

**Raport EFN z implementacji dyrektywy 2010/32/UE dotyczącej
zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze opieki
zdrowotnej**



**Opisowa i eksploracyjna analiza skupień implementacji dyrektywy
2010/32/UE w Dobrej Praktyce Klinicznej**

Szczyt Bezpieczeństwa Biologicznego, grudzień 2013 r.

**Silvia Gomez, doradca EFN ds. polityki
Paul De Raeve, sekretarz generalny EFN**

PODZIĘKOWANIA

Choć panuje ogólne przekonanie, że prowadzonych jest zbyt wiele badań ankietowych i nastąpił przesył tego rodzaju działaniami, jasne jest, że gdy chodzi o kwestie bezpieczeństwa, pracownicy opieki zdrowotnej, a w szczególności pielęgniarki, wykazują duże zaangażowanie. Pielęgniarki pragną zaznaczyć swoje stanowisko, gdyż mają świadomość, że EFN może poprawić bezpieczeństwo i jakość w ramach programu politycznego UE.

Kierujemy więc wyrazy wdzięczności do tysięcy respondentów, którzy poświęcili swój czas, by wypełnić to internetowe badanie ankietowe. Dziękujemy!

Niniejszy raport przedstawia wyniki opracowanej przez EFN internetowej ankiety dotyczącej implementacji dyrektywy 2010/32/UE, dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej. EFN za pośrednictwem swoich członków skontaktowała się z pracownikami pierwszej linii, aby ocenić obecny stan przestawienia się i implementacji praktycznej w miejscu pracy. Wyniki zostały zaprezentowane 2 grudnia 2013 r. podczas Europejskiego Szczytu Bezpieczeństwa Biologicznego w polskim parlamencie w Warszawie.

Raport ten opiera się na dotychczasowych raportach w tej kwestii, a w szczególności na Raporcie końcowym dotyczącym promowania i wspomagania implementacji dyrektywy 2010/32/UE dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami, sporządzonym przez EPSU i HOSPEEM oraz na raporcie „Wizja zerowej tolerancji dla zakażeń krwiopochodnych spowodowanych ostrymi narzędziami używanymi w opiece zdrowotnej”, sporządzonym przez Związek Zawodowy Szwedzkich Pracowników Komunalnych, Vision oraz Szwedzkie Stowarzyszenie Pracowników Służby Zdrowia.

Spis treści

Streszczenie.....	4
Wprowadzenie	6
Metodologia	8
Cele badania i struktura ankiety	8
Rozpowszechnianie internetowego badania ankietowego	9
Rozważania etyczne	9
Analiza statystyczna.....	10
Od analizy opisowej do eksploracyjnej.....	10
Próba.....	11
Analiza opisowa wyników	12
Rozkład respondentów według kraju	12
Rozkład respondentów według zawodu i miejsca pracy.....	13
5. klauzula dyrektywy — Ocena ryzyka	13
6. klauzula dyrektywy — Eliminowanie, zapobieganie i ochrona.....	17
7. klauzula dyrektywy — Informacja i zwiększanie świadomości	22
8. klauzula dyrektywy — Edukacja i szkolenia	25
9. klauzula dyrektywy — Sprawozdawczość.....	29
10. klauzula dyrektywy — Reagowanie i działania następcze	30
11. klauzula dyrektywy — Wykonanie.....	34
Eksploracyjna analiza klastrowa wyników	34
Wnioski.....	39

Streszczenie

EFN opracowała internetowe badanie ankietowe skierowane do pracowników pierwszej linii, mające na celu ocenę stanu implementacji dyrektywy 2010/32/UE w codziennej praktyce pracowników opieki zdrowotnej. Wyniki tej analizy zostały zaprezentowane 2 grudnia 2013 r. podczas Europejskiego Szczytu Bezpieczeństwa Biologicznego w polskim parlamencie w Warszawie.

Ogólnie, pracownicy ci uważają, że kraje wdrożyły środki mające na celu zapobieganie zranieniom ostrymi narzędziami, oraz że ich standard pracy podniósł się dzięki implementacji tej dyrektywy. Analiza danych pochodzących od niemal 7000 respondentów wykazała, że dyrektywa 2010/32/UE wywarła pozytywny wpływ na codzienną praktykę oraz środowisko kliniczne pracowników opieki zdrowotnej, dzięki zapewnieniu mechanizmów zabezpieczeń, dostępności podstawowych informacji w miejscu pracy oraz poczucia odpowiedzialności za zgłaszanie.

Respondenci wskazują jednak obszary, w których ten wpływ jest mniejszy, w szczególności obszary wymagające konkretnej edukacji dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami, przeprowadzenia oceny ryzyka w miejscu pracy, wyraźnego zakazu ponownego zakładania osłonek na igły oraz, co jest zaskakujące, wskazują na brak kampanii uświadamiających. Respondenci podkreślają również potrzebę przeprowadzenia dalszych działań, by pracownicy opieki zdrowotnej wiedzieli, co zrobić w przypadku zranienia ostrym narzędziem. Wytyczne muszą być lepiej zakorzenione w codziennej praktyce. Bardzo istotny jest fakt, że pielęgniarki są zaangażowane w ocenę ryzyka, oraz że przestaje ona być jedynie teoretycznym ćwiczeniem zarządzonym przez kierowników lub dyrektorów. Pielęgniarki pracujące na pierwszej linii powinny być zaangażowane w te oceny i tu ogromną rolę odgrywają związki zawodowe.

Rola systemu Link Nurse, bardzo skutecznego w aspekcie kontroli zakażeń, może być nadal powiększana dzięki Funduszom Strukturalnym UE, które pomogą zaimplementować główne artykuły dyrektywy 2010/32/UE. Skuteczniejsze zapobieganie zranieniom ostrymi narzędziami w warunkach opieki zdrowotnej i lepsza koordynacja w tych obszarach, w których obecnie obserwuje się niedociągnięcia, zapewnienie wsparcia pielęgniarek, głównie w zakresie działań następczych i edukacyjnych, a także zwiększanie świadomości, to

działania wskazane przez respondentów jako kluczowe dla postępów w dziedzinie bezpieczeństwa i jakości w UE. Dyrektywa 2010/32/UE stanowi, że w aspekcie edukacji potrzeba dobrze wyszkolonych pracowników opieki zdrowotnej, by zmniejszyć ryzyko zranień ostrymi narzędziami i związanych z nimi zakażeń. Aby przezwyciężyć ten brak wykszolenia, kraje członkowskie powinny zintensyfikować ustawiczne szkolenia zawodowe i wykorzystać środki Europejskiego Funduszu Społecznego w latach 2014–2020 w celu zwiększenia transferu i wdrażania wiedzy (Horizon 2020).

Oferty przetargowe na dostawę urządzeń wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające powinny obejmować obowiązek przeprowadzenia specjalistycznego szkolenia użytkowników końcowych przez dostawcę. Oprócz tego, pielęgniarki powinny być w większym stopniu zaangażowane w wybór odpowiednich urządzeń wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające, gdyż ich działanie i jakość różnią się między sobą.

Zebrane dane świadczą o prawidłowej implementacji dyrektywy 2010/32/UE w praktyce klinicznej. Większość respondentów z 28 krajów branych pod uwagę w tej analizie stosuje środki zapobiegające zranieniom ostrymi narzędziami. Dane wskazują również, że implementacja prawodawstwa UE w zakresie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami podąża w dobrym kierunku, jednak należy zintensyfikować działania w celu osiągnięcia „zerowej tolerancji” w zakresie zranień ostrymi narzędziami.

Wprowadzenie

Zranienia igłą lub ostrymi narzędziami mają miejsce wówczas, gdy igła lub inne ostre narzędzie przypadkowo przebija skórę. Jest to zranienie przezskórne. Jeśli igła lub ostre narzędzie jest zanieczyszczone krwią lub innym płynem ustrojowym, istnieje możliwość transmisji niebezpiecznych zakażeń, a gdy zdarza się to w miejscu pracy, używa się terminu zawodowe narażenie na zakażenie przez krew, płyny ustrojowe lub zakażenie krwiopochodne.

Zakażenia są coraz poważniejszym problemem sektora opieki zdrowotnej. Różne czynności niosą ze sobą różne rodzaje zagrożeń. Ryzyko zakażenia w opiece zdrowotnej występuje wówczas, gdy personel ma bliski kontakt z innymi osobami. Ryzyko zakażenia zwiększa się podczas pracy z czynnikami zakaźnymi lub zakażonym materiałem, a także podczas używania ostrych narzędzi oraz w niektórych przypadkach podczas sprząwania. Personel zapewniający opiekę lub opiekujący się innymi osobami często doznaje zranień ostrymi narzędziami. Osoby zakażone mogą nie mieć żadnych objawów. Z tego powodu każde zranienie ostrym narzędziem, które miało kontakt z płynami ustrojowymi lub materiałem potencjalnie zakaźnym od innych osób, należy postrzegać jako poważne zagrożenie. Zranienia igłą lub ostrymi narzędziami w ramach działań opieki zdrowotnej lub pracy pielęgniarstwa stanowią zagrożenie dla personelu i istnieje wiele przyczyn powstawania takich zranień. Do przyczyn tych zaliczamy nadmiar obowiązków zawodowych, niespokojnych pacjentów, niespokojnych członków rodzin lub inne sytuacje stresowe, lecz główną z nich jest nieodpowiednie wykorzystanie środków zapobiegawczych. Skutki zranień ostrymi narzędziami mogą być poważne, lecz większość z nich nazywa się zranieniami zerowymi, czyli takimi, które nie skutkują zwolnieniem lekarskim. Zranienia ostrymi narzędziami mogą powodować znaczny stres, gdyż zranionego pracownika może czekać wiele miesięcy niepewności. Takie wydarzenie może być mocno stresujące, nawet jeśli nie dojdzie do zakażenia. Zdarzenie takie może mocno zniechęcić do pracy w pielęgniarstwie. Istotnym problemem w UE jest zwiększający się niedobór wykwalifikowanych pielęgniarek.

