatki

