



Propagowanie i wspieranie procesu implementacji dyrektywy 2010/32/UE w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej

Raport końcowy / 30 września 2013 r.

Tina Weber
ICF GHK
30 St Paul's Square
Birmingham
B3 1QZ
T +44 (0) 121 233 8900
FF +44 (0) 121 212 0308
birmingham@ghkint.com
www.ghkint.com



Spis treści

Spis treści	i
1 Wprowadzenie	1
1.1 Tło projektu: Dyrektywa 2010/32/UE w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej	1
1.2 Metodologia projektu	2
1.3 Struktura raportu	2
2 Zranienia ostrymi narzędziami: znaczące ryzyko w sektorze opieki zdrowotnej, które trudno ocenić ilościowo	3
2.1 Szacunkowe liczby dotyczące zranień ostrymi narzędziami	3
2.2 Główne ryzyko związane ze zranieniami ostrymi narzędziami	3
2.3 Powody niskiego odsetka zgłaszanych wypadków oraz braku rzetelnych i porównywalnych danych	7
3 Przebieg procesu transpozycji dyrektywy 2010/32/UE	9
3.1 Charakter i proces transpozycji	9
3.2 Poziom wymaganych zmian w związku z dostosowaniem do prawodawstwa unijnego	16
4 Istniejące wytyczne i problemy z wdrażaniem	18
4.2 Kluczowe wyzwania i dobre praktyki umożliwiające ich przewyżczenie	19
Aneks 1 – Przegląd sytuacji w poszczególnych krajach	21
Aneks 2 – Ankieta dla członków EPSU i HOSPEEM	36

1 Wprowadzenie

Niniejszy dokument zawiera raport końcowy z realizacji projektu prowadzonego wspólnie przez EPSU i HOSPEEM, przy wsparciu ze strony Komisji Europejskiej, w celu wdrożenia dyrektywy 2010/32/UE w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej. Szczegółowe informacje dotyczące konferencji zamykającej projekt, której celem było przekazanie wniosków z jego realizacji, znajdują się na stronie <http://www.epsu.org/a/9543>.

1.1 Tło projektu: Dyrektywa 2010/32/UE w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej

W lipcu 2009 r. europejskie branżowe organizacje partnerów społecznych – Europejska Federacja Związków Zawodowych Służb Publicznych (EPSU) oraz Europejskie Stowarzyszenie Pracodawców Szpitalnictwa i Opieki Zdrowotnej (HOSPEEM) podpisały porozumienie ramowe w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej. Partnerzy społeczni złożyli w Komisji Europejskiej wniosek o przedłożenie powyżej wspomnianego porozumienia Radzie Unii Europejskiej w celu podjęcia decyzji w tej sprawie, zgodnie z artykułem 155 pkt. 2 TFEU (Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej). Dnia 26 października 2009 r. Komisja Europejska przygotowała projekt dyrektywy Rady zawierający pełny tekst porozumienia pomiędzy partnerami społecznymi (oraz wyjaśnienia dostarczone grupie roboczej Rady przez partnerów społecznych) w formie aneksu. Dnia 11 lutego 2010 r. Parlament Europejski poparł projekt dyrektywy rezolucją i dnia 8 marca 2010 r. Rada uzyskała polityczną zgodę na jej przyjęcie. Dyrektywa została opublikowana w Dzienniku Urzędowym jako [Dyrektywa Rady Unii Europejskiej 2010/32/UE](#) dnia 1 czerwca 2010 r. (L134/66). Państwa Członkowskie zostały zobowiązane do wdrożenia tej dyrektywy do dnia 11 maja 2013 r.

W trakcie procesu przyjmowania dyrektywy EPSU i HOSPEEM wystąpiły przed grupą roboczą Rady Społecznej. Następnie przygotowały „HOSPEEM – EPSU joint clarification of the Framework agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector” (Wspólne objaśnienie Ramowego porozumienia w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej), które w razie wątpliwości dotyczących interpretowania przepisów zawartych w dyrektywie miały być stosowane równoległe z przepisami unijnymi (patrz <http://www.epsu.org/a/6261>).

Celem dyrektywy jest zapewnienie maksymalnie bezpiecznego środowiska pracy osobom zatrudnionym w sektorze opieki zdrowotnej oraz ochrona zagrożonych pracowników oraz pacjentów, m.in. poprzez zapobieganie zranieniom pracowników wszelkiego rodzaju ostrymi narzędziami (również igłami). Dyrektywa proponuje przyjęcie zintegrowanego podejścia do oceny i zapobiegania ryzyku, a także do przeprowadzania szkoleń i informowania pracowników.

Klauzula 11 porozumienia dotyczącego wdrożenia dyrektywy określa, że interpretacja porozumienia ramowego może być przekazana do zaopiniowania przez Komisję jego sygnatariuszom, tj. EPSU i HOSPEEM. Europejscy branżowi partnerzy społeczni również uwzględnili możliwość dokonania przeglądu sposobu funkcjonowania dyrektywy w okresie do pięciu lat od momentu wydania decyzji przez Radę na wniosek jednej ze stron porozumienia – możliwość, która również wspiera założenie wczesnej i terminowej weryfikacji, umożliwiającej podejmowanie świadomych decyzji na późniejszym etapie. Ponadto istnieje formalny obowiązek, narzucony na europejskich i krajowych branżowych partnerów społecznych, angażowania się w odpowiednie działania następcze, m.in. zwiększanie świadomości, monitorowanie i ocena procesów wdrażania, udział w pracach odpowiednich komisji i organów odpowiedzialnych za transpozycję ww. dyrektywy.

Uwzględniając termin transpozycji tejże dyrektywy, celami projektu były:

- a) zebranie informacji na temat transpozycji i wdrożenia dyrektywy na szczeblu krajowym;

- b) zebranie i wymiana informacji na temat istniejących na szczeblu krajowym i lokalnym wytycznych i zestawów narzędzi wspierających wdrożenie porozumienia na szczeblu organizacji;
- c) pozyskanie informacji na temat problemów praktycznych występujących na szczeblu organizacji podczas wdrażania porozumienia oraz sposobu ich rozwiązania, a następnie korzystania z dobrych praktyk.

1.2 Metodologia projektu

Niniejszy raport podsumowuje wyniki działań podejmowanych w ramach różnych aspektów metodologicznych projektu, w tym:

- ankiety organizacji członkowskich EPSU i HOSPEEM;
- trzech seminariów regionalnych, które odbyły się w Dublinie dnia 31 stycznia 2013 r. (raport i wszystkie prezentacje przedstawione podczas tego seminarium znajdują się na stronie <http://www.epsu.org/a/9264>), w Rzymie dnia 7 marca 2013 r. (patrz <http://www.epsu.org/a/9393>) oraz we Wiedniu dnia 16 kwietnia 2013 r. (patrz <http://www.epsu.org/a/9396>);
- konferencji zamykającej projekt, która odbyła się w Barcelonie dnia 20 czerwca 2013 r. (patrz <http://www.epsu.org/a/9543>);
- weryfikacji informacji uwzględnionych w projekcie raportu końcowego przeprowadzonej przez członka EPSU i HOSPEEM od lipca do września 2013 r.

1.3 Struktura raportu

Raport zbudowany jest następująco:

- Rozdział 2 podsumowuje, co w tej chwili wiadomo na temat częstotliwości występowania zranień ostrymi narzędziami i odsetka zgłaszanych wypadków w poszczególnych państwach UE oraz ocenia stopień, w jakim te informacje będą stanowiły pomoc lub utrudnienie podczas oceny postępu dokonanego w kontekście zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w związku z wdrożeniem dyrektywy.
- W rozdziale 3 znajduje się przegląd postępu procesu transpozycji i jego charakteru w poszczególnych Państwach Członkowskich – stan na dzień 1 września 2013 r. Ponadto rozdział ten zawiera analizę zakresu zmian wprowadzonych w prawodawstwie krajowym w związku z wymaganiami zawartymi w dyrektywie 2010/32/UE. Ocenia również proces transpozycji, a w szczególności zakres, w jakim krajowe organizacje partnerów społecznych i inni interesariusze są zaangażowani w dialog oraz decyzje dotyczące szczegółów procesu transpozycji oraz w konsekwencji wdrożenia dyrektywy.
- Rozdział 4 prezentuje informacje na temat istniejących wytycznych, które są obecnie dostępne na szczeblu Państw Członkowskich oraz o sposobie ich wykorzystania podczas wdrażania na poziomie organizacji zasad zawartych w dyrektywie. W tym rozdziale znajduje się również przegląd potencjalnych problemów związanych z wdrożeniem przepisów dyrektywy w poszczególnych środowiskach placówek opieki zdrowotnej wraz z informacją, jak można je przezwyciężyć.
- W Aneksie I znajduje się krótki opis wszystkich krajów w kontekście wszystkich powyższych aspektów, ułatwiający wyszukiwanie informacji.
- Aneks II zawiera polską wersję ankiety przeprowadzonej w grudniu 2012 r. wśród organizacji członkowskich EPSU i HOSPEEM.

Czytając ten raport, należy pamiętać, że liczba Państw Członkowskich, które muszą dokonać transpozycji dyrektywy wynosi 28. Obowiązek ten w gruncie rzeczy spoczywa również na Państwach EOG, które podpisały szczególne umowy z UE, co dotyczy Norwegii. Państwa takie jak Białoruś, Kosowo, Serbia i Ukraina również uczestniczyły w projekcie poprzez udział w powiązanych wydarzeniach, jednak nie są one zobowiązane do wdrożenia powyższej dyrektywy. W związku z powyższym prezentowane informacje dotyczą najpierw 28 Państw Członkowskich, a dopiero później uczestniczących krajów EOG i krajów spoza Unii Europejskiej i spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

2 Zranienia ostrymi narzędziami: znaczące ryzyko w sektorze opieki zdrowotnej, które trudno ocenić ilościowo

2.1 Szacunkowe liczby dotyczące zranień ostrymi narzędziami

W europejskim sektorze szpitali i opieki zdrowotnej pracuje 21 milionów osób.¹ Szacuje się, że dochodzi do **miliona zranień igłami w ciągu roku**.² Inne dane szacunkowe³ oparte na badaniach przeprowadzonych z zastosowaniem innych metod plasują liczbę zranień igłami (NSI) w przeliczeniu na jednego pracownika opieki zdrowotnej w przedziale pomiędzy 0,1 a 0,64 rocznie. Autorzy badania twierdzą, że uwzględniając powyższe dane, liczba samych NSI wynosiłaby pomiędzy 800 000 a 5 120 000 rocznie, jednak twierdzą, że liczba 600 000 zgłoszonych zranień i 600 000 niezgłoszonych zranień jest bardziej prawdopodobna. Liczba pozostałych wypadków z użyciem ostrych narzędzi medycznych nie jest znana, ale prawdopodobieństwo ich zgłaszania jest jeszcze mniejsze.

Narażone na ryzyko są nie tylko osoby zawodowo związane z opieką zdrowotną. Zwykle uważa się, że **pielęgniarki** zatrudnione w szpitalach oraz **lekarze** udzielający pomocy w nagłych przypadkach są objęci największym ryzykiem takiego zranienia (przy czym najwyższy odsetek zranień ostrymi narzędziami odnotowuje się często wśród młodszego personelu), jednak również inni pracownicy potencjalnie mogą doznać – i rzeczywiście doznają – zranień tego typu. W tej grupie są pielęgniarki świadczące usługi opieki domowej oraz personel pomocniczy, np. osoby sprząające, wywożące śmieci czy personel pralni. Szczególnym problemem jest częsty brak zapewnienia personelowi pomocniczemu tego samego poziomu ochrony, szczególnie jeśli są to osoby zatrudnione przez wynajętą firmę zewnętrzną i/lub pracownicy tymczasowi bądź praktykanci. Mimo że dyrektywa nie uwzględnia tego zakresu, potencjalne ryzyko doznania zranienia ostrym narzędziem może również dotyczyć pracowników pośrednio mających kontakt z sektorem opieki zdrowotnej, np. pracowników opieki społecznej (pracujących np. z osobami uzależnionymi od narkotyków) lub pracowników zatrudnionych w firmie zarządzającej utylizacją odpadów ogólnych.

Dane przedstawione w Table 2.1 podsumowują potwierdzoną liczbę odnotowanych zranień ostrymi narzędziami na szczeblu krajowym i organizacji, zgodnie z informacjami zaprezentowanymi podczas seminariów regionalnych oraz konferencji zamykającej projekt. Patrząc na te dane, należy pamiętać, że liczba odnotowanych wypadków zależy od metody zbierania danych. Z wielu powodów wyniki ankiet wskazują znacznie wyższą liczbę zranień ostrymi narzędziami niż dane pochodzące z oficjalnych źródeł, co zostanie później omówione w rozdziale 2.3 poniżej.

2.2 Główne ryzyko związane ze zranieniami ostrymi narzędziami

Główne ryzyko **zarażenia** wiąże się z kontaktem z pacjentami chorującymi bądź będącymi nosicielami wirusa HIV, zapalenia wątroby typu B i zapalenia wątroby typu C. Poziom potencjalnego ryzyka wynikającego z narażenia na kontakt z takimi pacjentami różni się pomiędzy poszczególnymi krajami. Na przykład w Austrii odnotowano, że odsetek zakażeń powyższymi chorobami w populacji pacjentów jest relatywnie niski, co oznacza, że ryzyko zarażenia się tymi chorobami w wyniku zranienia się ostrym narzędziem jest stosunkowo niewielkie (w rzeczywistości nie odnotowano przypadków zarażenia tymi chorobami wśród personelu opieki zdrowotnej w wyniku zranienia się ostrym narzędziem). Na potencjalne ryzyko zarażenia się powyższymi chorobami, w szczególności w odniesieniu do zapalenia

¹ Dane z raportu Eurofound „Employment and industrial relations in the healthcare sector” (Zatrudnienie i relacje zawodowe w sektorze opieki zdrowotnej), luty 2011 r., Dublin. Raport dostępny jest na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/tn1008022s/index.htm>

² Dane szacunkowe pochodzą z bazy Europejskiej Agencji Zdrowia i Bezpieczeństwa w Pracy (ang. European Agency for Health and Safety at Work).

³ De Carli, G, Raboud, C; *The burden of disease of needlestick injuries in Europe* (Obciążenie chorobami przenoszonymi w wyniku zranień igłami w Europie); w publikacji *Working together to improve health worker safety*; dziennik Hospital pharmacy Europe, dodatek specjalny, 2013

wątroby typu B, mają również inne czynniki. W wielu krajach personel opieki zdrowotnej jest rutynowo szczepiony przeciwko zapaleniu wątroby typu B w momencie rozpoczęcia pracy w opiece zdrowotnej. Jeśli nie ma udowodnionych przeciwwskazań wobec takich szczepień poszczególnych osób, takie programy szczepień są często obowiązkowe i znacząco zmniejszają ryzyko zakażenia. Oczywiście nie ma dostępnej szczepionki chroniącej przed zakażeniem wirusem HIV czy zapalenia wątroby typu C, jednak te dwie choroby rzadziej występują w populacji pacjentów. Należy zauważyć, że w tej ważnej kwestii rolę odgrywają czynniki finansowe. Reprezentant EPSU z Rumunii zauważył, że program szczepień przeciwko zapaleniu wątroby typu B, który był dostępny dla wszystkich pracowników opieki zdrowotnej, nie jest w tej chwili realizowany ze względów finansowych (szczepienia przeciwko WZW B należy powtarzać co 5 lat) i obecnie programem szczepień objęci są wyłącznie pracownicy obszarów wysokiego ryzyka zakażenia. Nawet jeśli nie doszło do poważnego zakażenia w wyniku kontaktu z zakażoną krwią, pielęgniarki i pracownicy opieki zdrowotnej mogą być narażeni na wiele miesięcy psychicznego niepokoju i niepewności podczas oczekiwania na wyniki kolejnych badań przesiewowych.