10 maja 2010 r. przyjęta została przez instytucje UE dyrektywa 2010/32/UE dotycząca zapobiegania zranieniom i zakażeniom krwiopochodnym wśród osób świadczących opiekę zdrowotną i innych pracowników tego sektora. Dyrektywa UE ws. zapobiegania zranieniom ustanawia warunki ramowe, do których zalicza się działania służące do oceny ryzyka, zapobieganie zagrożeniom, szkolenia i informacja, zwiększanie i monitorowanie

świadomości i reakcji oraz dalsze działania w związku ze zranieniami ostrymi narzędziami. W porozumieniu określono ogólne zasady unikania zranienia i jest ono fundamentem dyrektywy 2010/32/UE w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU.

11 maja 2013 r. minął ostateczny termin transpozycji dyrektywy do prawodawstwa krajowego wszystkich krajów członkowskich. Kilka miesięcy po tym terminie przyszedł odpowiedni czas, by ocenić, czy w codziennej praktyce pracowników opieki zdrowotnej podjęto działania zapobiegawcze.

Celem zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami jest także, dzięki rozpowszechnianiu informacji, zwiększenie znajomości zagadnień związanych z bezpieczeństwem u wszystkich pracowników, a także zapewnienie wprowadzenia wymogów w zakresie zamówień na urządzenia wyposażone w mechanizmy zabezpieczające. Działania te mają również na celu opracowanie wizji zerowej tolerancji dla zakażeń krwiopochodnych spowodowanych ostrymi narzędziami używanymi w opiece zdrowotnej. Ryzyko zranień igłą może zostać znacznie zmniejszone dzięki korzystaniu z urządzeń wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające.

Metodologia

Cele badania i struktura ankiety

Badanie ankietowe miało na celu zgromadzenie wiedzy i lepsze poznanie wpływu dyrektywy 2010/32/UE na codzienną pracę pielęgniarek i innych pracowników opieki zdrowotnej z ich perspektywy. W projekcie badania ankietowego jako odniesienie wykorzystano artykuły w zawarte w dyrektywie 2010/32/UE oraz takie, które obejmowały następujące zagadnienia: ocena ryzyka, jego eliminacja, zapobieganie i ochrona; informacja i wzrost świadomości; edukacja i szkolenie, zgłaszanie, reakcje oraz dalsze działania. Pytania zostały sformułowane w taki sposób, by dowiedzieć się, czy stosowane są konkretne środki mające zapobiegać zranieniom i/lub zakażeniom podczas świadczenia usług szpitalnych i opieki zdrowotnej, a także czy stosowane są działania obejmujące korzystanie z możliwie najbezpieczniejszego sprzętu. Celem jest uzyskanie przejrzystego opisu sytuacji w UE (oraz EOG) w kwestii implementacji dyrektywy ws. zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami.

Ankieta składała się z 25 pytań i była dostępna w 20 językach: bułgarskim, chorwackim, czeskim, duńskim, holenderskim, angielskim, fińskim, francuskim, niemieckim, greckim, węgierskim, islandzkim, włoskim, litewskim, polskim, portugalskim, rumuńskim, słowackim, słoweńskim i hiszpańskim.

Ankieta podzielono na 4 odmienne części: pierwsza część miała na celu zebranie ogólnych informacji dotyczących respondentów (demograficznych); druga część zorientowana była na zbadanie implementacji dyrektywy w miejscu pracy; trzecia część koncentrowała się na dostępnym sprzęcie, a ostatnia, czwarta część, miała na celu zebranie informacji o wypadkach i zgłaszaniu.

Końcowa ankieta została pilotażowo przeprowadzona wśród członków EFN i interesariuszy zaangażowanych w Szczyt Bezpieczeństwa Biologicznego w celu upewnienia się, że pytania są zrozumiałe i zadane w sposób przystępny, czas na odpowiedź rozsądny, oraz czy pytania i skala pomiarowa wychwytyją właściwe informacje. Chcieliśmy mieć pewność, że zebrane dane będą wystarczająco obszerne, by można było wyciągnąć z nich wnioski dzięki zwiększeniu pewności i trafności skali pomiarowej.

Wszystkie z 20 ankiet zostały umieszczone na platformie internetowej „Survey Monkey”.

Rozpowszechnianie internetowego badania ankietowego

Grupami docelowymi byli pracownicy opieki zdrowotnej pracujący w ramach praktyki klinicznej, głównie w szpitalach, ośrodkach opieki pozaszpitalnej oraz w domach opieki nad osobami starszymi.

Rozpowszechnianie ankiety zostało zrealizowane przy udziale wszystkich członków EFN, którzy zostali starannie poinformowani, by dotrzeć przede wszystkim do personelu pracującego na pierwszej linii. Pozostali partnerzy Szczytu Bezpieczeństwa Biologicznego zachęcali swoje struktury do zbierania danych, a łącze do ankiety zostało opublikowane na stronie internetowej EFN, OSHA, IPASVI oraz Europejskiej Sieci ds. Bezpieczeństwa Biologicznego.

Do członków wysyłano też okresowo wiadomości przypominające. Celowane i zindywidualizowane wiadomości wysyłano szczególnie do lokalnych kontaktów w krajach o niskim stopniu odpowiedzi, zachęcając ich do promowania ankiety za pośrednictwem istniejących lokalnie kanałów komunikacyjnych.

20 ankiet umieszczonych na internetowej platformie „Survey Monkey” były dostępne od 8 października do 10 listopada 2013 r.

Rozważania etyczne

Wszyscy uczestnicy zostali poinformowani o Szczycie i o ankiecie. Ankieta ponadto była anonimowa. Zadbano o to, by uzyskane dane zostały zabezpieczone i były traktowane we wszystkich raportowanych wynikach jako poufne.

Podczas każdego badania kluczowym zagadnieniem jest tłumaczenie. Tłumaczenie badania zostało zrealizowane dzięki wsparciu członków EFN. Każde tłumaczenie zostało dwukrotnie sprawdzone, lecz użycie różnych języków może prowadzić do odmiennych interpretacji tego samego pytania w różnych krajach, co może mieć wpływ na ekstrapolację wyników.

Analiza statystyczna

Od analizy opisowej do eksploracyjnej

20 baz danych (20 ankiet) z portalu Survey Monkey wyeksportowano do pliku programu Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) w wersji 21.0 i scalono w jedną główną bazę danych. Po sprawdzeniu niespójności w danych, w pierwszej kolejności utworzono tablice liczebności dla każdej ze zmiennych i tablice krzyżowe, by lepiej poznać poglądy respondentów w różnych krajach członkowskich. Pierwsza analiza opisuje odpowiedzi z ogólnie zawodowej perspektywy, bez wyszczególniania danych w odniesieniu do kraju. Umożliwiło to lepsze poznanie ogólnego obrazu postrzegania przez pracowników zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami.

Oprócz analizy opisowej wszystkich zmiennych i ich kombinacji zastosowano hierarchiczną klasteryzację, by zwizualizować poglądy i doświadczenia respondentów. Podstawą analizy klastrowej jest przypisanie zestawu obserwacji do różnych podzestawów (klastrow) na podstawie podobieństw lub różnic danych. Metodologia klastrowa wykorzystywana jest do identyfikacji zmiennych (zależnych i współzależnych), procedur klastrowych (klasteryzacja hierarchiczne), dendrogramu w wykresach i klasteryzacji metodą k-średnich (liczba wymaganych klastrow). Hierarchiczna klasteryzacja jest zatem użyteczna przy wstępnym oddzielaniu każdego przypadku jako osobnego klastra. Na każdym etapie analizy ścisłość kryterium, według którego rozdzielane są przypadki jest zmniejszana, w celu połączenia dwóch najpodobniejszych do siebie klastrow, aż do momentu, gdy wszystkie obiekty zostaną połączone w ramach pełnego drzewa klasyfikacji. Podstawowym kryterium przy podziale na klastry są różnice opinii, poglądów i doświadczeń wyrażone w poddawanych analizie stwierdzeniach. Używana jest skala Likerta o wartościach od „zdecydowanie się nie zgadzam” (1) do „zdecydowanie się zgadzam” (4). Opinie respondentów, które są do siebie zbliżone, powinny należeć do tego samego klastra, a opinie bardziej się od siebie różniące powinny należeć do różnych klastrow. Analiza klastrowa umożliwia zidentyfikowanie wzorców, dzięki czemu można z kolei uzyskać wyższy poziom interpretacji w porównaniu do tabel częstości oraz tabel krzyżowych, które są jedynie narzędziami analizy opisowej. Z tego powodu posłużono się dendrogramem do zwizualizowania etapów hierarchicznej analizy klastrowej. Przedstawia on połączenia klastrow oraz wartości współczynników odległości na poszczególnych etapach scalania (rys. 3). Łączące linie pionowe wyznaczają połączone przypadki.

Analiza klastrowa jest powszechnie wykorzystywana do analizy porównawczej wielozmiennych danych, by lepiej zrozumieć relacje wewnętrzne i wzajemne jednostek ankietowych. Jest to szczególnie interesujące, ponieważ dyrektywa 2010/32/UE składa się z poszczególnych artykułów istotnych z punktu widzenia klinicznego postępowania i jego rezultatów. Analiza klastrowa może być pomocna przy analizowaniu wpływu dyrektywy 2010/32/UE na środowisko pracy pielęgniarek i ogólnie pracowników opieki zdrowotnej w stosunku do istniejącej wiedzy w tym zakresie¹. Analiza klastrowa została zastosowana w celu podzielenia ogólnych danych na działy, by lepiej poznać zależności między następującymi klauzulami dyrektywy:

- Klauzula 5: Ocena ryzyka (powiązana z pytaniami 10 i 11).
- Klauzula 6: Eliminowanie, zapobieganie i ochrona (powiązana z pytaniami 7, 8, 15, 16, 17 i 24).
- Klauzula 7: Informacja i zwiększanie świadomości (powiązana z pytaniami 3, 4 i 9).
- Klauzula 8: Edukacja i szkolenia (powiązana z pytaniami 5, 6 i 12).
- Klauzula 9 i 10: Sprawozdawczość oraz Reagowanie i działania następcze (powiązane z pytaniami 18, 19, 20 i 21).
- Klauzula 11: Wykonanie (powiązane z pytaniem 25).