Table 2.1 Wybrane informacje na temat liczby zranień ostrymi narzędziami w poszczególnych krajach UE

Kraj	Dane	Źródło
Austria ⁴	Zmniejszenie zranień igłami z 334 w 2009 r. do 275 w 2012 r. Szacuje się, że 30% tych zranień można było zapobiec.	Dane zebrane na poziomie organizacji ⁵
Czechy	83% pielęgniarek doznało przynajmniej jednego zranienia ostrym narzędziem w czasie całej kariery zawodowej. ⁶ Do infekcji chorobą zakaźną doszło w ok. 2,5% przypadków (głównie wirusem zapalenia wątroby). W 95% przypadków infekcja została uznana za chorobę zawodową. Do większości zranień doszło podczas przygotowywania ostrego narzędzia medycznego do użytku, w drugiej kolejności podczas przechowywania i wyrzucania ostrych narzędzi medycznych do pojemnika z odpadami. Co piąte zranienie ostrym narzędziem miało miejsce podczas pobierania krwi. Większość pracowników biorących udział w ankiecie uznało, że do zranienia doszło wskutek ich winy. W ponad połowie przypadków ważnym powodem zranienia był stres.	Badania na zlecenie Czeskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek (w oparciu o sondaż przeprowadzony wśród 1 400 pielęgniarek w 2009 i 2010 r.).
Irlandia ⁷	2 000 zranień igłami w latach 1996-2012 bez konsekwencji w postaci zarażenia chorobą przenoszoną przez kontakt z krwią	Dane zebrane na poziomie organizacji ⁸
Włochy	Okolo 100 000 zranień ostrymi narzędziami rocznie. Szacuje się, że ok. 70% zranień nie jest zgłaszanych. Ogólne ryzyko narażenia na zakażeń jest największe wśród pielęgniarek, lekarzy i osób sprzątających, pracujących na oddziałach chirurgii ogólnej i poszczególnych specjalizacji, podczas gdy występowanie wypadków obciążonych największym ryzykiem jest najczęstsze w przypadku świadczenia usług z zakresu medycyny ogólnej i specjalizacji medycznych (szczególnie wśród pielęgniarek). Narażenie osób sprzątających jest znaczne, zakładając że do narażenia dochodzi głównie podczas niewłaściwej utylizacji igieł i ostrych narzędzi.	Informacje z badań naukowych ⁹
Litwa	Ankieta przeprowadzona wśród pielęgniarek wykazała średni poziom odsetka zranień wynoszący 1,72 wypadków na pracownika. Tylko dziesięć procent zranień zadeklarowanych w ankiecie (1 139) zostało zgłoszonych.	Ankieta przeprowadzona przez litewskie związki zawodowe pracowników opieki zdrowotnej ¹⁰

⁴ Informacje dotyczą tylko kliniki Landeskliniken w Salzburgu (zaprezentowane podczas seminarium we Wiedniu).

⁵ Patrz prezentacja R. Waclawiczek, seminarium we Wiedniu, <http://www.epsu.org/a/9396>

⁶ Należy zauważyć, że przeprowadzając tego typu ankiety, można uzyskać więcej odpowiedzi od osób, których dotknął problem zranienia będący przedmiotem badania.

⁷ Informacje dotyczą tylko szpitala Beaumont w Dublinie (zaprezentowane podczas seminarium w Dublinie).

⁸ Patrz prezentacja autorstwa B. Hayes, seminarium w Dublinie, <http://www.epsu.org/a/9264>

⁹ Patrz prezentacja autorstwa G. De Carli, seminarium w Rzymie, <http://www.epsu.org/a/9393>

¹⁰ Patrz prezentacja podczas seminarium w Dublinie, <http://www.epsu.org/a/9264>

Kraj	Dane	Źródło
Holandia	Pomiędzy 13 000 a 16 000 odnotowanych przypadków kontaktu z krwią rocznie.	Dane pozyskane z Krajowego Centrum ds. Zapalenia Wątroby ¹¹
Polska	Okolo 28 000 zranień ostrymi przedmiotami odnotowanych rocznie; okolo 3 000 z nich skutkuje zakażeniem w wyniku kontaktu z krwią	Oficjalny rejestr wypadków przy pracy
Hiszpania	Okolo 100 000 zranień ostrymi narzędziami rocznie. Szacuje się, że ok. 70% zranień nie zostaje zgłoszonych. Ogólne ryzyko narażenia na zakażenie jest największe wśród pielęgniarek, lekarzy i osób sprzątających pracujących na oddziałach chirurgii ogólnej i poszczególnych specjalizacji, podczas gdy występowanie wypadków obarczonych największym ryzykiem jest najczęstsze w przypadku świadczenia usług z zakresu medycyny ogólnej i specjalizacji medycznych (szczególnie wśród pielęgniarek).	Informacje z badań naukowych ¹²
Wielka Brytania	Od 1997 r. w Anglii, Walii i Irlandii Północnej odnotowano 5 822 przypadki narażenia na kontakt z krwią i innymi płynami ustrojowymi wysokiego ryzyka. W latach 2002 do 2011 odnotowano 4 381 wypadków w 172 ośrodkach (zanotowano wzrost z 276 przypadków w 2002 r. do 541 przypadków w 2011 r.), prawie trzy czwarte (72%, 3 140/4 381) z odnotowanych wypadków w latach 2002 do 2011 było zranieniami przezskórnymi. W przypadku zranień zakażoną igłą odsetek przeniesienia choroby wynosi 1 na 3 dla zapalenia wątroby typu B, 1 na 30 dla zapalenia wątroby typu C i 1 na 300 dla HIV. ¹³	Oficjalny rejestr wypadków przy pracy

Źródło: Podsumowanie dokonane przez ICF GHK (2013) prezentacji przedstawionych podczas trzech seminariów regionalnych w ramach projektu „Promotion and Support of Implementation of Directive 2010/32/EU managed by EPSU” (Propagowanie i wsparcie procesu wdrożenia dyrektywy 2010/32/UE) realizowanego przez EPSU i HOSPEEM przy wsparciu ze strony Komisji Europejskiej.

¹¹ Patrz prezentacja autorstwa P. van Wijk, seminarium w Dublinie, <http://www.epsu.org/a/9264>

¹² Patrz prezentacja autorstwa C. Mazón, seminarium w Rzymie, <http://www.epsu.org/a/9393>

¹³ Dane pozyskane z Agencji Ochrony Zdrowia, raport „Eye of the Needle” (2012).

2.3 Powody niskiego odsetka zgłaszanych wypadków oraz braku rzetelnych i porównywalnych danych

Brak rzetelnych danych na poziomie krajowym stanowi istotny problem w kontekście potencjalnego podjęcia wysiłku oceny wpływu wdrożenia dyrektywy na częstotliwość występowania zranień ostrymi narzędziami. Wszystkie dane są zwykle zbierane i agregowane na poziomie organizacji i często nie są przesyłane do żadnej bazy centralnej. Wiele organizacji/placówek ma wdrożony własny system zgłaszania zranień ostrymi narzędziami i/lub przestrzega zasad obowiązujących w ramach Systemu zgłaszania wypadków przy pracy w placówkach medycznych (ang. Clinical Incident Reporting System – CIRIS) w ramach zarządzania ryzykiem wypadków przy pracy.¹⁴

Jednak brak zbierania danych na szczeblu krajowym nie jest jedynym, najważniejszym czynnikiem zaciemniającym obraz sytuacji.

Po pierwsze, należy uwzględnić wymagania i przepisy dotyczące zbierania na szczeblu krajowym danych w zakresie wypadków przy pracy. Chociaż w większości krajów istnieją wymagania dotyczące zgłaszania wypadków przy pracy na poziomie placówki, są one jedynie przekazywane organom krajowym, jeśli wiążą się z nieobecnością w pracy przez czas dłuższy niż trzy kolejne dni¹⁵ w celu uznania ich jako choroby zawodowe, co zdarza się w bardzo niewielkim odsetku zranień ostrymi narzędziami. Również w niektórych krajach choroby (lub urazy psychiczne) będące wynikiem zranienia ostrym narzędziem nie są uważane za choroby zawodowe i w związku z tym nie są zgłaszane władzom krajowym (np. odpowiednim organom ds. BHP i chorób zawodowych).

Po drugie brak danych dotyczących wszystkich wypadków przy pracy ma ogromne znaczenie w kontekście szacowanej liczby niezgłaszanych wypadków wynoszącej pięćdziesiąt procent. Istnieje kilka przyczyn takiego stanu rzeczy:

- personel obwinia się za wystąpienie zranienia lub obawia się bycia obwinionym przez innych;
- personel nie widzi powodu konieczności zgłaszania zranienia, jeśli szacowane (lub rzeczywiste) ryzyko infekcji jest niskie;
- procesy zgłaszania wiążą się z biurokracją lub są czasochłonne (np. w niektórych przypadkach nie wolno pobrać próbki krwi w tym samym szpitalu, co oznacza, że nawet gdyby było to zalecane, nie ma możliwości zastosowania wczesnych środków profilaktycznych);
- personel nie jest zmotywowany do zgłaszania wypadków, gdyż uważa, że nic się nie zmieni;
- część personelu (np. personel pomocniczy, patrz rozdział 2.1. powyżej) nie jest świadoma ryzyka związanego z pracą i procesami zgłaszania wypadków.

Pomimo że największe obawy dotyczą niezgłaszanych wypadków, zwrócono uwagę również na fakt, że w niektórych sytuacjach zgłaszane są wypadki, które nie mogły prowadzić (i nie prowadziły) do zranień, nie wspominając już o zakażeniu. W związku z powyższym uznano, że konieczne jest dalsze podnoszenie świadomości odnośnie do sytuacji z udziałem ostrych narzędzi, których użycie nie wiąże się z ryzykiem przeniesienia choroby (np. kiedy nie ma kontaktu z krwią ani innymi płynami ustrojowymi).

Niektóre zranienia są spowodowane stresem u pacjenta, który jest niespokojny i porusza się w trakcie wykonywania zabiegu. Aby uniknąć zranienia w takich przypadkach, prawdopodobnie rozwiązaniem jest przydzielenie większej liczby personelu lub wykonywanie zabiegu w spokojniejszych warunkach (lub obniżenie poziomu stresu wśród personelu).

Niezależne badania pokazują, że większości zranień w takich przypadkach można zapobiec, zapewniając odpowiednie szkolenia, bezpieczniejsze procedury pracy oraz, jeśli taka

¹⁴ Wiedeński związek szpitali zbiera wiele danych i wykorzystuje je do zmian w ramach projektu „Erfahrungsdrehscheibe”.

¹⁵ Z założenia ma zastosowanie trzydniowy limit czasowy, chociaż w niektórych krajach zdarzenie jest zgłaszane już po jednym dniu nieobecności.

potrzeba wyniknie na podstawie przeprowadzonej oceny ryzyka, wyroby medyczne wyposażone w mechanizmy zabezpieczające, np. igły z automatycznymi koszulkami ochronnymi.¹⁶ Takie kompleksowe podejście jest uwzględnione w porozumieniu ramowych pomiędzy partnerami społecznymi wynegocjowanym przez EPSU i HOSPEEM.

¹⁶ Na przykład: Van der Molen i inni (2012) „Interventions to prevent needle stick injuries among health care workers” (Działania podejmowane w celu zapobieżenia zranieniom ostrymi narzędziami wśród pracowników opieki zdrowotnej), Praca; 2012, Tom 41, str. 1969-1971, 3p

3 Przebieg procesu transpozycji dyrektywy 2010/32/UE

Harmonogram projektu obejmował kluczową fazę transpozycji dyrektywy 2010/32/UE i mógł w związku z tym skoordynować – mniej więcej w czasie rzeczywistym – transpozycję tych przepisów na poziomie Państw Członkowskich. Niniejszy rozdział zawiera informacje aktualne na dzień 1 września 2013 r., dotyczące przebiegu procesu transpozycji w poszczególnych krajach, jej charakteru i procesów uwzględnionych w ramach transpozycji oraz poziomu zmian wymaganych w przepisach i rozporządzeniach krajowych w celu uzyskania zgodności z postanowieniami dyrektywy.

Figure 3.1 poniżej przedstawia bieżący przebieg procesu transpozycji z uwzględnieniem pięciu różnych sytuacji:

- trzy kraje uznały, że ich prawodawstwo nie wymaga żadnych zmian, aby móc spełnić wymagania określone w dyrektywie 2010/32/UE (oznaczone jasno zielonym kolorem): Belgia, Dania i Łotwa;
- 14 Państw Członkowskich oraz Norwegia i Białoruś (w przypadku Białorusi nie ma obowiązku transpozycji) zakończyły proces transpozycji dyrektywy do dnia 1 września 2013 r. (oznaczone kolorem zielonym): Austria, Bułgaria, Chorwacja, Czechy, Finlandia, Francja, Holandia, Irlandia, Litwa, Niemcy, Rumunia, Szwecja, Węgry i Wielka Brytania;
- siedem krajów prawie ukończyło proces transpozycji (oznaczone kolorem pomarańczowym): Cypr¹⁷, Estonia, Hiszpania, Malta, Polska, Portugalia i Włochy;
- jeden kraj jest w trakcie szeroko zakrojonych negocjacji zmierzających ku osiągnięciu porozumienia (oznaczony kolorem czerwonym): Grecja;
- brak informacji na temat postępu procesu transpozycji w Luksemburgu, Słowenii i na Słowacji.

Często się zdarza, że na zamknięcie procesu legislacyjnego kraje potrzebują kilku dodatkowych miesięcy wykraczających poza termin zakończenia transpozycji, stąd fakt, że co najmniej 11 Państw Członkowskich nie ukończyło procesu transpozycji w momencie sporządzania tego raportu, nie jest zaskakujący i nie należy go interpretować jako oznakę problemów, czy braku zaangażowania w proces transpozycji prawodawstwa UE ze strony partnerów społecznych.

3.1 Charakter i proces transpozycji

Poza tymi krajami UE, w których uznano brak konieczności wprowadzenia zmian w celu spełnienia wymagań dyrektywy, wszystkie Państwa Członkowskie, w których ukończono proces transpozycji, zdecydowały się na nowelizację istniejących przepisów i rozporządzeń w celu spełnienia wymagań dyrektywy. Tabela 3.2 poniżej zawiera zestawienie stosownych aktów prawnych oraz, w miarę dostępności, łączy prowadzące do ich treści. Tylko kilka krajów i partnerów społecznych jest w trakcie rozważania możliwości aneksowania tych aktów prawnych poprzez dodanie do nich treści umów zbiorowych z wytycznymi i kodeksami postępowania, stanowiącymi bardziej prawdopodobną ścieżkę zapewnienia dodatkowych, praktycznych wskazówek w sprawie wdrożenia.