Drugi etap analizy jakościowej opartej na klastrach poszerzy zrozumienie procesów zachodzących w codziennej rzeczywistości w aspekcie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami oraz wzajemnych połączeń pomiędzy różnymi czynnikami. Umożliwia to przedstawienie surowych danych w bardziej przystępny sposób na potrzeby prezentacji politykom, decydentom, branży, pracownikom opieki zdrowotnej, kierownikom, pacjentom i społeczeństwu.

Próba

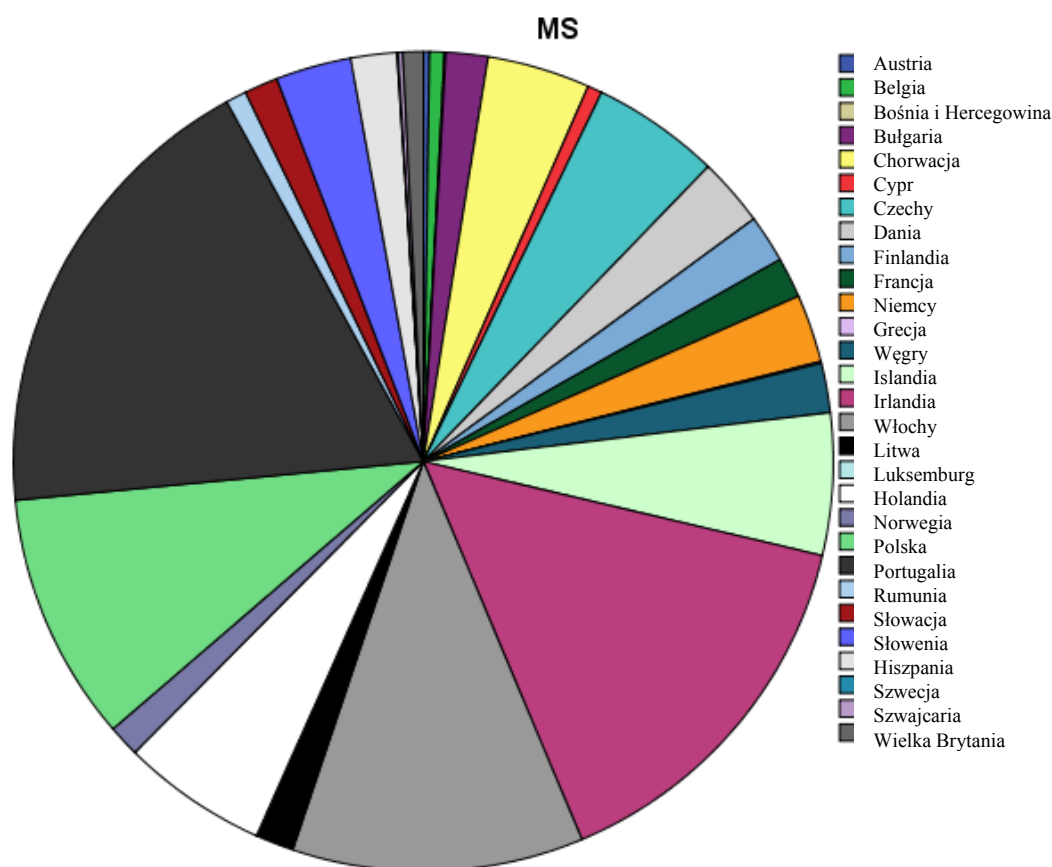
Okres wyznaczony na trwanie ankiety umożliwił dotarcie do szerokiej rzeszy respondentów, obejmującej 31 krajów europejskich reprezentowanych przez EFN. Podstawowym celem było zebranie 4000 odpowiedzi. Cel został osiągnięty i w dniu zakończenia trwania ankiety zanotowano 6971 odpowiedzi na 20 przetłumaczonych ankiet.

¹ Raport końcowy EPSU i Hospeem. Promocja i wspomaganie implementacji dyrektywy 2010/32/UE dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej. 30 września 2013 r.

Analiza opisowa wyników

Rozkład respondentów według kraju

Liczebność próby wykorzystanej do analizy danych wyniosła 6971 respondentów z 27 krajów członkowskich (plus Bośnia i Hercegowina). Najwięcej odpowiedzi napłynęło z Portugalii (19% czyli 1293 respondentów), Irlandii (15% czyli 1045 respondentów), Włoch (12% czyli 801 respondentów) oraz z Polski (10%). Swoje opinie wyrazili respondenci z całej UE: Austria (17), Belgia (40), Bośnia i Hercegowina (4), Bułgaria (115), Chorwacja (283), Cypr (40), Czechy (353), Dania (188), Finlandia (131), Francja (111), Niemcy (187), Grecja (5), Węgry (136), Islandia (390), Litwa (103), Luksemburg (2), Holandia (401), Norwegia (87), Polska (684), Rumunia (57), Słowacja (92), Słowenia (208), Hiszpania (126), Szwecja (3), Szwajcaria (13) oraz Wielka Brytania (56 respondentów). Wskaźnik procentowy respondentów można zaprezentować w postaci wykresu kołowego:



Rozkład respondentów według zawodu i miejsca pracy

Większość respondentów stanowią pielęgniarki (6095 lub 95%), następnie sanitariusze (283 lub 4%) oraz lekarze (47 lub 1%). Inny zawód zaznaczyło w sumie 546 respondentów.

Pod względem miejsca pracy większość respondentów (4541 lub 77%) pracuje w warunkach szpitalnych oraz ośrodkach opieki pozaszpitalnej (920 lub 16%). Na uwagę zasługuje fakt, że 8% respondentów (466) pracuje w domach opieki nad osobami starszymi. Zapewni to bardzo dobre zapoznanie się z codzienną praktyką szpitalną oraz umożliwi ustalenie, czy wdrożone zostały odpowiednie środki. Co ważne, 1044 respondentów zatrudnionych jest w innych warunkach niż te, które były wymienione w 3 opcjach ankiety. Także pod tym względem analiza jest bardzo trudna z uwagi na barierę językową.

5. klauzula dyrektywy — Ocena ryzyka

Od pracowników oczekuje się przeprowadzania regularnej oceny ryzyka dla wszystkich sytuacji związanych ze zranieniami, krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem. W ocenie ryzyka uwzględnia się technologię, organizację pracy, warunki pracy, poziom kwalifikacji, czynniki psychospołeczne związane z pracą oraz wpływ czynników związanych ze środowiskiem pracy. Umożliwia to wskazanie sposobu eliminacji narażenia oraz rozważenie możliwości do wdrożenia alternatywnych systemów. Wyniki oceny ryzyka udostępniane są wszystkim osobom, które w miejscu pracy mogą być na nie narażone. Tam, gdzie zapobieganie narażeniu pracowników na czynniki biologiczne nie jest możliwe, ryzyko narażenia musi zostać ograniczone do najniższego wymaganego poziomu, by chronić zdrowie i zapewnić bezpieczeństwo pracowników, których to dotyczy. W oparciu o wyniki oceny ryzyka liczba pracowników o dużym prawdopodobieństwie narażenia musi być utrzymywana na najniższym możliwym poziomie, a organizacja procesu pracy i stosowanie środków ochrony zbiorowej powinny zakładać unikanie lub minimalizowanie uwalniania czynników biologicznych w miejscu pracy. Ocenę ryzyka przeprowadza wyszkolony personel kliniczny z doświadczeniem w zakresie medycyny pracy, korzystając równocześnie z informacji od pracowników i pacjentów.

Mimo umieszczenia tych zaleceń w 5. klauzuli dyrektywy 2010/32/UE, wymagają one realnej weryfikacji i oceny postępu ich wdrażania. Dane wskazują, że mniej niż połowa respondentów (2442 lub 40%) zgłasza, że ich pracodawca przeprowadza ocenę ryzyka zranień ostrymi narzędziami w miejscu pracy (pytanie 10). Jest to obowiązkowy wymóg

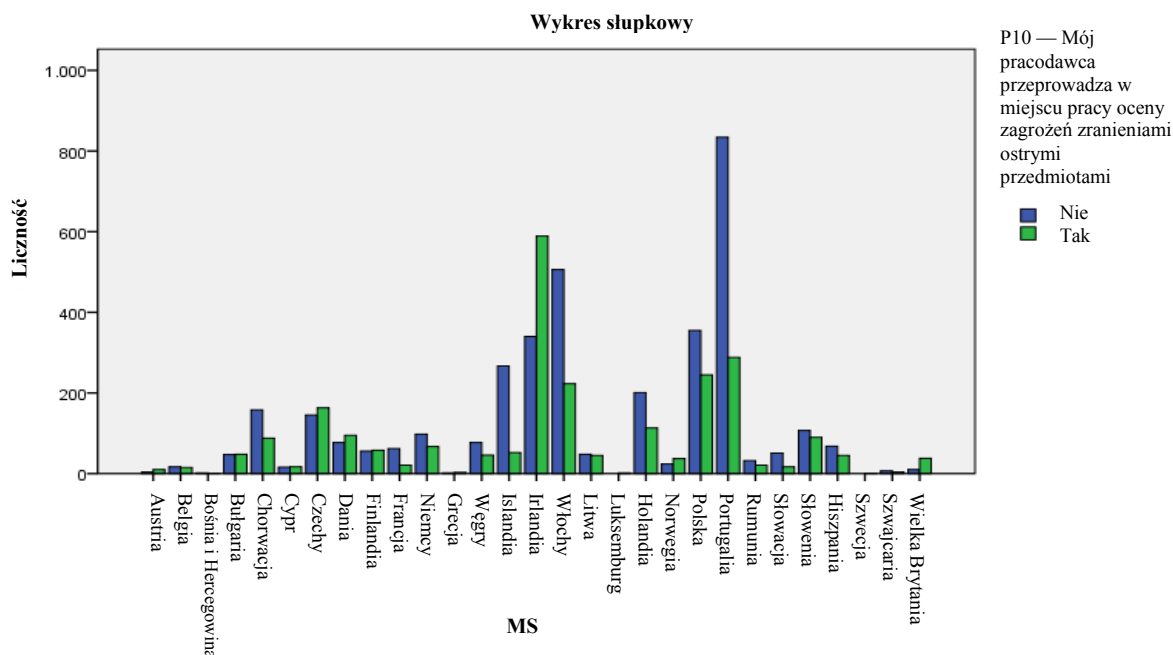
zawarty w dyrektywie 2010/32/UE, więc fakt ten świadczy o tym, że należy podjąć więcej starań, by ocena ryzyka była przeprowadzana w każdym miejscu pracy.

Dane pokazują również, że to negatywne zjawisko występuje niezależnie od sektora. W każdym z trzech środowisk, szpitalnym, opieki pozaszpitalnej i opieki nad osobami starszymi widoczna jest tendencja wśród pracodawców do zaniechania przeprowadzania oceny ryzyka zranień ostrymi narzędziami, co ilustruje poniższy wykres:

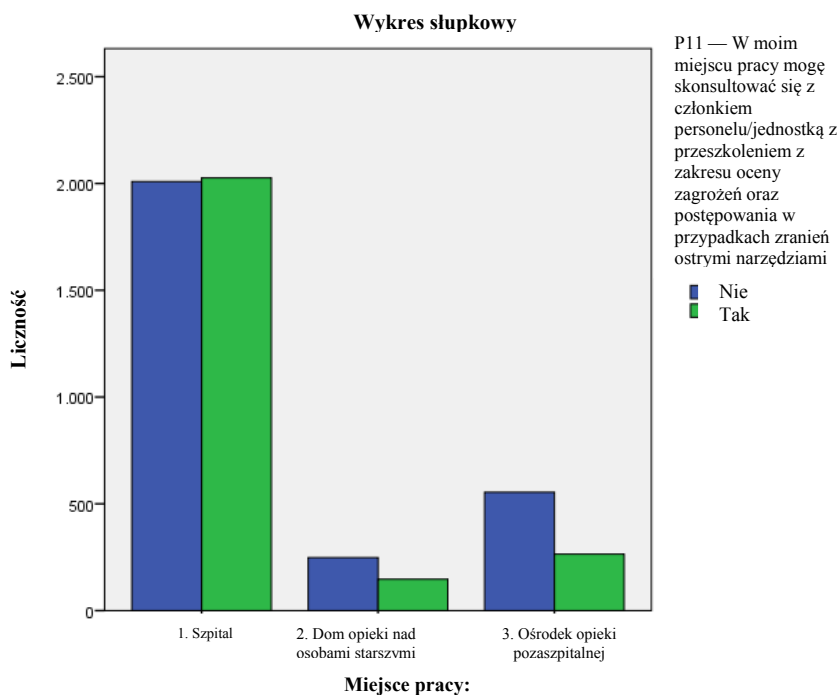
Zgodnie z dyrektywą równie ważne jest zaangażowanie w ocenę ryzyka zarówno pracowników opieki zdrowotnej, jak i pozostałych zatrudnionych w miejscu pracy osób, by artykuł 5 dyrektywy nie pozostawał jedynie teoretycznym ćwiczeniem przeprowadzanym przez kierowników lub dyrektorów. Pracownicy opieki zdrowotnej i inni pracownicy pierwszej linii powinni być angażowani w obowiązkowe oceny i tu ogromną rolę odgrywają związki zawodowe.

P10 Mój pracodawca przeprowadza oceny ryzyka zranienia ostrymi narzędziami			
		Częstotliwość	Procent ważnych
Ważne	Nie	3611	59,7
	Tak	2442	40,3
	Suma	6053	100,0
Brakuje	System	918	
Suma		6971	

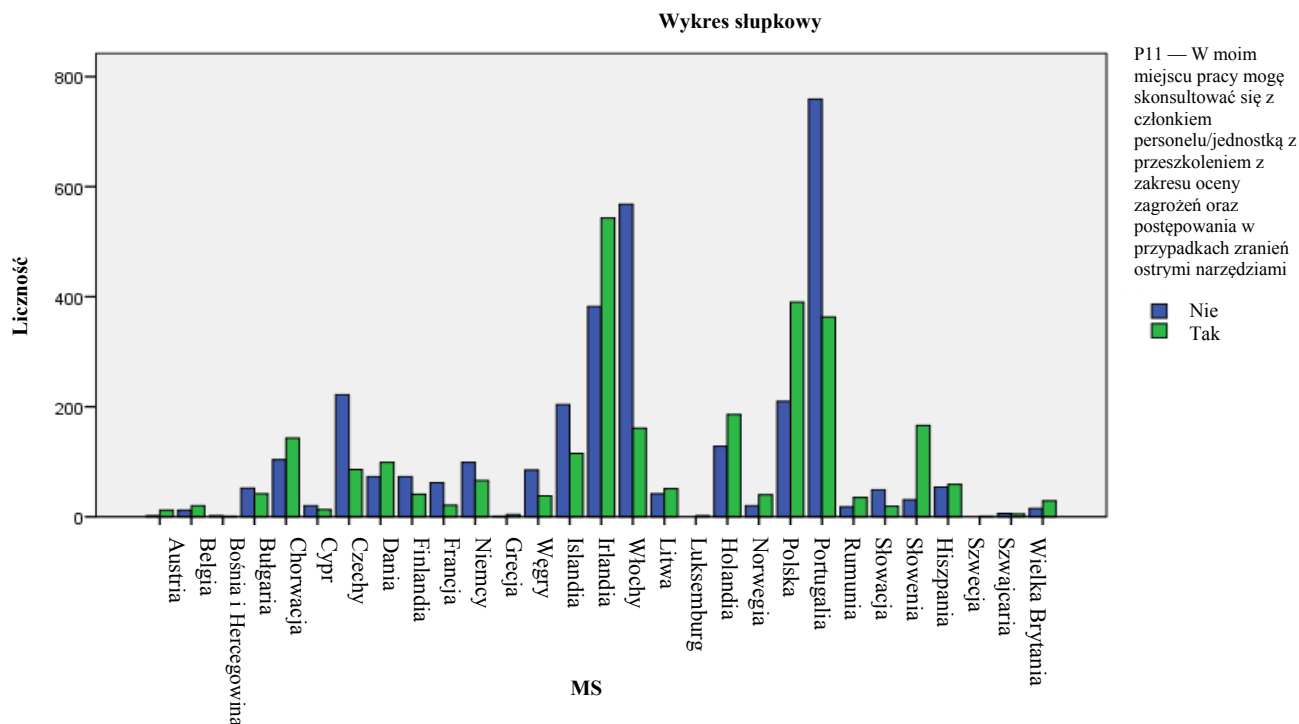
Co więcej, spoglądając na rozkład według kraju, krajami z większą liczbą respondentów potwierdzających, że ich pracodawcy przeprowadzają oceny ryzyka są Austria, Czechy, Dania, Irlandia, Norwegia i Wielka Brytania. Z kolei krajami, w których więcej respondentów deklaruje, że ich pracodawcy nie przeprowadzają ocen ryzyka są Francja, Niemcy, Islandia, Włochy, Polska, Portugalia, Słowenia i Hiszpania.



Co interesujące, podczas oceny implementacji artykułu 5 dyrektywy okazało się, że ponad połowa respondentów (3293 lub 55%) zaznaczyła, że nie zna współpracownika, z którym mogliby się skonsultować w aspekcie zarządzania zranieniami ostrymi narzędziami w miejscu pracy oraz w aspekcie zapobiegania im (pytanie 11). Może to świadczyć o tym, że brak jest w placówkach punktów informacyjnych, do których mogliby się zwrócić pracownicy. Choć wykryliśmy tę samą tendencję do nieprzeprowadzania oceny ryzyka we wszystkich trzech sektorach (szpitalnym, opieki pozaszpitalnej i opieki nad osobami starszymi), dostępność personelu wyszkolonego w zakresie oceny ryzyka jest wyższa w sektorze szpitalnym. Wyłącznie w warunkach szpitalnych występuje większy odsetek respondentów potwierdzających, że mają do dyspozycji osobę z personelu wyszkoloną w zakresie zranień ostrymi narzędziami, u której mogą zasięgnąć porady. W związku z tym można stwierdzić, że aby wesprzeć przeprowadzanie ocen ryzyka, dalsze inwestycje, prawdopodobnie oparte na środkach UE, powinny zostać poczynione w sektorze pozaszpitalnym oraz opieki nad osobami starszymi. Poniższy wykres wyraźnie obrazuje te wyniki.



Z analizy danych na poziomie krajowym wynika, że krajami, w których więcej respondentów potwierdziło w odpowiedzi obecność pracownika wyszkolonego w zakresie oceny ryzyka są Austria, Belgia, Chorwacja, Dania, Irlandia, Holandia, Polska i Słowenia. Wśród krajów, gdzie więcej respondentów odpowiedziało na to pytanie negatywnie są Czechy, Francja, Niemcy, Islandia, Włochy i Portugalia.



Przyjęcie programu Reference Nurse lub Link Nurse jest, nie tylko w związku ze zranieniami

ostrymi narzędziami, szczególnie ważne w pewnych obszarach opieki zdrowotnej wymagających dodatkowej wiedzy, tak jak ma to miejsce w przypadku kontroli zakażeń. Link Nurse to pielęgniarka pracująca w placówce i zwracająca szczególną uwagę na konkretne zagadnienia, do których może należeć zbieranie danych, kontrola zakażeń lub nawet mentoring studentów. Funkcja ta okazała się bardzo skuteczna podczas angażowania współpracowników w proces zmian. Istnieje możliwość wykorzystania środków Funduszu Socjalnego EU, by zwiększyć skuteczność edukacji w zakresie zranień ostrymi narzędziami, co doprowadziłoby do wsparcia idei personelu wyszkolonego konkretnie pod kątem oceny ryzyka, udzielania informacji i kontroli przypadków zranień ostrymi narzędziami.