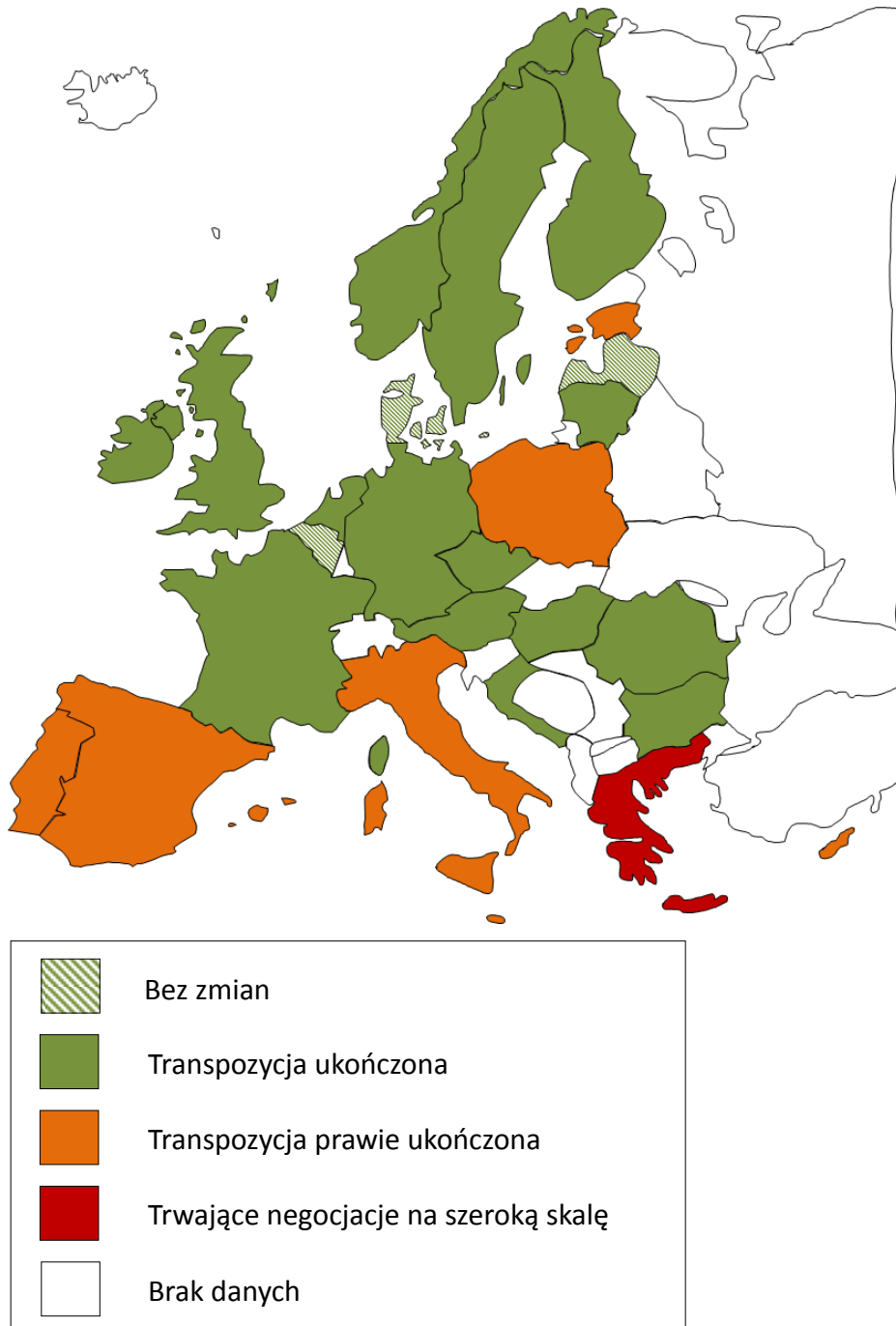
Zaangażowanie partnerów społecznych w procesy transpozycji było widoczne w większości krajów, które wzięły udział w ankiecie¹⁸, chociaż forma zaangażowania i konsultacji różniła się pomiędzy krajami. Pomimo że procesy transpozycji odbywały się w dużej mierze zgodnie z istniejącymi tradycjami relacji branżowych i sposobami trójstronnych konsultacji w poszczególnych krajach, warto zauważyć, że branżowi partnerzy społeczni wykazali się większym zaangażowaniem ze względu na fakt przygotowania porozumienia ramowego, niż gdyby do tego doszło w innych okolicznościach. W większości procesów konsultacji część

¹⁷ Brak oznaczenia na mapce.

¹⁸ Otrzymano 28 odpowiedzi z 21 krajów. W przypadku związków zawodowych odpowiedzi udzieliły organizacje z Austrii, Belgii, Cypru, Danii, Finlandii, Francji, Hiszpanii, Holandii, Litwy, Niemiec, Polski, Rumunii, Szwecji, Węgier i Wielkiej Brytanii, Białorusi i Ukrainy. W przypadku pracodawców odpowiedzi udzieliły organizacje z Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Holandii, Irlandii, Litwy, Łotwy, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Włoch.

interesariuszy odczuła, że niektóre z ich opinii nie zostały wzięte pod uwagę w ostatecznej propozycji przepisów, ale ogólnie poziom zaangażowania był zadowalający.

Figure 3.1 Postęp procesu transpozycji dyrektywy 2010/32/UE – stan na dzień 1 lipca 2013 r. w 28 Państwach Członkowskich i Norwegii



Źródło: ICF GHK (2013) na podstawie odpowiedzi udzielonych w ramach ankiety przygotowanej na zlecenie członków EPSU i HOSPEEM, przeprowadzonej w ramach projektu „Propagowanie i wsparcie procesu wdrożenia dyrektywy 2010/32/UE w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej” przy wsparciu ze strony Komisji Europejskiej.

W większości krajów odpowiedzialność za proces transpozycji spoczęła na Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej lub Ministerstwie Zdrowia, ale w niektórych krajach określone organy ds. BHP również otrzymały uprawnienia w zakresie zarządzania tym procesem. W odpowiedziach na pytania ankiety z kilku krajów pojawiły się nazwy organizacji, które

według partnerów społecznych należało zaangażować lub z którymi należało przeprowadzić szersze konsultacje. Zwykle były to zawodowe organizacje specjalistyczne lub określone organizacje pracodawców (np. szpitali prywatnych).

Table 3.2 Prawodawstwo zmienione w wyniku transpozycji (lub obowiązujące) na poziomie Państw Członkowskich

Kraj	Tytuł aktu prawnego	Data wejścia w życie	Łącze do strony internetowej
Austria	Nadelstichverordnung (NastV) (<i>Rozporządzenie w sprawie igieł</i>)	3.01.2013	http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_II_16/BGBLA_2013_II_16.pdf
Belgia	1. Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail, en vue de la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire (<i>Dekret królewski stanowiący nowelizację dekretu królewskiego z dnia 4 sierpnia 1996 r. w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy w celu zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze opieki zdrowotnej</i>)	17.04.2013	http://staatsbladclip.zita.be/moniteur/lois/2013/05/03/loi-2013202242-Print.html
Bułgaria	Национална програма по безопасным и здравословным условиям труда (<i>Krajowy program bezpieczeństwa i higieny pracy</i>)		
Chorwacja	'Pravilnik o načinu provođenja mjera zaštite radi sprječavanja nastanka ozljeđa oštrim predmetima' - Rozporządzenie w sprawie środków bezpieczeństwa zapobiegających zranieniom ostrymi narzędziami; "Narodne novine", nr. 84/13	2013	http://www.propisi.hr/print.php?id=12450
Czechy	Najbardziej właściwe dostępne teksty 432/2003 Kryteria kategoryzacji pracy w kontekście czynników ryzyka w środowisku pracy 262/2006 Kodeks Pracy 309/2006 Przepisy stanowiące uzupełnienie Kodeksu Pracy (ocena ryzyka) 537/2006 Program szczepień przeciwko chorobom zakaźnym realizowany wśród pracowników opieki zdrowotnej 372/2011 Ustawa o opiece zdrowotnej 373/2011 Ustawa o szczególnych usługach zdrowotnych	Najnowsze zmiany wprowadzone w 2011 r.	
Dania	Istniejące prawo w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz	Brak zmian w istniejącym	

Kraj	Tytuł aktu prawnego	Data wejścia w życie	Łącze do strony internetowej
	narażenia na działanie czynników biologicznych	prawie	
Finlandia	<i>Valtioneuvoston asetus terävien instrumenttien aiheuttamien tapaturmien ehkäisemisestä terveydenhuoltoalalla 317/2013</i> (Dekret rządowy w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali 317/2013)	8.05.2013	http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130317
Francja	Dekret nr 2013-607 w sprawie ochrony przed działaniem czynników biologicznych 2. (<i>décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et modifiant les dispositions relatives à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare</i>) ¹⁹	9.07. 2013	http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEX000027689086&categorieLien=id
Niemcy	Verordnung zur Neufassung der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit Biologischen Arbeitsstoffen und zur Änderung der Gefahrstoffverordnung (Biostoffverordnung) (<i>Rozporządzenie w sprawie czynników biologicznych</i>) Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (<i>Rozporządzenie w sprawie zapobiegania chorobom zawodowym</i>) TRBA 250 für Gesundheitsdienst (<i>Rozporządzenie techniczne dla sektora opieki zdrowotnej</i>) TRBA 400 für Gefährdungsbeurteilung einschließlich psychischer Gefährdungen (<i>Rozporządzenie techniczne w sprawie oceny ryzyka</i>)	Uzgodnione z Rządem Federalnym Niemiec 24.04.2013 r., ostatecznie zatwierdzone w lipcu 2013 r. Bez zmian w wyniku implementacji dyrektywy 2010/32/UE Bez zmian w wyniku implementacji dyrektywy 2010/32/UE, ale zaplanowano wprowadzenie zmian w grudniu 2013 r. Najnowsza zmiana wprowadzona 13.09.2012 r.	http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/neufassung-biostoffverordnung.pdf;jsessionid=35EE1C2EBB9DC997C987B6FC1A2BEAF0?__blob=publicationFile http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/arbmedvv/gesamt.pdf http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/672990/publicationFile/47827/TRBA-250.pdf http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/666126/publicationFile/

¹⁹ Oprócz istniejącego obowiązującego prawa we Francji wymienionego w przypisie 25 na str. 22 poniżej.

Kraj	Tytuł aktu prawnego	Data wejścia w życie	Łącze do strony internetowej
Węgry	Dekret Ministerstwa Zasobów Ludzkich 51/2013. (VII. 15.) <i>'EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatás keretében használt, éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzésére, az ilyen eszközök használatából eredő kockázatok kezelésére, valamint az egészségügyi tevékenységet végző személyek tájékoztatására és képzésére vonatkozó követelményekről'</i> ,	16.07. 2013	http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=161942.245337
Irlandia	Safety, Health and Welfare at Work (Prevention of Sharps Injuries in the Healthcare Sector) Regulations, 2013 <i>Rozporządzenia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy (Zapobieganie zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze opieki zdrowotnej) z 2013 r.</i>	Maj 2013	http://www.hsa.ie/eng/Your_Industry/Healthcare_Sector/Biological_Agents/Sharps/Directive_on_Sharps/_guide_to_the_proposed_regulations.pdf
Łotwa	Istniejące prawo w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz narażenia na działanie czynników biologicznych	Brak zmian w istniejącym prawie	
Litwa	Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej i Pracy, Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji i Nauki Republiki Litwy nr A1-157/V-501 w sprawie specjalnego zarządzenia dotyczącego wdrożenia dyrektywy w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi przedmiotami w szpitalach i sektorze opieki zdrowotnej	16.03. 2012	http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=420536&p_query=&p_tr2=2
	Rozporządzenie Ministra Zdrowia nr V-946 „ <i>Lietuvos Higienos norma HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai”</i> (Norma higieniczna nr 47, nowe wydanie, „Placówki opieki zdrowotnej. Wymagania dotyczące kontroli nad infekcjami”)	19.10. 2012	http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435637&p_query=&p_tr2=2
Holandia	Wijziging van het Arbeidsomstandighedenbesluit in verband met opname van regels uit de Beleidsregels Arbeidsomstandighedenwetgeving (Nowelizacja ustawy o bezpieczeństwie i higienie pracy) Zmiana artykułów 4.97 i 9.3	1.01.2012	http://www.ggznederland.nl/werk-en-opleiding/staatsblad-2011-399.pdf
Rumunia	Decyzja rządu Rumunii nr 243 w sprawie minimalnych wymogów w zakresie środków bezpieczeństwa i higieny zapobiegających zranieniom ostrymi narzędziami w szpitalach i sektorze opieki zdrowotnej wydana zgodnie z art. 108 Konstytucji Rumuńskiej i art. 51 ustawy o bezpieczeństwie i higienie pracy 319/2006	8.05.2013	http://www.mmuncii.ro/nou/images/Documente/Legislatie/HG243-2013.pdf

Kraj	Tytuł aktu prawnego	Data wejścia w życie	Łącze do strony internetowej
z późniejszymi zmianami			
Szwecja	Ändringsföreskrifterna (AFS 2012:7) om mikrobiologiska arbetsmiljörisker - smitta, toxinpåverkan, överkänslighet (AFS 2005:1) (Nowelizacja przepisów o zagrożeniach mikrobiologicznych w miejscu pracy)	7.12.2012	http://www.av.se/dokument/afs/afs2012_07.pdf
Wielka Brytania	Health and Safety (Sharps instruments in healthcare) Regulations 2013 (<i>Rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy (ostre narzędzia w placówkach opieki zdrowotnej) z 2013 r.</i>)	18.03.2013	http://www.legislation.gov.uk/uksi/2013/645/made Wytyczne BHP: http://www.hse.gov.uk/pubns/hsis7.pdf
Kraje EOG			
Norwegia	Nowelizacja ustawy o środowisku pracy	21.06.2013	http://www.arbeidstilsynet.no/lov.html?tid=78120

3.2 Poziom wymaganych zmian w związku z dostosowaniem do prawodawstwa unijnego

Bardzo wiele przepisów UE dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) już istnieje, co zostało również uwzględnione w dyrektywie 2010/32/UE. Największe znaczenie wśród nich ma dyrektywa 89/391/EWG (tzw. dyrektywa ramowa w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy²⁰) oraz dyrektywa 2000/54/EWG w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy.²¹

Ze względu na fakt, że transpozycja powyższych dyrektyw odbyła się kilka lat temu, na szczeblu Państw Członkowskich istnieją już pewne ramy wyznaczające standardy ochrony, które zostały dodatkowo rozszerzone o szczególne przypadki, a w niektórych krajach – nowe wymagania.

Figure 3.2 poniżej, przedstawia poziom zmian wymagany w prawodawstwie Państw Członkowskich, uznany na podstawie wyników ankiety za niezbędny.

Wyłania się następujący obraz sytuacji:

- Pięć krajów uważa, że nie ma konieczności wprowadzenia dodatkowych zmian w ich prawodawstwie: Belgia, Dania i Łotwa; ponadto odpowiedzi uzyskane z Czech i Polski również wskazują na brak konieczności zmian (lub na konieczność wprowadzenia niewielkich zmian).
- Tylko pięć krajów UE widziało potrzebę wprowadzenia zmian w niewielkim zakresie; były to Estonia, Francja, Holandia, Litwa i Włochy. Wśród krajów EOG Norwegia wprowadziła ograniczone zmiany, a oprócz krajów UE i EOG, Białoruś, która nie ma obowiązku wdrożenia dyrektywy w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, również stwierdziła, że w celu spełnienia wymagań narzuconych w tej dyrektywie konieczne są jedynie niewielkie zmiany w jej przepisach.
- Dziewięć krajów – Austria, Chorwacja, Finlandia, Hiszpania, Irlandia, Niemcy, Portugalia, Szwecja i Wielka Brytania uznało, że zmiany w ich prawodawstwie będą miały wymiar umiarkowany.
- Tylko Ukraina uznała, że jej przepisy wymagają większych zmian, aby można było spełnić wymagania powyższej dyrektywy (której nie ma obowiązku wdrożenia w tym kraju).

Główne modyfikacje w obowiązującym prawodawstwie dotyczą kwestii, takich jak: zakaz ponownego zakładania osłonek, wymagania dotyczące bardziej szczegółowych ocen ryzyka oraz realizowania programu szczepień ochronnych. Zakrojone na szerszą skalę wprowadzenie wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające również uznano za prawdopodobną konsekwencję stosowania nowego prawa w wielu krajach (aczkolwiek opartą na ocenie ryzyka).