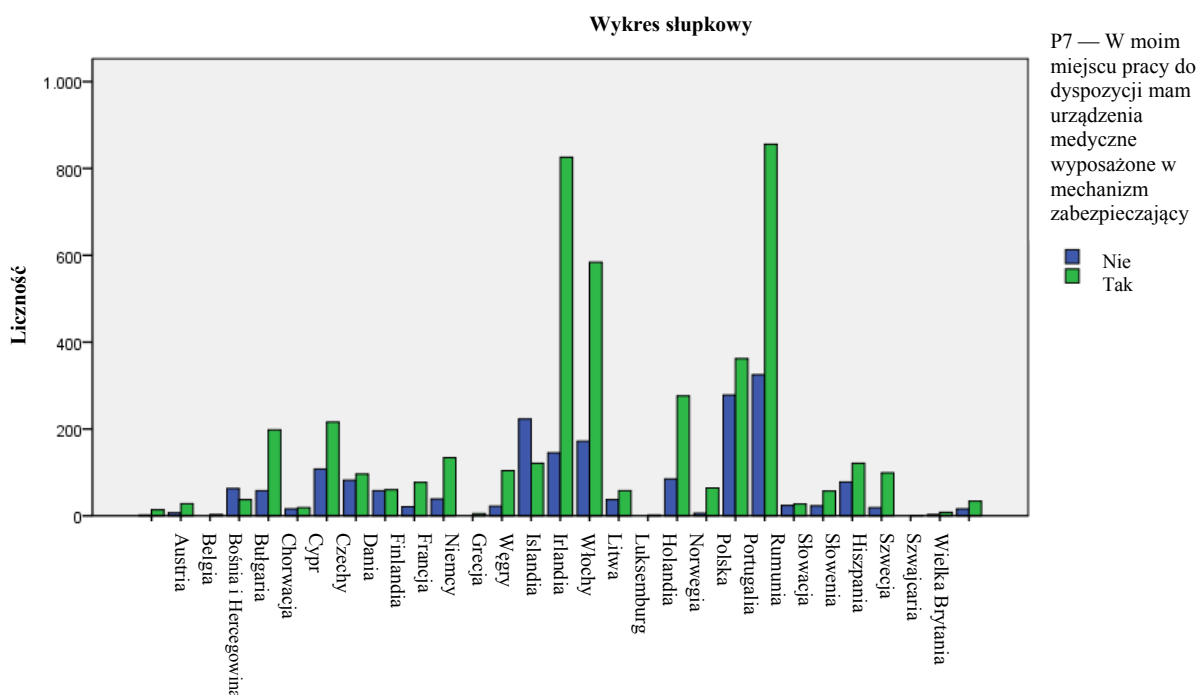
6. klauzula dyrektywy — Eliminowanie, zapobieganie i ochrona

Ryzyko zranień ostrymi narzędziami należy wyeliminować dzięki konsekwentnemu wprowadzaniu urządzeń do zabezpieczania, pojemników na ostre narzędzia oraz bezpiecznych procedur używania oraz usuwania ostrych narzędzi medycznych i skażonych odpadów. Pomieszczenia, umeblowanie i wyposażenie powinny być zaprojektowane w taki sposób, by unikać ryzyka związanego z czynnikami biologicznymi, by ograniczać ich rozprzestrzenianie się oraz umożliwiać dowolną wymaganą dekontaminację.

W aspekcie dostępności wyposażenia ochronnego 70% respondentów (4487) wskazuje, że mają do dyspozycji urządzenia medyczne wyposażone w mechanizm zabezpieczający, i że najczęściej są to urządzenia oraz instrumenty służące do pobierania krwi i do wstrzyknięć. Sugeruje to postępujący proces przestawiania się z urządzeń konwencjonalnych na urządzenia wyposażone w mechanizmy zabezpieczające. Możliwe jednak również, że mają miejsce próby racjonowania przez pracodawców urządzeń wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające ze względów ekonomicznych. 30% respondentów nie ma w ogóle dostępu do urządzeń wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające, nawet podczas zabiegów obarczonych bardzo wysokim ryzykiem.

Odpowiedzi na pytanie 8, wskazujące obszary wykorzystywania urządzeń wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające, były następujące: 44% pobieranie krwi (3098 respondentów), 31% wlewy (2190 respondentów) oraz 39% (2733 respondentów) odpowiedzi odnoszących się do wstrzyknięć. 66 respondentów zaznaczyło też inne urządzenia wyposażone w mechanizmy zabezpieczające i najczęściej wymieniano urządzenia do cewnikowania.

Większość krajów uzyskała pozytywne wyniki pod względem obecności urządzeń wyposażonych w mechanizm zabezpieczający. Jedyne Bułgaria i Islandia zanotowały wyższy odsetek respondentów wskazujących odpowiedź negatywną.



Niepokojący jest fakt, że 30% respondentów wskazuje, że nie mają do dyspozycji odpowiedniego wyposażenia.

P7 W moim miejscu pracy do dyspozycji mam urządzenia medyczne wyposażone w mechanizm zabezpieczający.			
		Częstotliwość	Procent ważnych
Ważne	Nie	1910	29,9
	Tak	4487	70,1
Suma		6397	100,0
Brakuje	System	574	
Suma		6971	

Należy pamiętać o tym, że pozytywne odpowiedzi nie muszą wskazywać na ogólną dostępność urządzeń wyposażonych w mechanizm zabezpieczający, lecz jedynie informują nas, że urządzenia takie są dostępne do pewnych zastosowań, najczęściej pobierania krwi. Liczby te są bardzo niepokojące. Przypuszczamy, że w tych miejscach igły i skażone materiały mogą być wyrzucane do plastikowych worków lub kartonów, co jest nie do przyjęcia. Przeanalizowaliśmy więc grupę 30%, która nie ma do dyspozycji urządzeń medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające. Dane wskazują, że w grupie 30% osób udzielających odpowiedzi „NIE”, 1105 respondentów pracuje w szpitalach, 161

pracuje w domach opieki nad osobami starszymi, a 319 w sektorze opieki pozaszpitalnej lub podstawowej. Należy więc zaznaczyć, że chociaż wartości są ogólnie wysokie (70%), nadal należy podejmować starania, by zwiększyć odsetek osób używających urządzeń wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające do 100%.

Oprócz tego jedynie 80% respondentów potwierdza, że mają odpowiednie pojemniki umożliwiające wyrzucanie igieł i ostrych narzędzi.

P15 Dostępne są odpowiednie pojemniki na ostre narzędzia, do których należy wyrzucać igły i ostre narzędzia.

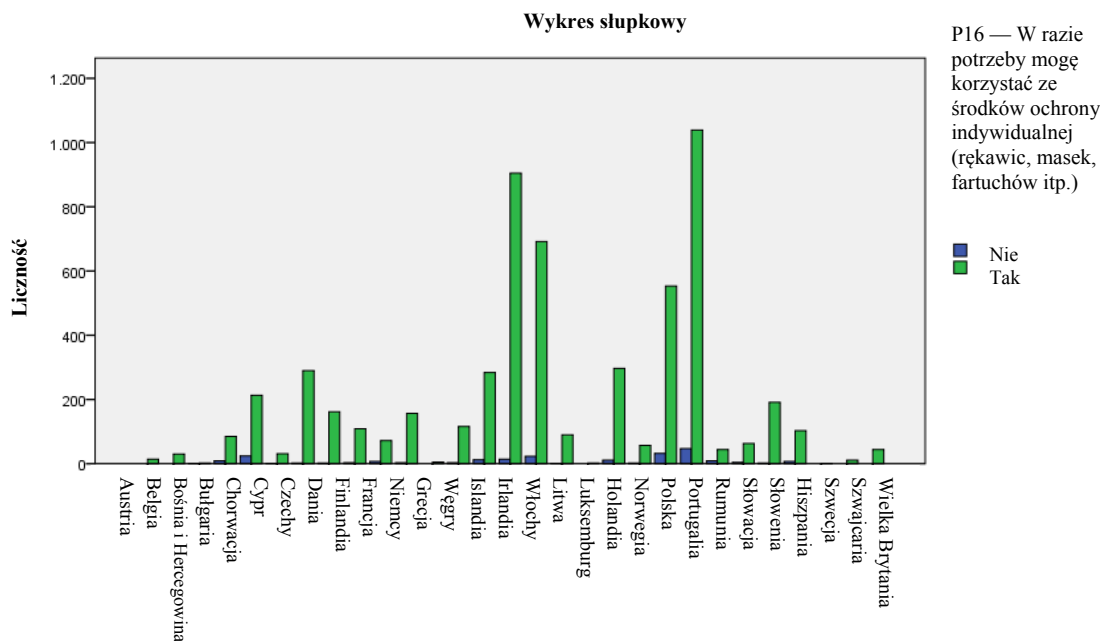
		Częstotliwość	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	1. Zdecydowanie się nie zgadzam	170	2,9	2,9
	2. Nie zgadzam się	182	3,1	6,0
	3. Zgadzam się	2107	35,8	41,8
	4. Zdecydowanie się zgadzam	3419	58,2	100,0
	Suma	5878	100,0	
Brakuje	System	1093		
Suma		6971		

Zgodnie z poprzednią pozytywną odpowiedzią 96% respondentów potwierdza, że w razie potrzeby ma do dyspozycji środki ochrony indywidualnej.

P16 W razie potrzeby mogę korzystać ze środków ochrony indywidualnej.