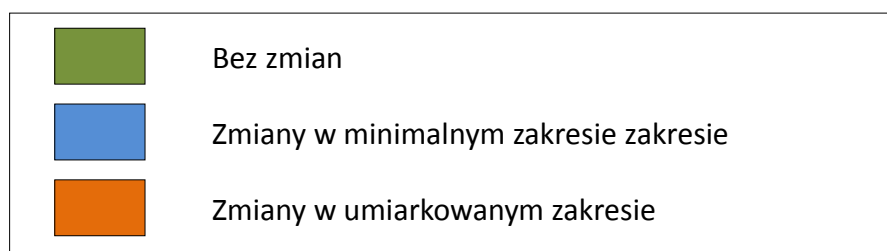
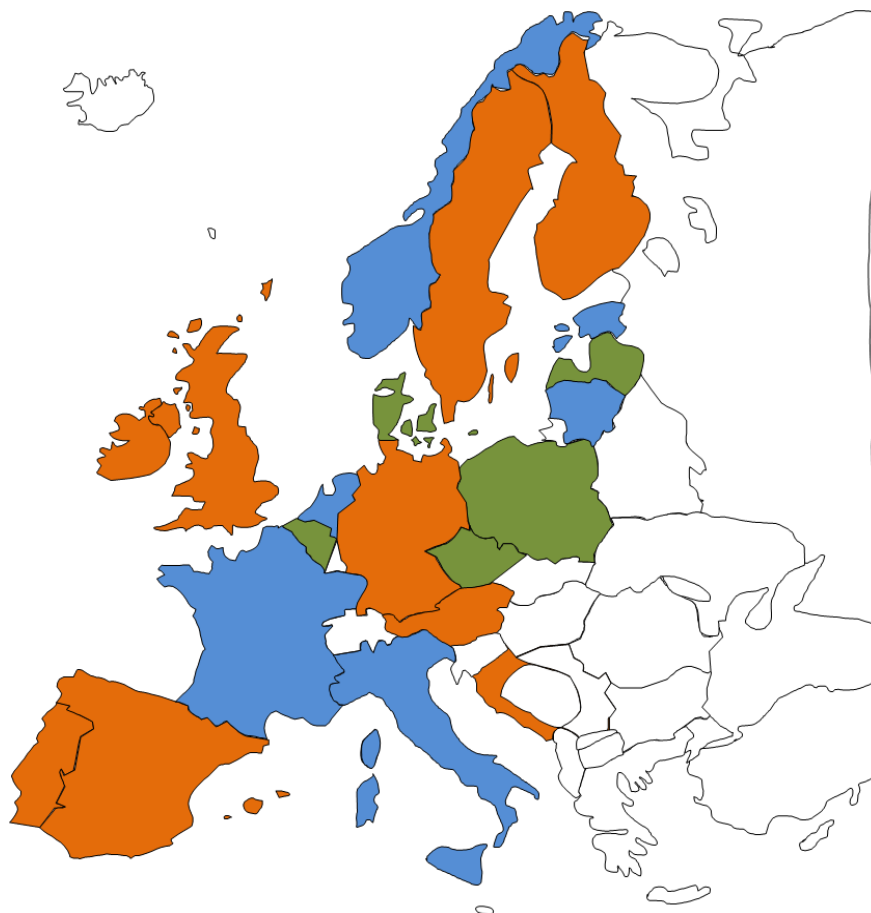
Koszt takiego nowego sprzętu uznano za potencjalną trudność w niektórych krajach, szczególnie w przypadku mniejszych Państw Członkowskich, ze znacznymi ograniczeniami budżetowymi, które często nie są w stanie skorzystać z tańszych zakupów hurtowych przy zakupie wyrobów medycznych. Kwestia trudności przy wdrażaniu wymagań dyrektywy zostanie omówiona szczegółowo w kolejnym rozdziale.

Zastosowano różne interpretacje zakresu zastosowania dyrektywy (do jakiego personelu ma ona zastosowanie), co również stanowiło potencjalny problem.

²⁰ Patrz <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:EN:HTML>

²¹ Patrz <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000L0054:en:NOT>

Figure 3.2 Poziom zmian, które należy wprowadzić w istniejących przepisach w Państwach Członkowskich i Norwegii



Źródło: ICF GHK (2013) na podstawie odpowiedzi udzielonych w ankiecie przygotowanej na zlecenie członków EPSU i HOSPEEM, przeprowadzonej przy wsparciu Komisji Europejskiej w ramach projektu „Propagowanie i wsparcie procesu wdrożenia dyrektywy 2010/32/UE w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej”.

4 Istniejące wytyczne i problemy z wdrażaniem

Większość krajów ma już wytyczne dotyczące zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami, a wiele krajów, w których takie wytyczne nie są jeszcze dostępne, planuje przygotować je w ramach procesu transpozycji i wdrożenia dyrektywy. Na przykład w Finlandii strony negocjujące uzgodniły opublikowanie przewodnika, który zostanie udostępniony na stronach internetowych Fińskiego Instytutu BHP pod koniec tego roku.

W trakcie przeprowadzania ankiety dotyczącej transpozycji dyrektywy zebrano przykłady takich przewodników lub kodeksów postępowania i udostępniono je w witrynie internetowej projektu <http://www.epsu.org/r/629> na stronie <http://www.epsu.org/a/9157>. Na poziomie transnarodowym istniejące wytyczne obejmują między innymi materiał przygotowany przez Europejską Agencję Zdrowia i Bezpieczeństwa w Pracy (ang. European Agency for Safety and Health - EU-OHSA)²², Europejską Sieć ds. Bezpieczeństwa Biologicznego (ang. European Biosafety Network)²³ oraz Światową Organizację Zdrowia (ang. World Health Organisation - WHO)²⁴. Tabela przedstawia przykłady przewodników zebrane od różnych Państw Członkowskich.

Table 4.3 Istniejące wytyczne w zakresie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami

Kraj	Tytuł wytycznych i autor	Łącze do strony internetowej
Belgia	3. Prévention des Blessures Par Objets Tranchants ; CSC SP	4. http://www.epsu.org/IMG/pdf/B-Prevention-Blessures-Objets-Tranchants-CSC-SP.pdf
Cypr	Komisja Centralna: Zakażenia szpitalne: Instrukcje w zakresie zarządzania skażonymi narzędziami ostrymi, Ministerstwo Zdrowia Kontrola infekcji szpitalnych: Wytyczne w zakresie zarządzania odpadami, Generalne Biuro ds. Szpitali w Nikozji	http://www.epsu.org/IMG/pdf/CY-MoH-CC-HI-Instructions-management-contaminated-sharp.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/CY-MoH-CC-HI-Instructions-management-contaminated-sharp.pdf
Dania	Stikboksen.dk - et ressourcested om stikskader på sygehuse; Branchearbejds miljørådet Social & Sundhed	http://stikboksen.dk/
Finlandia	Nie pozwól na przypadkowy kontakt z igłą: niebezpieczeństwo wypadku, Tehy	http://www.epsu.org/IMG/pdf/Finnish_study_on_needlestick_injuries_-_Tehy.pdf
Niemcy	Witryna internetowa „Bezpieczny szpital” Projekt modelowy „STOP igłom”	http://www.sicheres-krankenhaus.de/ http://www.stopnadelstich.de/Home.html
Węgry	Zapobieganie wirusowym chorobom przenoszonym przez kontakt z krwią i płynami ustrojowymi podczas zabiegów w ramach opieki zdrowotnej, Krajowe Centrum Epidemiologiczne	http://www.epsu.org/IMG/pdf/H-KJ-Ver-Es-Valadek-2003.pdf
Włochy	Azienda Ospedaliera "Maggiore Della Carità", Novara : Disposizioni in merito alle contaminazioni con materiale biologico a seguito di infortunio	http://www.epsu.org/IMG/pdf/I-AOU-Maggiore-della-Carita-di-Novara-Info-.pdf

²² <https://osha.europa.eu/en/sector/healthcare/prevention-sharp-injuries-workplace>

²³ <http://europeanbiosafetynetwork.eu/>

²⁴ http://www.who.int/occupational_health/activities/4policy.pdf

Kraj	Tytuł wytycznych i autor	Łącze do strony internetowej
Holandia	Ziekenhuisen: Accidenteel Bloedcontact ; Werkgroep Infectiepreventie	http://www.epsu.org/IMG/pdf/Report-Dutch-WG-Prevention-Sharps-Injuries.pdf
Hiszpania	FSP UGT : Manual de Uso (i inne plakaty zwiększające świadomość)	http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-ManuelDeUso.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-NoSeDeclaranLosAccidentes-Enfermera.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-NoSeDeclaranLosAccidentes-Enfermero.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-3-NoDejesQueJuegenConTuSalud.pdf
Szwecja	Projekt dotyczący zapobiegania zranieniom igłami (raport z projektu, na podstawie którego zostaną przygotowane wytyczne)	http://www.epsu.org/IMG/pdf/S-Project-Reduction-Sharps-Injuries-Sweden-Description_Summary.pdf
Wielka Brytania	Wspólne wytyczne partnerów społecznych w zakresie zapobiegania zranieniom igłami Porady dotyczące zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami, Pracodawcy w ramach opieki zdrowotnej Bezpieczeństwo używanie ostrych narzędzi: Wytyczne RCN	http://www.epsu.org/IMG/pdf/GB-Joint-SP-Guidance-Needlestick-Injury.pdf http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/Needlestick%20injury.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/GB-RCN-Sharps-Safety-Guidance-Implementation-Dir-2010-32-EU.pdf

Źródło: Materiały przekazane przez członków EPSU i HOSPEEM dla celów projektu „Propagowanie i wsparcie procesu wdrożenia dyrektywy 2010/32/UE” realizowanego przez EPSU i HOSPEEM przy wsparciu Komisji Europejskiej.

4.2 Kluczowe wyzwania i dobre praktyki umożliwiające ich przewycięzenie

Poniżej wymieniono kwestie stanowiące dobre praktyki w zakresie wdrażania zaleceń dyrektywy na poziomie krajowym oraz przewycięzania problemów związanych z jej implementacją:

Zbieranie danych i zgłaszanie

Nie ulega wątpliwości, że dane dotyczące zranień ostrymi narzędziami są zaniżone. Powody takiego stanu rzeczy mogą mieć charakter strukturalny, np.

- uznanie zranienia ostrym narzędziem jako wypadku przy pracy;
- które wypadki należy zgłaszać na jakim szczeblu (np. tylko te, które prowadzą do nieobecności w pracy powyżej 3 dni).

Powody mogą mieć również charakter organizacyjny, np.:

- czy istnieją przejrzyste i niebiurokratyczne procesy zgłaszania dostępne dla wszystkich pracowników, którzy potencjalnie są zagrożeni zranieniem się ostrym narzędziem (w tym również dla pracowników pomocniczych podwykonawców);
- czy istnieją przejrzyste procesy w zakresie monitorowania przypadków zranień ostrymi przedmiotami na poziomie organizacji oraz podejmowania odpowiednich środków.

Istnieją również osobiste powody braku odpowiedniego poziomu zgłaszania, wynikające z

- braku świadomości ryzyka lub procesów zgłaszania;
- samooskarżania się za wypadek lub strachu przed byciem oskarżonym.

Wszystkie te przyczyny można wyeliminować poprzez sporządzenie jasnych wytycznych i procesów zapewniających, że wszystkie wypadki będą zgłaszane (najpierw na poziomie organizacji, a potem na poziomie centralnym); zorganizowanie szkoleń powiązanych

z wytycznymi oraz zwiększenie świadomości; zapewnienie, że procesy zgłaszania będą proste, ale skuteczne oraz zapewnienie szybko dostępnego wsparcia; zapewnienie zaangażowania na najwyższym poziomie oraz odpowiednich struktur zarządzania potencjalnymi czynnikami ryzyka przygotowanych we współpracy z reprezentantami pracowników; stworzenie warunków dla kultury braku wskazywania winnego w środowisku placówek opieki zdrowotnej, a także zapewnienie, że zebrane informacje będą zbierane na poziomie organizacyjnym i krajowym w celu regularnej kontroli postępu i wprowadzania wymaganych zmian.

Ocena ryzyka i zapobieganie

Potrzebę zmian w procesach roboczych i procedurach najłatwiej ocenić poprzez proces regularnej oceny ryzyka we wszystkich konfiguracjach. Reprezentanci pracowników powinni brać udział w takich ocenach ryzyka, które muszą koncentrować się na prewencji w każdym obszarze, w którym jest to wykonalne. Nie oznacza to w każdej sytuacji wprowadzenia zabezpieczonych wyrobów medycznych, ale może czasami oznaczać konieczność wprowadzenia zmian w procedurach roboczych. Na przykład praca w pośpiechu i w napięciu (czasami przy braku odpowiedniej liczby personelu) została również wskazana jako ważny czynnik występowania zranień ostrymi narzędziami. W kontekście ograniczeń budżetowych należy wskazać najskuteczniejsze i najbardziej wydajne sposoby zapobiegania występowaniu czynników ryzyka w miejscu pracy.

Zastosowanie zabezpieczonych wyrobów medycznych

Jak wskazują dowody przedstawione podczas warsztatów oraz konferencji zamykającej projekt, zabezpieczone wyroby medyczne mogą odgrywać rolę w procesie zapobiegania.. Jednak równolegle uznano, że wprowadzenie takich wyrobów niekoniecznie jest najlepszym rozwiązaniem i jedynym sposobem uniknięcia ryzyka. Również nie wszystkie wyroby są jednakowej jakości i nie mogą być stosowane przy każdego rodzaju zabiegu, co oznacza, że ich wprowadzenie może mieć skutek odwrotny do zamierzonego. W związku z powyższym zalecono, co następuje:

- zabezpieczone wyroby medyczne należy opracowywać na drodze konsultacji z lekarzami;
- producenci powinni być odpowiedzialni za zapewnienie szkoleń, a dobrą praktyką jest ich wymaganie w ramach składanego zamówienia;
- masowe wprowadzenie nowych wyrobów powinno być poprzedzone przejrzystymi i obszernymi badaniami;
- w celu zapewnienia wydajnego i skutecznego wykorzystywania takich wyrobów procesy i systemy składania zamówień mogą wymagać zmian, aby został udostępniony odpowiedni sprzęt;
- jeśli to możliwe, należy sprawdzić efektywne sposoby uzyskiwania korzystnych cenowo zakupów hurtowych podczas zamawiania nowych produktów, wykraczające poza poziom jednej organizacji.

Aneks 1 – Przegląd sytuacji w poszczególnych krajach

Niniejszy Aneks w skrócie podsumowuje informacje przedstawione przez członków EPSU i HOSPEEM lub innych specjalistów (personel medyczny, naukowców, reprezentantów ministerstw w poszczególnych krajach) w imieniu krajów uczestniczących w seminariach regionalnych w związku z transpozycją prawodawstwa unijnego na szczeblu krajowym, istniejącymi wytycznymi i potencjalnymi problemami podczas implementacji. Informacje zostały zaczerpnięte z raportów z warsztatów regionalnych.

Austria

Austria jest jednym z czterech Państw Członkowskich, w których proces transpozycji dyrektywy został już ukończony poprzez tzw. „rozporządzenie w sprawie igieł” (niem. *Nadelstichverordnung, NastV*). Rozporządzenie zostało opublikowane 3 stycznia 2013 r. i weszło w życie 11 maja 2013 r. Wyraźnie nawiązuje ono do dyrektywy oraz EPSU i HOSPEEM jako stron negocjujących porozumienie ramowe. Rozporządzenie obejmuje pracowników sektora opieki zdrowotnej i wyraźnie uwzględnia fakt, że każdy pracownik pomocniczy (np. pracownicy podwykonawców świadczących usługi pralnicze) musi zostać poinformowany o ryzyku oraz musi być objęty przepisami rozporządzenia.