		Częstotliwość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	Nie	219	3,1	3,7	3,7
	Tak	5662	81,2	96,3	100,0
	Suma	5881	84,4	100,0	
Brakuje	System	1090	15,6		
Suma		6971	100,0		

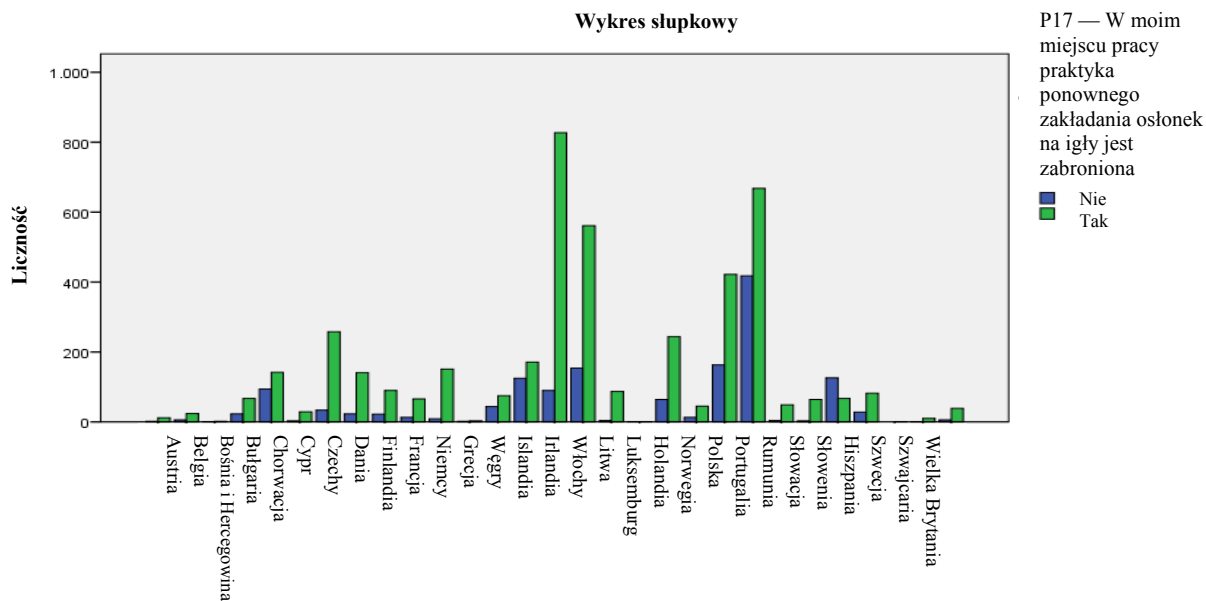
Jak pokazuje poniższa tabela rozkładu według kraju, w krajach, w których większość respondentów potwierdziła obecność odpowiednich pojemników na odpady oraz środków ochrony indywidualnej (ŚOI), w tym rękawic, masek i fartuchów, są one w razie potrzeby dostępne. Nadal jednak, mimo pozytywnych wyników, dostępność niezbędnych środków ochrony nie wynosi 100%, a żaden z pracowników opieki zdrowotnej nie powinien ponosić ryzyka narażenia na zranienia ostrymi narzędziami z powodu braku ochrony.



Choć dyrektywa 2010/32/UE zabrania z efektem natychmiastowym ponownego zakładania osłonek, nadal 25% respondentów potwierdza, że NIE JEST TO JESZCZE zabronione w ich zakładzie pracy.

P17 W moim miejscu pracy praktyka ponownego zakładania osłonek na igły jest zabroniona.		
	Częstotliwość	Procent ważnych
Nie	1476	25,1
Ważne Tak	4398	74,9
Suma	5874	100,0
Brakuje System	1097	
Suma	6971	

Spoglądając na rozkład według krajów zauważamy, że jedynie w Słowenii więcej respondentów potwierdziło, że ponowne zakładanie osłonek na igły nie zostało zabronione w ich miejscu pracy. Kraje, wśród których znaczna większość respondentów odpowiedziała twierdząco na to pytanie to Czechy, Dania, Niemcy, Irlandia, Włochy, Holandia, Polska i Portugalia. Mimo wszystko są to wyniki pozytywne, choć nadal trzeba podejmować wysiłki, by osiągnąć wymaganą w UE 100% wartość dotyczącą zakazu ponownego zakładania osłonek.



Aby podsumować interpretację pytań związanych z klauzulą 6. dyrektywy dotyczącej eliminacji, zapobiegania i ochrony, na ogólne pytanie „Uważam, że w moim miejscu pracy zastosowano odpowiednie środki zapobiegające zranieniom ostrymi narzędziami”, 74% respondentów odpowiedziało, że uważa, że w ich miejscu pracy zastosowano odpowiednie środki zapobiegające zranieniom ostrymi narzędziami w przeciwieństwie do 27%, czyli 1512 respondentów. Co interesujące, w sumie 1278 respondentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Istnieje potencjalne powiązanie negatywnych odpowiedzi związanych z informacją dotyczącą zranień ostrymi narzędziami ze świadomością (klauzula 7.) oraz określonymi szkoleniami dotyczącymi polityki i procedur w zakresie zranień ostrymi narzędziami (klauzula 8.). Bez odpowiedniej informacji pracownicy opieki zdrowotnej mogą nie mieć odpowiedniego przygotowania by ocenić, czy zastosowano wystarczające środki zapobiegawcze.

P24 Uważam, że w moim miejscu pracy zastosowano odpowiednie środki zapobiegające zranieniom ostrymi narzędziami.

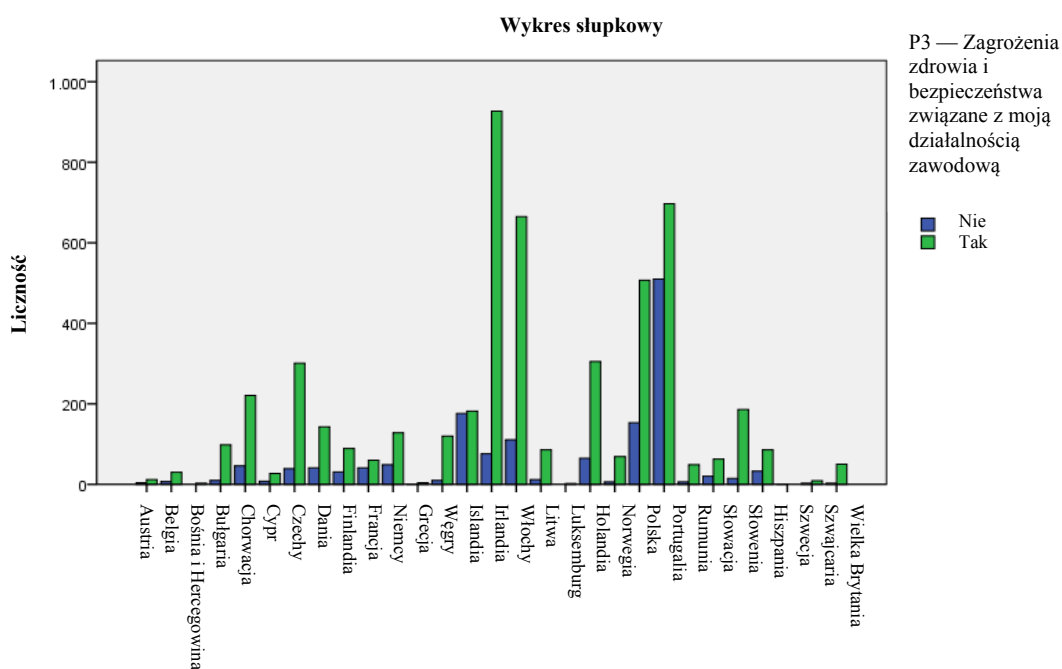
	Częstotliwość	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	1. Zdecydowanie się nie zgadzam	303	5,3
	2. Nie zgadzam się	1209	21,2
	3. Zgadzam się	3261	57,3
	4. Zdecydowanie się zgadzam	920	16,2
	Suma	5693	100,0
Brakuje	System	1278	
Suma		6971	

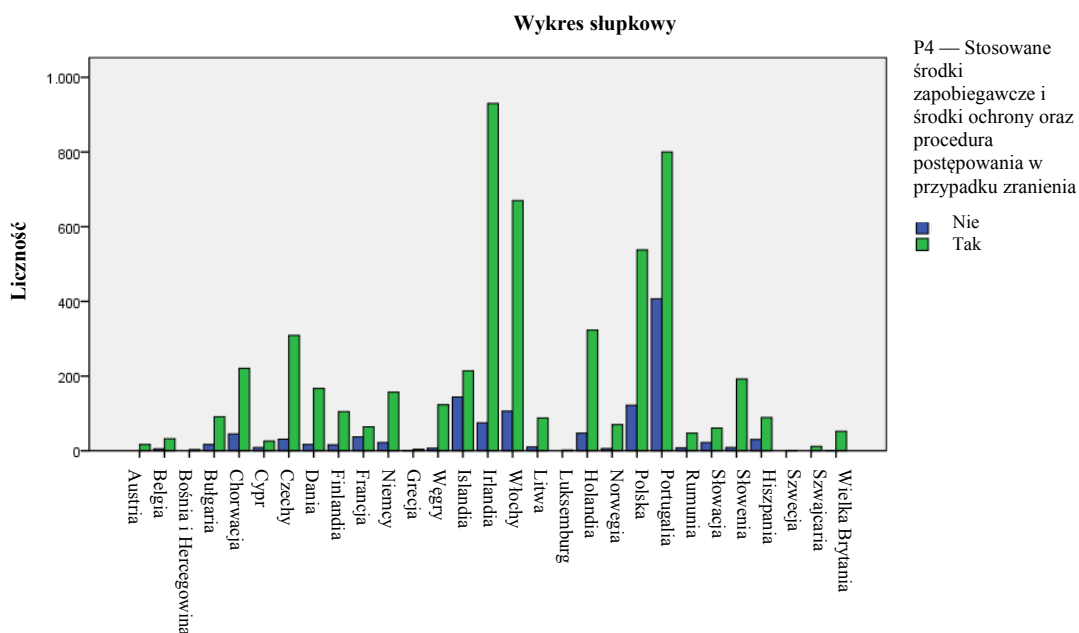
7. klauzula dyrektywy — Informacja i zwiększanie świadomości

W dyrektywie podkreślono, że pracodawcy mają obowiązek podjąć odpowiednie środki, by podnieść świadomość wśród pracowników i ich kierowników: wskazywać ryzyko związane z używaniem ostrych narzędzi, dawać wytyczne na podstawie istniejącego prawodawstwa i przepisów lokalnych; promować dobre praktyki i bezpieczne systemy pracy pod względem zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami; podkreślać znaczenie zgłaszania zranień ostrymi narzędziami; zwiększać świadomość przez podejmowanie działań i opracowywanie materiałów promocyjnych we współpracy ze związkami zawodowymi reprezentującymi pracowników lub z przedstawicielami pracowników oraz udzielać informacji o dostępnych programach wsparcia.