W ocenie mówcy będącego reprezentantem stowarzyszenia szpitali w Salzburgu (*Salzburger Landeskliniken, SALK*) ogólna liczba zranień ostrymi narzędziami w Austrii, a konkretnie liczba infekcji w ich wyniku, jest raczej niska. Taki wynik Austria zawdzięcza częściowo stosunkowo niskiemu poziomowi występowania zachorowań na zapalenie wątroby oraz HIV w populacji pacjentów tego kraju.

Na przykładzie stowarzyszenia SALK zaprezentowano, że wiele środków zapobiegającym występowaniu zranień ostrymi narzędziami wdrożono już wiele lat temu. Są to:

- ocena ryzyka w celu określenia poziomu istniejącego ryzyka oraz podjęcia odpowiednich kroków w celu zapobieżenia wypadkom lub wyeliminowania ryzyka ich wystąpienia;
- szczepienia przeciwko zapaleniu wątroby typu B;
- szkolenia i podnoszenie świadomości;
- wewnętrzne procedury zgłaszania;
- wprowadzenie zabezpieczonych wyrobów medycznych w odpowiednich sytuacjach.

W SALK liczba zabezpieczonych wyrobów medycznych wprowadzonych od 2008 r., w tym igieł gripper micro, motylków bezpieczeństwa (oba wyroby w 2008 r.), zabezpieczonych lancetów (w 2010 r.), bezpiecznych systemów do pobierania krwi (w 2011 r.) oraz bezpiecznych wenflonów (w 2012 r.). W każdym przypadku proces wyszukiwania dostawcy i zamawiania jest czasochłonny, uwzględniający grupę specjalistów, przygotowanie przetargu oraz przeprowadzenie odpowiednich szkoleń podczas wprowadzania nowego sprzętu. Należy koniecznie zauważyć, że w SALK dział zakupów i dział medycyny pracy ściśle współpracują: zamawiane są wyłącznie wyroby, które zostały zbadane i wypróbowane przez dział medycyny pracy.

W 2011 r. doszło do 277 zranień igłami zgłoszonych w SALK, z czego do 73 wypadków doszło podczas utylizacji. Zgodnie ze statystykami dotyczącymi miejsca i sposobu występowania zranień uważa się, że 30% takich wypadków można zapobiec. Od 2009 r. w SALK odnotowano zmniejszenie liczby zranień igłami z 334 do 275 w 2012 r. Jednak patrząc na różne zabezpieczone wyroby medyczne, należy pamiętać, że nie wszystkie są równie skuteczne w zakresie zmniejszenia częstotliwości występowania zranień ostrymi narzędziami: na przykład po wprowadzeniu motylków bezpieczeństwa liczba zranień w rzeczywistości wzrosła. Częściowo powodem takiego stanu rzeczy była większa trudność pracy z takim sprzętem (lub konieczność przyzwyczajenia się do niego), ale sytuacja ta również ilustruje fakt, że niektórych czynników występowania zranień nie można wyeliminować poprzez samo wprowadzenie zabezpieczonych wyrobów medycznych. W rzeczywistości wiele „zabezpieczonych wyrobów” dostępnych w tej chwili na rynku nie nadaje się do przeprowadzania zabiegów, do których są przeznaczone. W związku z powyższym raczej wprowadzają one większe ryzyko wystąpienia niepotrzebnych zranień i potencjalnych infekcji.

W przypadku ostrych narzędzi (innych niż igły) może być trudno znaleźć ich zabezpieczone odpowiedniki oraz odpowiednio zarządzać zranieniami. Pomimo że istnieje możliwość nabycia wsuwanych skalpeli, okazuje się, że do większości zranień dochodzi podczas zabiegów chirurgicznych, którym nie można zapobiec, stosując zabezpieczone wyroby medyczne.

Ogólnie uważa się, że najskuteczniejszymi metodami zapobiegania wypadkom przy pracy oraz infekjom wynikającym z kontaktu z ostrymi narzędziami są:

- szczepienia przeciwko zapaleniu wątroby typu B;
- stosowanie środków ochrony indywidualnej (rękawiczek itp.);
- kremy ochronne na skórę podczas operacji, w trakcie których dochodzi do kontaktu z krwią;
- łatwo dostępne pojemniki na odpady do wyrzucania ostrych narzędzi;
- szkolenia i obecność dobrze przeszkolonego personelu w zakresie procedur wysokiego ryzyka;
- jeśli to możliwe, zmniejszenie stresu wynikającego z wykonywania zabiegu w pośpiechu.

W kontekście kosztów powiązanych z 277 zranieniami igłami w 2011 r. uważa się, że wydano 45 000 euro na badania laboratoryjne próbek pacjentów i personelu, kolejne 100 000 euro na zabezpieczone wyroby medyczne i około 10 000 euro na koszty powiązane z wprowadzeniem dodatkowych pojemników na odpady. Dodatkowe koszty związane ze zwiększoną ilością odpadów pochodzących z zabezpieczonych wyrobów medycznych są nieznane. W tym kontekście należy zauważyć, że od 1994 r. nie odnotowano żadnych zakażeń powiązanych ze zranieniami igłami.

Belgia

Podobnie jak większość krajów, Belgia miała już wcześniej prawo, które powiązane było z kwestiami ujętymi przepisami dyrektywy, a jej implementacja polegała na odpowiedniej nowelizacji królewskiego dekretu w sprawie narażenia na działanie czynników biologicznych. Proponowana treść zmian została przedstawiona międzybranżowym partnerom społecznym z ich własnej inicjatywy, bez angażowania branżowych partnerów społecznych będących sygnatariuszami umowy ramowej HOSPEEM-EPSU o zapobieganiu zranieniom ostrymi narzędziami w szpitalach i sektorze opieki zdrowotnej z lipca 2009 r. transponowanej do dyrektywy 201/32/UE. Powyższa procedura jest w tej chwili kwestionowana przez branżowych partnerów społecznych w Belgii, ponieważ międzybranżowi partnerzy społeczni nie są sygnatariuszami Europejskiej Umowy Ramowej. Ponadto branżowi partnerzy społeczni nie byli zaangażowani w transpozycję dyrektywy, gdyż w procesie tym udział brali wyłącznie międzybranżowi partnerzy społeczni.

Jednak z założenia zaproponowane zmiany są relatywnie niewielkie i głównie służą objęciu zakresem czynności większego grona pracowników niż tylko osoby bezpośrednio zatrudnione w opiece zdrowotnej, tj. również pracowników podwykonawców narażonych na zranienia ostrymi narzędziami. Zmiany zakładały również obciążenie pracowników większą odpowiedzialnością za własne zdrowie i bezpieczeństwo (zgodnie z indywidualnym poziomem przeszkolenia/kwalifikacji oraz zgodnie z instrukcjami przekazanymi w danym miejscu pracy przez pracodawcę), przeprowadzanie szkoleń w tym zakresie, a także zgłaszanie zranień ostrymi narzędziami na poziomie centralnym. Zastosowanie zabezpieczonych wyrobów medycznych nie zostało uznane za bezwzględnie konieczne, ale narzucone w sytuacjach, w których jest to możliwe.

Bułgaria

Dyrektywa została już transponowana poprzez udział partnerów społecznych. W związku z powyższym w tej chwili trwa wdrażanie narodowego programu bezpieczeństwa i higieny pracy w celu obniżenia liczby chorób zawodowych oraz wypadków w miejscu pracy, a także przygotowywanie przepisów stanowiących podstawę do podjęcia zapobiegawczych środków legislacyjnych, organizacyjnych i technicznych z myślą o zachowaniu bezpiecznych i prozdrowotnych warunków pracy. Program ten funkcjonuje w postaci rocznych programów roboczych, będących elementami składowymi strategii ds. prozdrowotnych warunków

i bezpieczeństwa w miejscu pracy. Jego celem jest wyraźne zmniejszenie liczby wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych.

Jak określono w porozumieniu ramowym, pierwszym etapem zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami jest ocena ryzyka. W Bułgarii obowiązują wytyczne, które zakładają ocenę ryzyka w różnych kategoriach umożliwiających priorytetowe traktowanie obszarów najwyższego ryzyka, aby odpowiednio wykorzystać zbyt małą ilość zasobów ogółem przeznaczonych na ten cel. Ze względu na fakt, że w tej chwili w Bułgarii wiele organizacji przechodzi proces restrukturyzacji, należy pamiętać, aby wielokrotnie powtarzać takie oceny ryzyka wraz ze zmieniającą się strukturą pracy oraz miejscem wykonywania zabiegów. Reprezentant Bułgarii podkreślił, że zarządzając ryzykiem zawodowym, należy zwrócić szczególną uwagę na wprowadzenie skutecznego systemu monitorowania i oceny ryzyka.

Wdrożeniu takiego systemu powinno towarzyszyć sporządzenie listy środków zapobiegawczych, które należy ująć w planach na poziomie organizacji.

Związki zawodowe i pracownicy powinni brać udział zarówno w ocenie ryzyka, jak i planowaniu środków zapobiegawczych. Ocena ryzyka jest zorganizowana jako procedura wieloetapowa. W Bułgarii pracownicy mają obowiązek brać udział w procesie oceny ryzyka poprzez uczestnictwo w komisjach roboczych ds. warunków pracy na poziomie właściwej placówki opieki zdrowotnej. Komisje te mają między innymi obowiązek pozyskiwania informacji na temat sposobu organizacji procesu oceny ryzyka oraz uczestnictwa w procesie wyznaczania osób odpowiedzialnych za określone zadania, zgłaszania zmian, które zaszły w ich miejscu pracy lub współpracowania z pracodawcą w celu zapewnienia bezpiecznego środowiska pracy. Reprezentant Bułgarii ponadto przedstawił dostępne środki zmniejszające ryzyko wystąpienia zranień ostrymi narzędziami, np. oparte na planie działania oraz krokach wspólnie uzgodnionych i wdrożonych przez pracodawców i pracowników z myślą o realizowaniu strategii prewencji ogólnej, np. przeprowadzanie szkoleń lub właściwe wykorzystanie pojemników na zużyte ostre narzędzia.

Kiedy dochodzi do wypadku, należy koniecznie zgłosić jego przyczynę i skutek, aby umożliwić zaplanowanie zmian w wymaganych obszarach. Takie zachowanie może występować tylko w atmosferze tzw. no-blame culture, czyli braku wyciągania konsekwencji – wszystkie wypadki są zgłaszane i podejmowane są kroki w celu zapobieżenia zidentyfikowanemu ryzyku.

Personel jest dodatkowo chroniony poprzez program szczepień przeciwko zapaleniu wątroby typu B. Mówca przedstawił żądanie związków zawodowych dotyczące zapewnienia darmowych szczepień dla wszystkich pracowników i studentów świadczących usługi w ramach opieki zdrowotnej oraz wykonujących powiązane czynności w miejscu pracy.

Dnia 24 listopada 2012 r. w Sofii odbyło się seminarium z udziałem interesariuszy z różnych kręgów pracowniczych w celu promowania wdrożenia Dyrektywy.

Chorwacja

Od momentu przystąpienia do Unii Europejskiej w lipcu 2013 r., Chorwacja jest zobowiązana do wdrożenia dorobku legislacyjnego Wspólnot Europejskich i Unii Europejskiej. Dyrektywa w sprawie zranień ostrymi narzędziami została transponowana w 2013 r. poprzez rozporządzenie w sprawie środków bezpieczeństwa zapobiegającym zranieniom ostrymi narzędziami (patrz Tabela 3.1. powyżej). Prawdopodobnie wyżej wspomniane chorwackie akty prawne zostaną dodatkowo uzupełnione o bardziej szczegółowe przepisy zawarte w umowie zbiorowej. Obecnie branżowe związki zawodowe uważają, że wdrażane przepisy nie są wystarczająco precyzyjne w odniesieniu do sankcji za brak wdrożenia. Brak zasobów finansowych może również stanowić ograniczenie w kontekście wprowadzenia wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające, wymagane na podstawie przeprowadzonej oceny ryzyka. W związku z powyższym uważa się za istotny fakt, że chorwackie fundusze ubezpieczeniowe (odpowiedzialne za finansowanie usług zdrowotnych) nie były zaangażowane w proces wdrażania dyrektywy. Ponadto system zgłaszania wypadków i zranień jest w tej chwili również uważany za niewystarczający.

Obecnie stosowane środki zapobiegawcze obejmują:

- szczepienia przeciwko HBV wśród uczniów, studentów i pracowników opieki zdrowotnej – dostępne i obowiązkowe dla wszystkich;
- systemy zgłaszania zranień we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej;
- procedury na wypadek zranienia we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej;
- pojemniki na ostre narzędzia w większości placówek, ale często niskiej jakości;
- stosowanie rękawiczek i w niewielkim wymiarze stosowanie urządzeń bezigłowych oraz igieł i kaniul wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające;
- plakaty zwiększające świadomość;
- szkolenia dla pracowników na temat ryzyka i środków zapobiegawczych.

Cypr

Propozycja ustawy stanowiącej transpozycję dyrektywy została przekazana do parlamentu. Nowa ustawa wprowadziłaby zmianę w istniejących przepisach.

Wytyczne w zakresie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami już istnieją. Znajdują się na stronie internetowej (<http://www.epsu.org/a/9157>), zawierającej dostępne wytyczne, materiały szkoleniowe, filmy itp. pochodzące z różnych krajów.

Czechy

Czechy dokonały transpozycji dyrektywy poprzez istniejące przepisy zawarte w Kodeksie Pracy, który ostatni raz był zmieniany w 2006 r. Ponadto w 2011 r. wprowadzono nowe rozporządzenia dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy, obowiązujące pracowników opieki zdrowotnej (372/2011 i 373/2011). Kolejna zmiana w BHP powiązana z transpozycją dyrektywy wchodzi w życie w 2013 r. (79/2013). Przepisy dotyczące odpadów niebezpiecznych nakazują, aby ostre narzędzia medyczne utylizować w bezpieczny sposób.

Transpozycja dyrektywy należy do obowiązków następujących ministerstw: Pracy, Zdrowia i Ochrony Środowiska.

W związku z implementacją dyrektywy na poziomie organizacji pierwszym krokiem jest zawsze przeprowadzenie oceny ryzyka, która różni się ze względu na miejsce pracy/czynności wykonywanych w miejscu pracy oraz ze względu na różne kategorie personelu. Ważne, aby takie oceny, będące zgodnie z Czeskim Kodeksem Zatrudnienia obowiązkiem pracodawcy, były regularnie aktualizowane, aby móc uwzględnić zmieniające się procedury robocze oraz obsadę personelu. To rozporządzenie nakazuje, aby traktować priorytetowo środki techniczne i zbiorcze, które następnie powinny być uzupełniane na poziomie indywidualnym poprzez zastosowanie środków ochrony indywidualnej oraz dostosowanie miejsca pracy. Istnieje również obszerny zestaw przepisów w zakresie udzielania informacji oraz podnoszenia świadomości istniejącego ryzyka i środków, które powinny być zapewnione przez pracodawcę.

Wszystkie wypadki przy pracy należy dokumentować na poziomie miejsca pracy (istnieje wyraźny przydział obowiązków w zakresie zgłaszania dotyczący pracownika i pracodawcy), ale na poziomie krajowym są zgłaszane wyłącznie wypadki i zranienia prowadzące do nieobecności w pracy powyżej 3 dni roboczych. W przyszłości konieczne będzie wprowadzenie obowiązku zgłaszania większej ilości danych na poziomie krajowym.

Personel opieki zdrowotnej jest obowiązkowo szczepiony przeciwko zapaleniu wątroby typu B, którego nie może odmówić (w razie odmowy przyjęcia szczepienia pracownik otrzymuje opinię „niezdolnego do pracy” i nie jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym). Ponadto co dwa lata personel (zatrudniony w obszarach wysokiego ryzyka) lub co trzy do pięciu lat (w zależności od wieku) poddawany jest badaniom kontrolnym finansowanym przez pracodawcę.

W niektórych obszarach jakiś czas temu wprowadzono powszechne stosowanie wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające (np. wcześniej napełnianych igieł itp.). Jednak nadal dochodzi do zranień, a ich występowanie przypisuje się w dużej mierze sporym obciążeniem personelu pracą oraz pracy w stresie.

Dania

W Danii nie uznano za konieczne wprowadzenie jakichkolwiek zmian w istniejących przepisach w celu spełnienia obowiązku transpozycji dyrektywy. Kluczowe przepisy oparte są na ocenie ryzyka i dodatkowo uzupełnione umową zbiorową. Szczegóły procedury wdrożenia zasad oraz podejmowania środków zaradczych są określane (na podstawie oceny ryzyka) na poziomie lokalnym, kładąc nacisk na skuteczne informowanie oraz korzystanie z dobrych praktyk sprawdzonych w innych instytucjach.

Estonia

Pomimo że Estonia nie ukończyła jeszcze procesu transpozycji dyrektywy, uważa się, że poziom zmian wprowadzanych w tym kontekście jest ograniczony. W związku z powyższym największy nacisk kładziony jest raczej na transpozycję poprzez określenie dalszych wytycznych niż poprzez wprowadzanie zmian w legislacji. Organizacje partnerów społecznych brały pełny udział w procesie transpozycji, służąc w charakterze konsultanta. Nie przewiduje się żadnych większych zmian związanych z wdrożeniem dyrektywy.

Finlandia

Na początku 2011 r. fińska trójstronna komisja doradcza przy Ministerstwie Polityki Społecznej i Zdrowia zdecydowała powołać podkomisję, której zadaniem była praca na rzecz wdrożenia dyrektywy oraz ocena, które krajowe rozporządzenia wymagają zmian w celu przygotowania zmian. W skład wspomnianej podkomisji wchodziłi różni interesariusze, np. partnerzy społeczni, władze miejskie oraz firmy produkujące wyroby medyczne wyposażone w mechanizmy zabezpieczające. Zadanie było dość skomplikowane, gdyż w Finlandii obowiązuje już 17 rozporządzeń, które dotyczą części przepisów zawartych w dyrektywie. Na początku oceny wydawało się, że większość wymagań dyrektywy ma swoje odzwierciedlenie w fińskich przepisach i że nie ma konieczności wprowadzania żadnych konkretnych zmian. Gdy przewodniczący komisji przedstawił jej pierwszy projekt dekretu, pracodawcy wyrazili wobec niego sprzeciw. Negocjacje zakończono w maju 2013 r. przyjęciem zmian w obowiązujących przepisach.

Najwięcej czasu poświęcono na omówienie następujących kwestii: ocena ryzyka i eliminacja ryzyka zranień ostrymi narzędziami, zapewnienie procedur bezpieczeństwa pracy – tutaj omawiano, co należy rozumieć jako wyrób medyczny wyposażony w mechanizmy zabezpieczające oraz fakt, że w tej chwili brak jest doświadczenia w zakresie standardów bezpieczeństwa pracy; techniczne rozmieszczenie bezpiecznych pojemników na zużyte ostre narzędzia, darmowe szczepienia dla pracowników, którzy są objęci ryzykiem oraz zgłaszanie i kontynuacja działań po wypadku. Dialog dotyczył również zakresu dyrektywy i praktycznego sposobu wdrożenia standardów w sektorze opieki zdrowotnej, domów opieki i sektorze opieki społecznej, gdyż nie było jasne, co można również uznać za ostre narzędzie (np. igły do akupunktury) i jaki pojemnik jest bezpieczny np. w trybie opieki domowej.

Francja

We Francji transpozycja dyrektywy nastąpiła dnia 9 lipca 2013 r. w postaci dekretu nr 2013-607 w sprawie ochrony przed działaniem czynników biologicznych (*décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et modifiant les dispositions relatives à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare*). Dekret został inkorporowany do Kodeksu Pracy w postaci artykułu R.4424-11. Przepisy te dotyczą 1,2 miliona pracowników sektora opieki zdrowotnej, zarówno w placówkach państwowych, jak i prywatnych. Dekret zawiera odniesienie do wspólnego rozporządzenia ministrów pracy i zdrowia o przyjęciu środków ochrony pracowników, którzy potencjalnie są objęci ryzykiem kontaktu z ostrymi narzędziami oraz warunków użycia takich ostrych narzędzi. Ponadto przepisy precyzują placówki objęte tymi zasadami, narzucają obowiązek udzielania informacji i organizowania szkoleń dla personelu, a także obowiązki pracodawców.

Branżowe związki zawodowe chciałyby, aby przepisy te objęły nie tylko szpitale, ale również poradnie zdrowia i pracowników opieki zdrowotnej świadczących usługi w domach pacjentów.

Francja ma już szeroką gamę przepisów zawierających zasady ustanowione w dyrektywie. Są to np. kodeks pracy, kodeks zdrowia publicznego i inne regulacje mające zastosowanie do sektora szpitali²⁵. Ponadto przepisy uwzględniają również kwestię profilaktyki (na przykład regulują szczepienia wśród personelu opieki zdrowotnej i sposób użycia ostrych narzędzi).

Nadzorowanie występowania zranień ostrymi narzędziami skutkującymi kontaktem z krwią należy do obowiązków Krajowego Instytutu Nadzoru (ang. National Surveillance Institute), powołanego do życia w 1998 r. (np. monitorowanie ryzyka zarażenia wirusem HIV, zapalenia wątroby typu B lub C).

Powołano również komisję, której celem jest zmniejszenie ryzyka zranień ostrymi narzędziami (*Réseau RAISIN*). Organ ten był odpowiedzialny za 5-letni plan działania na lata 2009-2013, którego celem było osiągnięcie 25% poziomu obniżenia liczby przypadków narażenia na 100 łóżek. Codziennie odnotowuje się ok. 16 000 wypadków, w których zachodzi ryzyko zarażenia chorobami przenoszonymi przez krew, przy czym należy pamiętać, że ok. 70% takich zdarzeń nie jest zgłaszanych.

W celu zaradzenia problemowi braku zgłaszania wszystkich wypadków zranień reprezentant związków zawodowych prezentujący przypadek Francji zaproponował, aby wprowadzić obowiązek zgłaszania każdego przypadku zranienia.

W praktyce dyrektorzy szpitali są odpowiedzialni za wprowadzenie strategii zapobiegawczej, a związki zawodowe odgrywają ważną rolę w procesie zapewnienia, że takie strategie zostaną wdrożone oraz ich późniejsze nadzorowanie. Strategie te obejmują środki zapobiegawcze (w tym również wprowadzenie wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające w obszarach wysokiego ryzyka), etapy procesu zgłaszania, leczenia oraz w razie potrzeby uzupełnienia niedoboru personelu w związku z wypadkiem.

Związki zawodowe szczególnie poparły wykorzystanie pojedynczego dokumentu (fra. *document unique*) na poziomie organizacji, który obejmuje wstępną ocenę ryzyka, plan zapobiegawczy oraz strategię zmniejszenia poziomu ryzyka i zarządzania nim, a także działań w zakresie zgłaszania oraz po zgłoszeniu wypadku. Proces ten uwzględnia również regularne oceny poziomu zmniejszenia częstotliwości występowania zranień ostrymi narzędziami oraz kolejne kroki podejmowane w celu poprawy istniejącej profilaktyki.

Niemcy

Niemcy również zakończyły rozmowy na temat wdrożenia dyrektywy wraz z wprowadzeniem odpowiednich przepisów i rozporządzeń wchodzących w życie w lipcu 2013 r. Transpozycja odbyła się poprzez nowelizację przepisów dotyczących narażenia na działanie czynników biologicznych (niem. *Biostoffverordnung*) w części mającej odniesienie do wymagań

²⁵ Np. Décret nr 94-353 z 1994 r. w sprawie ochrony pracowników przed działaniem czynników biologicznych; Circulaire DGS/SH/DRT nr 98/228 z 1998 r. w sprawie zaleceń dotyczących leczenia przeciwwirusowego wprowadzanego po wystąpieniu incydentu narażenia na zakażenie wirusem HIV; Circulaire DGS/DH nr 98/249 z 1998 r. w sprawie zapobiegania przenoszeniu czynników zakaźnych poprzez krew i inne płyny ustrojowe w placówkach opieki zdrowotnej; Circulaire DH/SL20DGS/VS3 nr 554 z 1998 r. w sprawie zbierania ostrych narzędzi; Circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS nr 2008-91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH); Circulaire 2009/272 du 26 août 2009: Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013 avec un objectif de réduction de 25% du taux d'incidence des AES/100 lits en 2012 (Données de référence AES RAISIN 2008); Circulaire DGS/VS 2/DH/DRT n°99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques; Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques de leur exposition à des agents biologiques et modifiant le code du travail.

zawartych w prawodawstwie unijnym (dyrektywa 2000/54/WE) oraz rozporządzenie w sprawie zapobiegania wypadkom w środowisku pracy (niem. *Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge*), które odnosi się do szczepień ochronnych dla personelu (medycznego). Ponadto istnieje wiele szczegółowych regulacji technicznych, np. TRBA 2508, mających zastosowanie wobec sektora opieki zdrowotnej i TRBA 4009 w sprawie oceny ryzyka. TRBA 250 (techniczna regulacja dla sektora opieki zdrowotnej) ma zostać poddana weryfikacji w grudniu 2013 r.

W Niemczech partnerzy społeczni oraz odpowiednie ministerstwa, w szczególności Federalne Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (niem. *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung*, BMAS), współpracowały ściśle podczas procesu transpozycji dyrektywy i chętnie przyjęły jej zintegrowane podejście, kładące duży nacisk na ocenę ryzyka oraz prewencję, szkolenia i zgłaszania w kontekście wsparcia procesów.

Ponadto przeprowadzono projekt pilotażowy, którego celem była ocena praktyk na poziomie organizacji oraz najlepszego sposobu ich poprawy. Projekt *STOP Nadelstich* (Bezpieczeństwo poprzez szkolenia, organizację i wybór produktów (w celu zapobiegania zranieniom igłami) zrealizowano w jednym szpitalu, czterech gabinetach oraz jednej jednostce pogotowia ratunkowego.

Projekt rozpoczął się od „zebrania danych” dotyczących bieżących procedur i poziomu zranień, uwzględniając również informacje na temat zrozumienia przez personel stosowanych procedur oraz ich przestrzegania. Na tym etapie zidentyfikowano wiele braków. Następnie zrealizowano etap „interwencji”, podczas którego zaproponowano podjęcie różnych działań:

- szkolenie;
- e-learning;
- zestaw próbek (zawierający różnego rodzaju wyroby medyczne wyposażone w mechanizmy zabezpieczające z instrukcjami ich użycia do przetestowania);
- pomoce praktyczne (np. małe karteczki z przypomnieniami o bezpiecznych procedurach, które można było nosić ze sobą w kieszeni).

Następnie ponownie dokonano oceny oraz obserwacji procesów i wyników. Po analizie odnotowano znaczną poprawę w zakresie praktyk stosowanych przez personel bezpośrednio zatrudniony w placówce opieki zdrowotnej. Jednak odnotowano również niedociągnięcia w zakresie wdrożenia procedur wśród pracowników podwykonawców świadczących usługi pomocnicze, szczególnie w zakresie prania, sprzątania i cateringu, gdzie odnotowano znaczną liczbę zranień ostrymi narzędziami. Choć projekt pilotażowy miał na celu zaangażowanie odpowiedniego personelu, okazało się to niemożliwe, gdyż podwykonawcy odmówili współpracy w tym zakresie.

Oprócz zaangażowania całego personelu objętego ryzykiem najważniejsze kwestie obejmowały:

- wszystkie istniejące procedury należy kontrolować na bieżąco, a personel musi wiedzieć, co należy zrobić w przypadku zranienia;
- pracodawcy powinni zachęcać personel do rozwijania odpowiednich procesów oraz wyboru wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające, które ich zdaniem są odpowiednie; ponadto cały personel powinien stosować procedury bezpieczeństwa (obejmuje to również osoby zatrudnione przez podwykonawców świadczących usługi zlecane na zewnątrz).
- również we współpracy ze specjalistami branżowymi sformułowano zalecenie, że sektor medyczny wymaga bardziej odpowiednich narzędzi, lepszych szkoleń w zakresie ich używania oraz zwiększenia akceptacji stosowania takich wyrobów.

Przemawiający na konferencji reprezentant związku zawodowego ver.di wskazał następujące problemy w zakresie wdrożenia procesów bezpieczeństwa w pracy:

- braki w informacjach;
- brak świadomości problemu;
- brak ostrożności podczas wykonywania obowiązków zawodowych;
- niewłaściwe użycie ostrych narzędzi;

- kwestie finansowe;
- duże obciążenie pracą/stres.

W związku z powyższym wdrożenie nowych zasad na poziomie organizacji będzie prawdziwym testem sukcesu tej dyrektywy.

Niemiecki mówca zaprezentował również stronę internetową „*Sicheres Krankenhaus*” (Bezpieczny szpital) opracowaną przez Fundusz Ubezpieczeń w razie Wypadków przy Pracy w Nadrenii Północnej-Westfalii (niem. *Unfallkasse Nordrhein-Westfalen*) oraz (niem. *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, bgw*). Strona jest nadal w budowie, ale w tej chwili już zawiera informacje na temat zasad BHP w szpitalach, uwzględniając informacje na temat zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami.

Węgry

Większość wymagań uwzględnionych w dyrektywie ma już swoje odzwierciedlenie w przepisach węgierskich. Główne problemy związane z egzekwowaniem tych przepisów dotyczą kwestii finansowych, ale również wynikają z niedoborów w zakresie zarządzania szpitalami. Na Węgrzech wyroby medyczne wyposażone w mechanizmy zabezpieczające nie są powszechnie stosowane, jednak państwo gwarantuje ochronę przed zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B od 1993 r. w postaci obowiązku szczepienia wszystkich pracowników w sektorze opieki zdrowotnej oraz, od 1999 r., w postaci obowiązku szczepienia wszystkich powyżej 15 roku życia

Transpozycja dyrektywy wymagała współpracy ministerstw odpowiedzialnych za zdrowie publiczne oraz BHP. Dekret stanowiący zakończenie procesu implementacji dyrektywy wszedł w życie 16 lipca 2013 r.²⁶ Wytuczne przygotowane w 2003 r. przez Krajowe Centrum Epidemiologiczne (ang. National Centre for Epidemiology) odnoszą się do takich zagadnień jak szczepienia, profilaktyka po narażeniu, zapobieganie, ocena prawdopodobieństwa zakażenia, dezynfekcja, postępowanie z odpadami oraz zakaz ponownego zakładania osłonek.