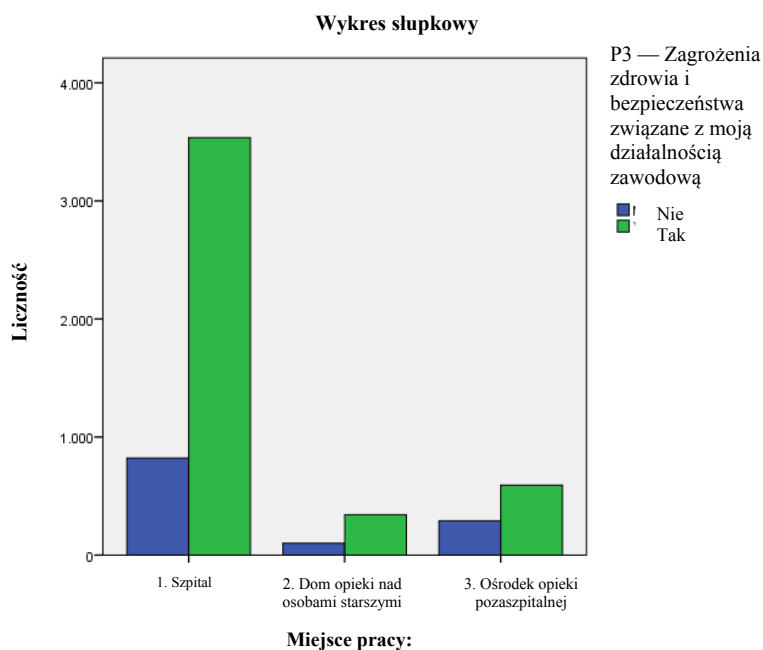
Bardzo pozytywny jest fakt, że 78% respondentów deklaruje, że ich pracodawca udziela im podstawowych informacji w zakresie ryzyka dla zdrowia i bezpieczeństwa wynikającego z ich czynności zawodowych (pytanie 3). Na pytanie dotyczące środków zapobiegawczych i środków ochrony większość respondentów (82%) potwierdziła, że otrzymała odpowiednie informacje (pytanie 4).

Zgodnie z rozkładem według krajów, Chorwacja, Czechy, Węgry, Irlandia, Włochy, Holandia i Słowenia są krajami, gdzie większość respondentów potwierdziła otrzymanie od pracodawcy podstawowych informacji dotyczących ryzyka związanego z czynnościami zawodowymi oraz o środkach zapobiegawczych i środkach ochrony podejmowanych w razie zranienia.





Analizując informacje otrzymane przez pracowników i miejsce ich pracy warto wspomnieć, że w każdym sektorze — szpitalnym, pozaszpitalnym i opieki nad osobami starszymi — większość respondentów otrzymała w miejscu pracy odpowiednie informacje dotyczące ryzyka i środków ochrony służących zapobieganiu zranieniom ostrymi narzędziami, choć wartości te były wyższe w sektorze szpitalnym.

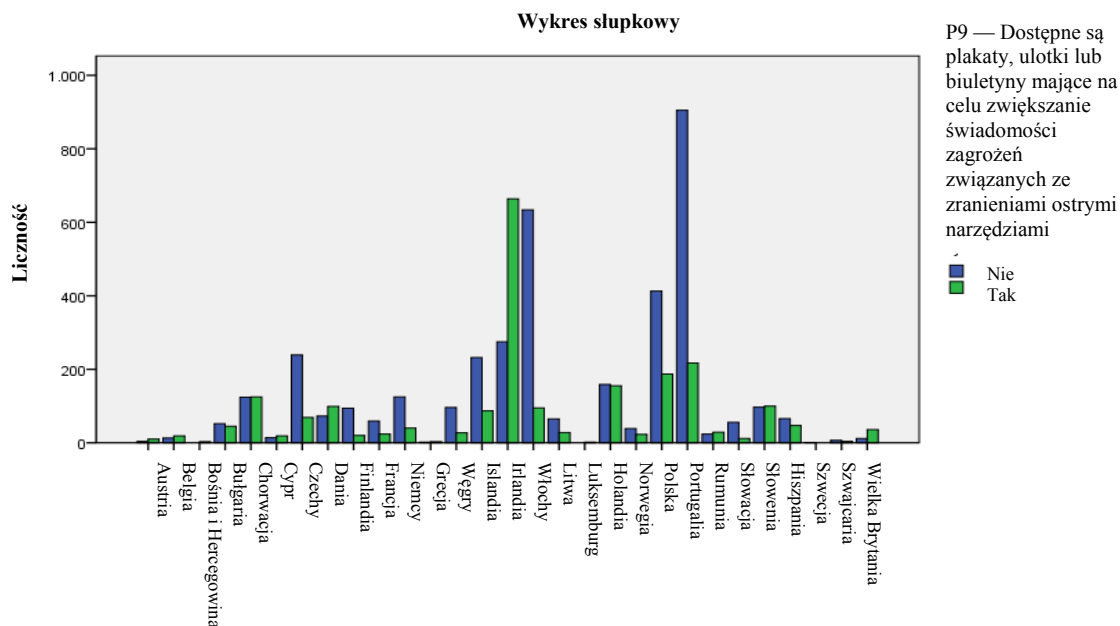


Pod względem publicznego eksponowania informacji w warunkach opieki zdrowotnej większość respondentów (64%) odpowiedziała, że NIE są one dostępne w ich miejscu pracy. Mając na uwadze istnienie agencji (EU-OSHA), których główną misją jest zapewnienie świadomości bezpieczeństwa w pracy, nadal potrzeba dalszych wysiłków, by informacja o zranieniach ostrymi narzędziami była powszechnie dostępna w miejscach pracy. Niezbędne są kampanie informacyjne, które w miejscu pracy udostępnią pracownikom opieki zdrowotnej i pacjentom informacje dotyczące zagrożeń wynikających ze zranień ostrymi narzędziami oraz zapewnią rozpowszechnianie informacji na temat tego, jak ważne dla społecznej i gospodarczej stabilności Europy oraz jej rozwoju jest zdrowie i bezpieczeństwo pracowników.

P9 Dostępne są plakaty, ulotki lub biuletyny mające na celu zwiększenie świadomości zagrożeń związanych ze zranieniami ostrymi narzędziami.

		Częstotliwość	Procent ważnych
Ważne	Nie	3880	63,9
	Tak	2189	36,1
Suma		6069	100,0
Brakuje	System	902	
Suma		6971	

Spoglądając na rozkład według krajów widzimy, że państwem, w którym dostępnych jest więcej informacji podnoszących świadomość o zagrożeniach wynikających ze zranień ostrymi narzędziami jest Irlandia.



Należy przypomnieć, że dyrektywa 2010/32/UE promuje procesy, w których przedstawiciele pracodawców i pracowników współpracują na odpowiednim poziomie w celu eliminowania ryzyka i zapobiegania mu, ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników oraz tworzenia bezpiecznego środowiska pracy, konsultując się również w kwestii doboru i stosowania bezpiecznego sprzętu, określania najlepszych metod prowadzenia szkoleń oraz przekazywania informacji i zwiększania świadomości. 58% respondentów potwierdza, iż pielęgniarki NIE są zaangażowane w procedurę doboru odpowiedniego niezbędnego wyposażenia ochronnego. Z uwagi na to, że to one korzystają z tych urządzeń w codziennej praktyce klinicznej, niezbędne jest większe zaangażowanie pielęgniarek w wybór tych urządzeń, by mieć pewność, że będą najbardziej odpowiednie dla ich codziennej pracy. Jak w przypadku innych produktów, jakość i wydajność różni się w zależności od producenta.

P13 Pielęgniarki uczestniczyły w wybieraniu odpowiednich urządzeń do zabezpieczenia igieł.

		Częstotliwość	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	1. Zdecydowanie się nie zgadzam	1410	24,1	24,1
	2. Nie zgadzam się	1998	34,1	58,2
	3. Zgadzam się	1987	34,0	92,2
	4. Zdecydowanie się zgadzam	456	7,8	100,0
	Suma	5851	100,0	
Brakuje	System	1120		
	Suma	6971		

8. klauzula dyrektywy — Edukacja i szkolenia

Zgodnie z dyrektywą 2010/32/UE powinny być dostępne odpowiednie szkolenia w zakresie polityki i procedur związanych ze zranieniami ostrymi narzędziami. Pracownicy opieki zdrowotnej powinni zostać przeszkoleni w zakresie oceny i kontroli ryzyka oraz odpowiednich procedur korzystania z urządzeń medycznych i sprzętu związanego z usuwaniem odpadów. Pracownicy opieki zdrowotnej powinni odbyć szkolenie z zakresu polityki i procedur związanych z zapobieganiem i zarządzaniem zranieniami ostrymi narzędziami podczas przeprowadzania wprowadzenia dla wszystkich nowych i tymczasowych pracowników, a następnie w regularnych odstępach czasu. Szkolenie takie powinno obejmować: prawidłowe stosowanie wyrobów medycznych zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem; wprowadzenie dla wszystkich nowych i tymczasowych pracowników; ryzyko związane z narażeniem na kontakt z krwią i płynami ustrojowymi; środki zapobiegawcze obejmujące standardowe środki ostrożności, bezpieczne systemy pracy (w tym zakaz ponownego zakładania osłonek igieł) oraz

prawidłowe korzystanie z pojemników na ostre narzędzia i procedur usuwania zużytego sprzętu; znaczenie immunizacji oraz dostęp do szczepień; zgłaszanie, reagowanie oraz monitorowanie procedur i ich znaczenia.