Irlandia

Na początku 2012 r. Irlandzki Urząd ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia (Health and Safety Authority - HAS) rozpoczął konsultacje ze stronami zainteresowanymi tematem projektu rozporządzenia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy (zapobieganie zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej). Ocena wpływu tych przepisów w opinii HAS jest następująca: *Wpływ transpozycji dyrektywy w postaci zaproponowanego nowego rozporządzenia będzie prawdopodobnie minimalny, zakładając że większość obowiązków już uwzględniono w ustawie o bezpieczeństwie i higienie pracy z 2005 r. oraz rozporządzeniu w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy (czynniki biologiczne) z 1994 r. i rozporządzeniach objętych zmianami. Zaproponowane nowe rozporządzenie narzuca takie same zasady dotyczące postępowania w razie zranienia ostrymi narzędziami, ale są one bardziej szczegółowe w odniesieniu do pewnych obowiązków, takich jak przygotowanie oceny ryzyka dla ostrych narzędzi, przejście na wyroby medyczne wyposażone w mechanizmy zabezpieczające, udzielanie informacji i przeprowadzanie szkoleń w użyciu nowych wyrobów oraz zakaz ponownego zakładania osłonek na ostre narzędzia. Analiza kończy się wnioskiem, że ze względu na fakt, że wiele z tych wymagań jest już obecnie stosowanych, pracodawcy w większości przypadków będą jedynie musieli rozszerzyć istniejące procedury o obszary, w których jeszcze nie wprowadzono zmian.*

²⁶ Dekret Ministerstwa Zasobów Ludzkich 51/2013. (VII. 15.) 'EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatás keretében használt, éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzésére, az ilyen eszközök használatából eredő kockázatok kezelésére, valamint az egészségügyi tevékenységet végző személyek tájékoztatására és képzésére vonatkozó követelményekről', dostępny na http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=161942.245337

Nowy tekst został przyjęty w maju 2013 r. Ma zastosowanie wobec wszystkich pracowników szpitali i sektora opieki zdrowotnej. Dotyczy to również pracowników samozatrudnionych, jak i bezpłatnych stażystów. Ocenę ryzyka powinien przeprowadzić pracodawca w porozumieniu z pracownikami. Pracodawca powinien uwzględnić w ocenie dostępne technologie zmniejszające ryzyko, organizację pracy w danej placówce i doświadczenie pracowników. Po przeprowadzeniu oceny ryzyka pracodawca ma obowiązek wyeliminowania lub zmniejszenia ryzyka poprzez wprowadzenie procedur zapobiegawczych, zakazu ponownego zakładania osłonek, nakazu przeprowadzania szkoleń, zwiększania świadomości, wprowadzenia procedur określających postępowanie w razie zranienia, dostarczenia wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające oraz zapewnienia bezpiecznego transportu ostrych narzędzi w miejscu pracy.

Pracodawca będzie mieć generalnie obowiązek zapewnienia szkoleń. Pracownicy są zobowiązani do zgłaszania pracodawcy każdego wypadku, natomiast pracodawca ma obowiązek zgłaszania organom krajowym wypadków, które skutkują nieobecnością pracownika przez ponad 3 dni oraz wypadków, w przypadku których zachodzi wysokie ryzyko zarażenia.

Pracownikom objętym wysokim ryzykiem należy zapewnić darmowe szczepienia.

W razie wypadku pracodawca ma obowiązek udzielić pracownikowi porady w sprawie postępowania.

Irlandzkie związki zawodowe ICTU są dosyć zadowolone z projektu przepisów, uważając że zapewnienie darmowych szczepień pracownikom stanowi krok na przód, podobnie jak ocena ryzyka przeprowadzana we współpracy z pracownikami. Jednak przedstawiono pewne obawy wobec interpretacji przepisów dotyczących zakazu ponownego zakładania osłonek, uwzględniając realia pracy w placówkach opieki zdrowotnej oraz praktyczność tej procedury i zasady zawarte w dyrektywie. Ponadto związki zawodowe wyrażają ogólne zaniepokojenie wpływem cięć budżetowych w sektorze opieki zdrowotnej związanych z wdrożeniem przepisów unijnych.

W prezentacji przygotowanej przez lekarza medycyny pracy z lokalnego szpitala w Irlandii wskazano, że szpitale przechowują raporty dotyczące zranień ostrymi narzędziami i już stosują środki i procedury zapobiegawcze. Wewnętrzne badania pokazały jednak, że nawet jeśli stosowane są procedury bezpieczeństwa i dobre praktyki, nadal dochodzi do zranień, ponieważ generalnie czynności wymagające użycia ostrych narzędzi są z założenia niebezpieczne. Nie zawsze wykorzystywane są systemy bezpieczeństwa pracy w sytuacjach, kiedy szkolenia są niewystarczające, a nadzór niewłaściwy. W miejscach, w których dostępne są wyroby medyczne wyposażone w mechanizmy zabezpieczające, obserwuje się pewnego rodzaju opór wobec nowych technologii, który może być przeszkodą w bezpiecznym postępowaniu. Ponadto działy zakupów i zaopatrzenia są czasami związane kontraktami, które nie zezwalają im na zmianę produktu. Zdarza się, że stany magazynowe w placówkach medycznych nie są wymieniane, zwłaszcza jeśli produkty są nowe lub są to produkty nieuwzględnione w stanach magazynowych, a nowe produkty nie zawsze są udostępniane lub przechowywane w miejscach, w których by się najbardziej przydały. Zauważono, że wyroby medyczne wyposażone w mechanizmy zabezpieczające nie gwarantują bezpieczeństwa procedur i że coraz częściej potwierdza się zasada, że do wypadków dochodzi podczas ich użycia, jeśli zabrakło odpowiednich szkoleń.

Włochy

We Włoszech wiele wymagań dyrektywy jest już uwzględnionych w istniejących przepisach. Jednak konieczne jest wprowadzenie pewnych zmian, aby uzupełnić braki wskazane umową ramową UE oraz wynikającą z niej dyrektywą.

Dekret legislacyjny 81 nakazuje eliminację ryzyka określonego w ocenie ryzyka. Zawiera on przepis dotyczący użycia wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające.

Do rozdziału 10 dekretu legislacyjnego 81 zostaną dodane nowe przepisy, które spowodują, że zostaną nim objęci również studenci uczelni medycznych. Ponadto artykuł 286 w sprawie

oceny ryzyka zostanie zmieniony w celu zagwarantowania, że uwzględnione zostanie ryzyko narażenia na kontakt z chorobami przenoszonymi z krwią.

Projekt nowego aktu prawnego jest gotowy, ale bieżąca sytuacja polityczna wynikająca z braku ogólnej większości w celu uformowania nowego rządu (w wyniku ogólnych wyborów, które odbyły się pod koniec lutego 2013.) z pewnością opóźni głosowanie oraz przyjęcie nowego prawa przez parlament.

W praktyce wdrożenie bezpieczniejszych procedur pracy oraz sprzętu już trwa od lat 80. XX w., wraz z rosnącą świadomością zagrożenia ze strony wirusa HIV i zapalenia wątroby typu B i C (będącą wynikiem zwiększającej się liczby osób zakażonych tymi wirusami w populacji pacjentów). Na przestrzeni lat wprowadzono już zakaz ponownego zakładania osłonek, obowiązek stosowania pojemników na ostre narzędzia, stosowania środków ochrony indywidualnej, zwiększono świadomość związaną z powyższymi kwestiami, jak i ilość realizowanych szkoleń, a od połowy do końca lat 90. XX w. zwiększono również ilość wprowadzanych do użytku wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające.

Opracowano także wytyczne dotyczące oceny ryzyka, a procedury w zakresie rejestrowania wypadków zostały udoskonalone i w niektórych przypadkach uproszczone.

Szybsze testy potwierdzające obecność drobnoustrojów chorobotwórczych oraz lepsza profilaktyka i sposoby leczenia stosowane wobec pracowników objętych ryzykiem pomogły zmniejszyć ryzyko występowania powikłań zdrowotnych u pracowników, którzy zranili się ostrym narzędziem.

Ze względu na wprowadzenie wszystkich tych środków odnotowano znaczny spadek odsetka zranień, zwłaszcza w miejscach, w których stosowane są wyroby medyczne wyposażone w mechanizmy zabezpieczające oraz w których udostępniono specjalne pojemniki na zużyte ostre narzędzia.

Doświadczenia we Włoszech pokazują, że zintegrowane podejście stanowi najskuteczniejszy sposób postępowania w celu znacznego obniżenia ilości zranień ostrymi narzędziami. Dyskusji poddano fakt, czy dyrektywa stanowi ważny krok w kierunku wdrożenia takiego zintegrowanego podejścia.

Łotwa

Na Łotwie uznano, że istniejące przepisy nie wymagają (znaczących) zmian w celu transpozycji dyrektywy. Jednak uważa się, że ograniczenia finansowe szpitali mogą stanowić potencjalną przeszkodę w pełnym wdrożeniu wymaganych standardów.

Litwa

Na Litwie dyrektywa została transponowana w postaci rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej i Pracy, Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji i Nauki Republiki Litwy (nr A1-157/V-210/V-501 w sprawie zatwierdzenia przepisów dotyczących zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej) z 16 marca 2012 r. oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia (nr v-946 z dnia 10 października 2012 r) (patrz Tabela 3.1. powyżej). Stopień, w jakim to rozporządzenie zmienia istniejące prawo, był ograniczony.

Również przed przyjęciem właściwego rozporządzenia regulacje dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy już wcześniej nakładały obowiązek przeprowadzenia oceny ryzyka i podjęcia odpowiednich środków zapobiegawczych w atmosferze tzw. no-blame culture, czyli braku wyciągania konsekwencji (patrz http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=453359). Wyroby medyczne wyposażone w mechanizmy zabezpieczające zostaną dostarczone w miejsce, w których są niezbędne na podstawie oceny ryzyka (patrz http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435935), natomiast zakaz ponownego zakładania osłonek istniał już od 2001 r. (patrz http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=140647&p_query=&p_tr2=2). Pracodawcy są zobowiązani zapewnić odpowiednie szkolenia i monitoring (patrz

http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435637&p_query=&p_tr2=2).

Wszystkie właściwe instytucje były zaangażowane w proces transpozycji, w tym również partnerzy społeczni. Uważa się, że jedno z najpoważniejszych wyzwań związane jest z wdrożeniem zasad postępowania oraz zgłaszaniem zranień ostrymi narzędziami. Ankieta przeprowadzona w 12 placówkach opieki zdrowotnej przez litewskie związki zawodowe Pracowników Opieki Zdrowotnej wykazała częstość występowania zranień ostrymi narzędziami na poziomie 1,72 rocznie wśród osób biorących udział w ankiecie. Ok. 10-15% tych wypadków nie jest zgłaszanych, co nie tylko powoduje zniekształcenie oficjalnych statystyk, ale również skutkuje brakiem wsparcia oraz (potencjalnie niezbędnego) leczenia profilaktycznego udzielanego pracownikom po wypadku. Pomimo istniejących przepisów reprezentanci związków zawodowych uważają, że dostępne szkolenia w zakresie środków bezpieczeństwa i zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami są w tej chwili niewystarczające.

Malta

Organem odpowiedzialnym za implementację przepisów dyrektywy będzie Ministerstwo Zdrowia na Malcie.

Jedną z obaw wyrażonych przez związki zawodowe był zasięg dyrektywy, której przepisy powinny obejmować pracowników również spoza sektora opieki zdrowotnej. Jako przykład podano pracowników poczty, wśród których odnotowano przypadki zranień spowodowanych faktem, że osoby uzależnione od narkotyków wyrzucały zużyte igły do skrzynek pocztowych.

Holandia

Jak wspomniano powyżej, Holandia zakończyła już proces implementacji dyrektywy poprzez nowelizację krajowych przepisów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (Arbo) w postaci dwóch nowych artykułów: obligujących szpitale do przejścia na bezpieczne systemy igieł oraz wprowadzenia zakazu ponownego zakładania osłonek.²⁷ Oprócz przepisów prawa obowiązują również wytyczne w sprawie zapobiegania ukłuciom igłami. Jednak zakres tych wytycznych jest znacznie bardziej ograniczony niż sama dyrektywa, ponieważ ma zastosowanie wyłącznie do sektora szpitali. Szpitale mają obowiązek implementacji odpowiednich procedur oraz zmian w duchu dyrektywy. Krajowy Inspektorat Pracy (ang. Labour Inspectorate) będzie przeprowadzać stosowne kontrole, począwszy od 2014 r. Najważniejsze przepisy w wytycznych stwierdzają, że pracodawca ma obowiązek zapewnić bezpieczne warunki pracy oraz wprowadzić w miarę możliwości wyroby medyczne wyposażone w mechanizmy zabezpieczające bez względu na ich koszt.

Raport opublikowany w 2008 r. przez Krajowe Centrum ds. Zapalenia Wątroby (ang. National Hepatitis Centre) zalecał, aby szpitale skupiały się na informowaniu personelu oraz przeprowadzaniu szkoleń w celu obniżenia kosztów nowych zakupów oraz wykorzystania dostępnych wyrobów medycznych w miarę możliwości, gdyż przejście na inny typ igieł stanowi dość poważny koszt. Ponadto zalecono, aby powołać komisję ds. bezpieczeństwa i higieny pracy na poziomie szpitala, w której skład wchodziłby zarząd szpitala, pracownicy i ich reprezentanci a których zadaniem byłoby wspólne przygotowanie bezpiecznego środowiska pracy, w którym pracownicy czuliby się bezpiecznie. Takie środowisko będzie źródłem lepszego samopoczucia pracowników oraz zmniejszenia poziomu ich stresu, co przełoży się na mniejsze ryzyko.

Polska

W Polsce szacunkowa liczba osób będących nosicielami lub chorujących na choroby zakaźne takie jak zapalenie wątroby typu A i B oraz HIV/AIDS wynosi 700 000. Oceniając ryzyko narażenia personelu medycznego, należy koniecznie pamiętać, że w Polsce pielęgniarkom wolno wykonywać zabiegi, które w innych Państwach Członkowskich wykonują jedynie lekarze oraz inni specjaliści. Podobnie należy również pamiętać, że

²⁷ Besluit 399 van 22 augustus 2011, houdende wijziging van het Arbeidsomstandighedenbesluit in verband met opname van regels uit de Beleidsregels Arbeidsomstandighedenwetgeving

ryzykiem objęty jest także personel sprzątający oraz wykonujący usługi pralnicze, ale coraz częściej są to usługi świadczone przez firmy zewnętrzne, co oznacza większe trudności z zapobieganiem ryzyku oraz monitorowaniem zranień. W Polsce odnotowuje się ok. 28 000 zranień ostrymi narzędziami rocznie, a ok. 3 000 z nich skutkuje zakażeniem. Szacuje się, że rzeczywiste dane są wyższe, gdyż wiele wypadków nie zostaje zgłoszonych.

Dopiero w grudniu 2012 r. rząd nawiązał dialog z partnerami społecznymi w sprawie transpozycji dyrektywy. Pierwsza propozycja tekstu zasięgiem przepisów nie obejmowała całego personelu medycznego (np. wykluczono praktykantów oraz pracowników tymczasowych). Następnie odbyła się konferencja, podczas której omówiono sytuację oraz proces implementacji dyrektywy, a partnerzy społeczni otrzymali zrewidowaną wersję propozycji przepisów dnia 5 kwietnia 2013 r. Propozycja ta obejmuje wszystkich pracowników opieki zdrowotnej i zakłada, że pracodawca ma obowiązek zapewnić bezpieczne warunki pracy. Rozmowy na temat ostatecznej wersji tekstu prawnego wciąż trwają.

Rumunia

Dyrektywa została transponowana w Rumunii w maju 2013 r. Jednak sektor opieki zdrowotnej boryka się z poważnymi problemami w wyniku cięć budżetowych. Dotyczy to między innymi zaprzestania wykonywania obowiązkowych szczepień personelu opieki zdrowotnej przeciwko zapaleniu wątroby typu B, które w tej chwili są zapewniane wyłącznie personelowi objętemu najwyższym ryzykiem. Pozostali pracownicy opieki zdrowotnej muszą płacić za to szczepienie.

Hiszpania

W Hiszpanii wdrożenie dyrektywy zaplanowano na maj 2013 r. w postaci nowelizacji obowiązujących przepisów, jednak proces ten nie został jeszcze ukończony.

Bieżące przepisy zezwalają na priorytetowe traktowanie działań po wypadku oraz w szczególności na wprowadzenie wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające w obszarach, w których ryzyko narażenia jest największe. Przeprowadzono szczegółowe badania w celu zademonstrowania, w których obszarach pracy ryzyko jest największe, a także który personel (dotyczy również kwalifikacji) jest najbardziej narażony.

Podkreślono znaczenie zaangażowania praktyków w proces projektowania wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające, a także fakt, że powinien istnieć wymóg narzucony na producentów takich wyrobów dotyczący zapewnienia szkoleń w zakresie ich bezpiecznego użycia. Bez odpowiedniego szkolenia często ryzyko zranień w początkowej fazie używania wyrobu wzrasta, gdyż pracownicy opieki zdrowotnej nie potrafią się nimi posługiwać.

Doświadczenia w tym kraju pokazują, że stosując wyroby medyczne wyposażone w mechanizmy zabezpieczające w obszarach wysokiego ryzyka można obniżyć odsetek zranień przezskórnych o 41%.

Szwecja

Dyrektywa została już transponowana do szwedzkiego prawa poprzez nowelizację istniejących przepisów. W tym kraju już pod koniec lat 90. XX w. rozpoczęto realizowanie różnych inicjatyw mających na celu promowanie bezpiecznego miejsca pracy, powołano Społeczności ds. bezpieczeństwa, w ramach których przeprowadzano oceny ryzyka również w odniesieniu do narażenia na kontakt z chorobami przenoszonymi z krwią. Tym niemniej jednak ilość zakażeń igłami nie spadła w znaczącym stopniu (trudno podać dokładne dane, gdyż brak jest ogólnokrajowych danych, a informacje są zbierane wyłącznie na poziomie organizacji). Z tego powodu trwają obecnie badania przeprowadzane w celu oceny, co należy zrobić, aby obniżyć liczbę zranień.

W Szwecji przygotowano projekt zakładający rozmowy z pracownikami, którzy zgłosili zranienie igłą, w celu zebrania informacji na temat okoliczności, w jakich doszło do wypadku, szkoleń, jakie dana osoba przeszła oraz jakie informacje były jej dostępne przed wypadkiem

i co zrobiono po wypadku. Wyniki tych rozmów wykazały, że większość pracowników winiła samych siebie za wypadek, nie miała zbyt wielkiej wiedzy w zakresie zakazu ponownego zakładania osłonek; wyroby medyczne wyposażone w mechanizmy zabezpieczające oraz procedury bezpieczeństwa już istniały, ale po wypadku menedżerowie nie podejmowali żadnych szczególnych działań ani nie rozmawiali z pracownikami na ten temat, co powodowało, że często wypadki były przyczyną długich okresów niepokoju i strachu pracowników.

Ponadto w ramach projektu zorganizowano warsztaty z udziałem interesariuszy na szczeblu krajowym w celu określenia najlepszych praktyk oraz opracowania środków, które należy uwzględnić w procedurach bezpieczeństwa. Wśród głównych problemów znalazły się następujące kwestie: środowisko – w jaki sposób zredukować ilość odpadów plastikowych pochodzących od wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające; jak właściwie używać bezpiecznych pojemników na odpady; jak zrównoważyć koszty produktów i bezpiecznych procedur pracy; jak pacjenci będą reagować na procedury bezpieczeństwa – powinny one być również opracowane z myślą o pacjencie; i w końcu w jaki sposób wdrożyć obowiązki organizacji w zakresie nabywania wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy bezpieczeństwa, zgłaszania i podejmowania działań po wypadku. W celu udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania zaplanowano dalszą analizę i badanie rutynowych działań personelu, struktur organizacyjnych oraz kwestii szkoleń dla personelu.

Zamknięcie projektu planowane jest na koniec 2013 r.

Wielka Brytania

Wiele z najważniejszych wymagań Ramowej umowy było już uwzględnionych w obowiązujących przepisach i praktykach w Wielkiej Brytanii. Wielka Brytania ma krajowe grupy robocze propagujące politykę bezpiecznego środowiska pracy w odniesieniu do zranień ostrymi narzędziami, np. Safer Needle Network (Sieć ds. bezpieczniejszych igieł). W większości szpitali istnieją procedury zgłaszania za pomocą specjalnego oprogramowania (EPI-net), które ma zagwarantować ustandaryzowane raportowanie w przyszłości. UK Health Protection Agency (Brytyjska Agencja Ochrony Zdrowia) publikuje co 2 do 4 lata raport „Eye of a needle” (Ucho igielne) dotyczący nadzorowania ważniejszych obszarów narażenia pracowników opieki zdrowotnej na kontakt z wirusami przenoszonymi z krwią w miejscu pracy. Tym niemniej większość stosowanych zasad ma bardziej charakter ogólny. Na przykład pracodawcy mają obowiązek przeprowadzać oceny ryzyka w zakresie zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa ich pracowników. Jednak dyrektywa nakłada bardziej szczegółowe wymagania i narzuca, aby oceny ryzyka były przeprowadzane pod kątem narażenia na zranienie ostrymi narzędziami oraz wymaga uwzględnienia określonych elementów w ocenie ryzyka. Dyrektywa będzie miała podobny wpływ w odniesieniu do bezpiecznych praktyk, udzielania informacji, szkoleń i zgłaszania.

Najbardziej radykalną zmianą w prawie brytyjskim będzie bezzwłoczne wprowadzenie zakazu ponownego zakładania osłonek i koszulek na igły. Pomimo że jest to niezbyt popularna praktyka wśród personelu opieki zdrowotnej, nie jest ona szczególnie zakazana. Przewiduje się, że wytyczne krajowe, w tym również Przewodnik narodowego systemu zdrowotnego NHS oraz wytyczne Departamentu Zdrowia, zostaną zaktualizowane, aby odzwierciedlały bardziej szczegółowe standardy narzucone w dyrektywie.

Pod koniec 2012 r. Health and Safety Executive (HSE) (Urząd ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy) rozpoczął konsultacje z interesariuszami dotyczące treści proponowanych zmian w celu implementacji dyrektywy. Projekt zmian został opracowany po kampanii kontrolnej przeprowadzonej przez HSE w 21 szpitalach i ocenie wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające. Raport z tej kontroli ujawnił, że w większości szpitali istnieją procedury zakładające zmniejszenie ryzyka narażenia pracowników na kontakt z wirusami przenoszonymi przez krew, ale w niewielu szpitalach cały personel był świadomy ryzyka z tym związanego oraz swoich obowiązków. Urząd HSE ma kompetencje w zakresie kontroli i pozwał w październiku 2010 r. fundusz Narodowego Systemu Zdrowotnego NHS po zarażeniu się przez jedną z pracownic opieki zdrowotnej wirusem zapalenia wątroby typu C, po zranieniu się igłą użytą do pobrania krwi od chorego pacjenta. Fundusz został ukarany grzywną w wysokości 12 500 GBP oraz obciążony 9 000 GBP kosztów. Ocena wyrobów

medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające dowiodła, że ich użycie zmniejsza liczbę wypadków, jeśli zostanie poprzedzone odpowiednim szkoleniem, a w miejscu pracy zachowane zostaną procedury bezpieczeństwa.

Związki zawodowe uznały, że wcześniejszy projekt zmian nie jest wystarczający w odniesieniu do zakresu – bieżący projekt regulacji miał zastosowanie tylko wobec pracowników opieki zdrowotnej, a nie wobec personelu pomocniczego, np. osób sprzątających – a także nie obejmował osób pracujących w opiece społecznej, sektorze, który nie podlega pod opiekę zdrowotną zgodnie z przepisami brytyjskimi i procedurami administracyjnymi (jak potwierdzili reprezentanci NHS uczestniczący w seminarium, patrz również 4.3.2); ponadto procedura powtórznego zakładania osłonek nie jest jeszcze zakazana w przypadku wszystkich ostrych narzędzi; brak jest większej grupy roboczej z udziałem partnerów społecznych, która przygotowałaby właściwy kodeks praktyk i wytycznych; obowiązek zgłaszania wydaje się dotyczyć wyłącznie pracowników, co nie jest zgodne z założeniami dyrektywy.

Właściwe rozporządzenia zostały przyjęte w maju 2013 r.

Kraje EOG

Norwegia

W Norwegii sytuacja jest dość specyficzna, ponieważ krew pobierana jest przez osoby z wykształceniem biomedycznym. Istnieje ryzyko, że problem zostanie pominięty, gdyż częstotliwość występowania zranień w takich okolicznościach nie jest zbyt wysoka. Zgodnie z najnowszymi danymi w 2011 r. odnotowano 200 przypadków zranień ostrymi narzędziami z szacowaną liczbą niezgłoszonych wypadków sięgającą 150.

Zgodnie z najnowszymi wynikami badań 50% tych wypadków było spowodowanych brakiem uwagi, ale używanie wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające mogłoby im zapobiec. W tej chwili wyroby tego typu używane są głównie w placówkach pobierania krwi (90% czynności wykonywanych jest z użyciem takich wyrobów), ale podczas innych zabiegów użycie wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające sięga jedynie 5% przypadków.

Norwegia dokona transpozycji dyrektywy UE w pełni i w tej chwili trwa wysłuchanie publiczne zorganizowane przez norweski Urząd Inspekcji Pracy, którego zakończenie zaplanowano na 28 kwietnia.

Proponowane zmiany w przepisach są stosunkowo niewielkie i głównie odnoszą się do następujących kwestii:

- wzmocnienie obowiązku przeprowadzania oceny ryzyka;
- szkolenie personelu uwzględniające udzielanie informacji na temat ryzyka wiążącego się ze zranieniem ostrymi narzędziami;
- pojemniki bezpieczeństwa dostępne do utylizacji ostrych narzędzi;
- zakaz powtórznego zakładania osłonek.

Zmiany w norweskich przepisach w związku z transpozycją dyrektywy nie mają w tej chwili tak szerokiego zasięgu, jak w przypadku Szwecji. Szwedzkie przepisy nakazują, aby wszędzie tam, gdzie zostanie zidentyfikowane ryzyko, używać wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające. W Norwegii przepisy nie przewidują w tej chwili wymogu używania takich wyrobów.

Kraje spoza UE

Kraje nienależące do UE, które prezentowały sytuację w swoim kraju podczas warsztatów we Wiedniu, to Białoruś, Kosowo i Ukraina, z których ta ostatnia ma dobrze rozwinięty system przepisów dotyczących oceny ryzyka oraz działań zapobiegawczych.

Na Białorusi takie wymagania narzucają przepisy o ochronie zdrowia i zapobieganiu chorobom zakaźnym, a także regulacje dotyczące konieczności stosowania środków ochrony indywidualnej. Przepisy te nakładają konieczność realizowania programu szczepień

ochronnych przeciwko zapaleniu wątroby typu B wśród wszystkich aktywnych pracowników opieki zdrowotnej. Istnieją szczegółowe przepisy dotyczące zgłaszania wypadków przy pracy, które mają również zastosowanie wobec zranień ostrymi narzędziami. Szkolenia w zakresie ryzyka narażenia na działanie czynników biologicznych stanowią część programu badawczego lub programów szkoleń zawodowych dotyczących znacznej części personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek i personelu paramedycznego). Jednak zgodnie z opinią mówcy reprezentującego główne związki zawodowe pracowników opieki zdrowotnej można wprowadzić zmiany zwiększające bezpieczeństwo, np. większy udział pracowników w ocenie ryzyka oraz planowaniu środków zapobiegawczych, a także szersze zastosowanie wyrobów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające.

Reprezentanci z Kosowa oraz Ukrainy również przedstawili krótki opis realizacji niektórych zagadnień związanych z sytuacją w ich kraju.

Aneks 2 – Ankieta dla członków EPSU i HOSPEEM

Propagowanie i wspieranie implementacji dyrektywy 2010/32/UE w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej

Projekt ankiety dla członków EPSU i HOSPEEM

Pana/Pani dane

1. Imię i nazwisko

Organizacja (nazwa oraz nazwa pracodawcy lub związków zawodowych)

Pracodawca

Związek zawodowy

Kraj

Dane kontaktowe (telefon i e-mail)

Transpozycja dyrektywy 2010/32/UE w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami
w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej

2. Czy w Pana/Pani kraju przeprowadzono już transpozycję powyższej dyrektywy (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź i podać szczegóły poniżej)?

Tak

Nie

Jeśli tak, proszę podać tytuły właściwych tekstów prawnych oraz łączyć do ich treści

Jeśli nie, proszę podać termin przewidywanego zakończenia procesu transpozycji.

3. W jakiej formie realizowana jest transpozycja (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)?

Tylko w postaci przepisów prawa

W postaci przepisów prawa i umowy zbiorowej

Tylko w postaci umowy zbiorowej

W innej postaci (proszę podać)

Proszę określić, czy Pana/Pani zdaniem forma przeprowadzonej/przeprowadzanej transpozycji jest właściwa.

Proszę opisać wszystkie problemy, które wystąpiły lub wystąpią podczas procesu transpozycji.

4. Proszę podać swoje zdanie na temat poziomu zmian w przepisach wprowadzonych w związku z dyrektywą w odniesieniu do istniejących wcześniej przepisów krajowych (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź).

Brak

Niski

Średni

Duży

Proszę podać swoje zdanie na temat wymaganych zmian, podsumowując najważniejsze niezbędne zmiany.

5. Czy przewiduje Pan/Pani jakieś problemy związane z implementacją?

Tak

Nie

Jeśli tak, proszę wskazać charakter tych potencjalnych problemów.

Organizacje zaangażowane w transpozycję dyrektywy

6. Kto był odpowiedzialny za transpozycję dyrektywy w Pana/Pani kraju

7. Które organizacje były w stopniu znaczącym zaangażowane w proces transpozycji w Pana/Pani kraju?

Ministerstwo Pracy

Ministerstwo Zdrowia

Inne ministerstwa (proszę podać)

Organizacje pracodawców (międzybranżowe)

Związki zawodowe (międzybranżowe)

Organizacje pracodawców w sektorze opieki zdrowotnej

Związki zawodowe w sektorze opieki zdrowotnej

Inne organizacje (proszę określić)

8. Czy Pana/Pani zdaniem należało zaangażować jakieś inne organizacje?

Obecne praktyki i wytyczne dotyczące zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami

9. Proszę opisać bieżące struktury prawne oraz system w Pana/Pani kraju powiązane z zapobieganiem zranieniom ostrymi narzędziami. Proszę podać łącze lub załączyć treść odpowiednich dokumentów.

W jaki sposób realizuje się politykę zapobiegania na szczeblu organizacji? Proszę podać łącze lub załączyć treść odpowiednich dokumentów.

10. Czy istnieją wytyczne dotyczące dobrych praktyk w Pana/Pani kraju, związane z zapobieganiem zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze opieki zdrowotnej (proszę wybrać właściwą odpowiedź i skomentować)?

Tak

Nie

Jeśli tak, proszę podać autora takich wytycznych, datę publikacji oraz w miarę możliwości łącze do treści dokumentu lub załączyć dokument.

Jeśli nie, czy istnieją plany przygotowania takich wytycznych (tak/nie)?

Tak

Nie

Kto będzie brał udział w ich przygotowaniu?

Zainteresowanie aktywnym udziałem w jednym z regionalnych seminariów i/lub konferencji zamykającej projekt EPSU-HOSPEE

11. Czy Pan/Pani lub ktoś z Pana/Pani współpracowników chciałby zaprezentować stosowane narzędzia do przygotowania praktyk/wytycznych w zakresie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami podczas konferencji regionalnej?

Tak

Nie

Jeśli tak, proszę podać dane kontaktowe.