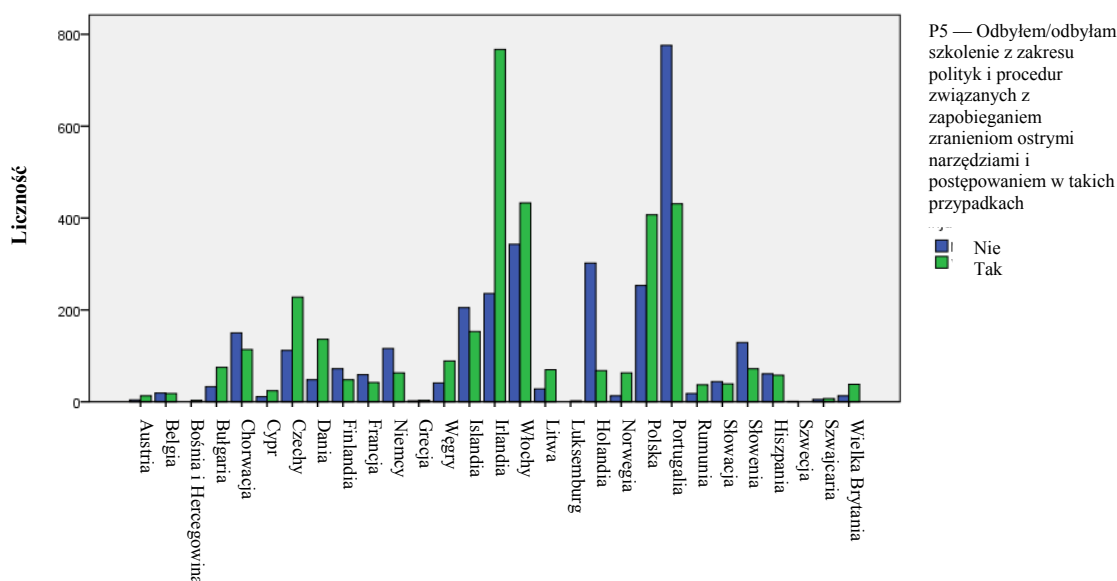
Jednak pomimo wyraźnego wymogu prawnego na poziomie UE, respondenci deklarują, że jedynie 53% z nich otrzymało odpowiednią edukację i odbyło szkolenia w zakresie polityk i procedur związanych ze zranieniami ostrymi narzędziami.

P5 Odebrałem/odebrałam szkolenie z zakresu polityk i procedur związanych z zapobieganiem zranieniom ostrymi narzędziami.

	Częstotliwość	Procent ważnych
Nie	3094	46,9
Tak	3501	53,1
Suma	6595	100,0
Brakuje System	376	
Suma	6971	

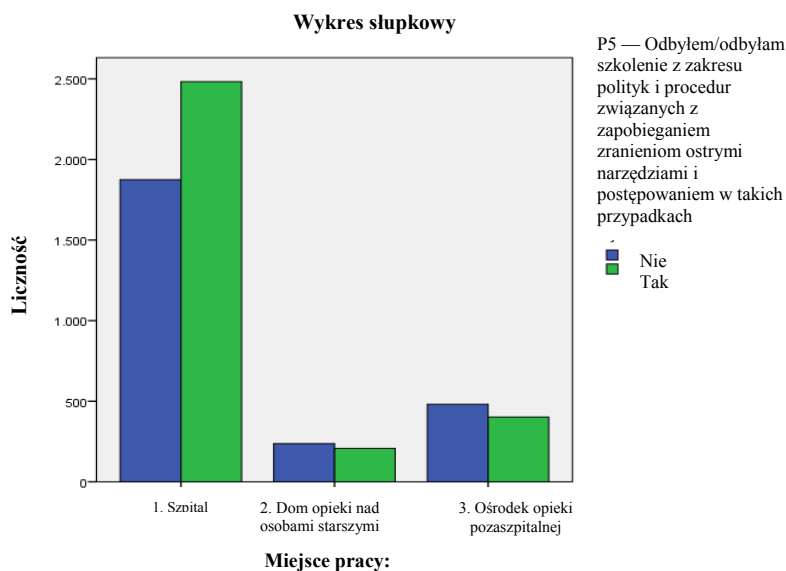
Spoglądając na rozkład według krajów zauważyć można, że kraje, w których większość respondentów deklaruje NIEOTRZYMANIE odpowiedniej edukacji i szkoleń w zakresie zranień ostrymi narzędziami to Islandia, Holandia, Portugalia i Słowenia. Z kolei kraje z wyższym wskaźnikiem respondentów udzielających odpowiedzi pozytywnej to Czechy, Irlandia i Polska.

Wykres słupkowy



Co ważniejsze, analizując otrzymaną edukację pod względem miejsca pracy respondentów widzimy, że ponad połowa respondentów pracujących w sektorze opieki pozaszpitalnej

(55%) oraz opieki nad osobami starszymi (53%) NIE otrzymała odpowiedniej edukacji w zakresie zranień ostrymi narzędziami. Nawet w warunkach szpitalnych, choć większość respondentów otrzymała odpowiednią edukację, pozostaje jednak 43% tych, którzy nie otrzymali edukacji i nie odbyli szkoleń w zakresie zranień ostrymi narzędziami, co budzi szczególne zaniepokojenie.



Wśród respondentów, którzy otrzymali odpowiednią edukację występuje spory rozkład wśród różnych tematów i należy go wyrównać zgodnie z dyrektywą 2010/32/UE. Większą uwagę zwrócono jednakże na „środki zapobiegawcze”, a mniejszą na „istotność szczepień oraz ich dostępność”. Zagadnienia wymienione w poniższej tabeli stanowią minimum programowe, które powinna spełniać edukacja w zakresie zranień ostrymi narzędziami dla pracowników opieki zdrowotnej, z tego więc powodu pomimo pozytywnej dystrybucji należy zintensyfikować wysiłki mające na celu zrównoważenie omawiania tych zagadnień.

P6 Obszary, w których zapewniona jest edukacja		
1. Ryzyko związane z narażeniem na kontakt z krwią i płynami ustrojowymi	2767	79,03 (3)
2. Środki zapobiegawcze obejmujące standardowe środki ostrożności	3059	87,37 (1)
3. Prawidłowe stosowanie wyrobów medycznych zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem	2499	71,37 (5)
4. Środki podejmowane na wypadek zranienia	2886	82,43 (2)
5. Istotność szczepień oraz ich dostępność	2217	63,32 (6)
6. Sprawozdawczość oraz procedury następcze	2573	73,49 (4)
Suma	6971	

Podczas dalszej analizy części dyrektywy dotyczącej edukacji i szkolenia okazuje się, że

trzydzieści procent (30%) respondentów wyraża potrzebę bycia lepiej poinstruowanym w zakresie środków podejmowanych w wypadku zranienia. Koliduje z odpowiedziami na pytanie 3 i 4, gdzie odpowiednio 78% i 82% respondentów odpowiedziało, że pracodawca zapewnił im podstawowe informacje w zakresie ryzyka i środków zapobiegawczych. Te kontrastujące ze sobą wartości sugerują, iż informacje zapewnione przez pracodawców wydają się „nie przystawać do rzeczywistości”, nie przygotowując odpowiednio pracowników opieki zdrowotnej, w szczególności pielęgniarek, na wypadek zranienia lub do oceny adekwatności zapewnionych środków zapobiegawczych.

P12 W moim miejscu pracy przekazano mi odpowiednie instrukcje dotyczące środków podejmowanych na wypadek zranienia.

	Częstotliwość	Procent ważnych	Procent skumulowany
1. Zdecydowanie się nie zgadzam	581	9,6	9,6
2. Nie zgadzam się	1221	20,1	29,7
3. Zgadzam się	3166	52,2	81,9
4. Zdecydowanie się zgadzam	1100	18,1	100,0
Suma	6068	100,0	
Brakuje System	903		
Suma	6971		

Na uwagę zasługuje fakt, że 76% respondentów uważa, że dostawcy urządzeń do zabezpieczania igieł NIE przeprowadzają regularnych szkoleń z zakresu użytkowania tych urządzeń. Wydaje się, że niektórzy producenci nie przywiązują wystarczającej uwagi do zapewnienia odpowiednich szkoleń w zakresie prawidłowego korzystania z ich urządzeń. Kierownicy placówek szpitalnych powinni więc zwiększyć wymogi zawarte w zamówieniach publicznych w związku z obowiązkiem zapewnienia odpowiedniego szkolenia w celu najlepszego wykorzystania ich sprzętu. Podczas podejmowania decyzji o zakupie należy brać pod uwagę ofertę w całości, tak aby koszt nie stanowił głównego czynnika podczas jej podejmowania.

P14 Dostawcy urządzeń do zabezpieczania igieł przeprowadzają regularne szkolenia dotyczące ich stosowania.

	Częstotliwość	Procent ważnych	Procent skumulowany
1. Zdecydowanie się nie zgadzam	2090	35,7	35,7
2. Nie zgadzam się	2336	39,9	75,5
3. Zgadzam się	1236	21,1	96,6
4. Zdecydowanie się zgadzam	198	3,4	100,0
Suma	5860	100,0	
Brakuje System	1111		
Suma	6971		

9. klauzula dyrektywy — Sprawozdawczość

Pracownicy zobowiązani są niezwłocznie zgłaszać każdy wypadek lub zdarzenie mające związek z ostrymi narzędziami pracodawcom lub odpowiedzialnej osobie, lub osobie odpowiedzialnej za bezpieczeństwo i zdrowie w miejscu pracy. Oznacza to, że w państwach członkowskich UE dostępny jest system sprawozdawczości.

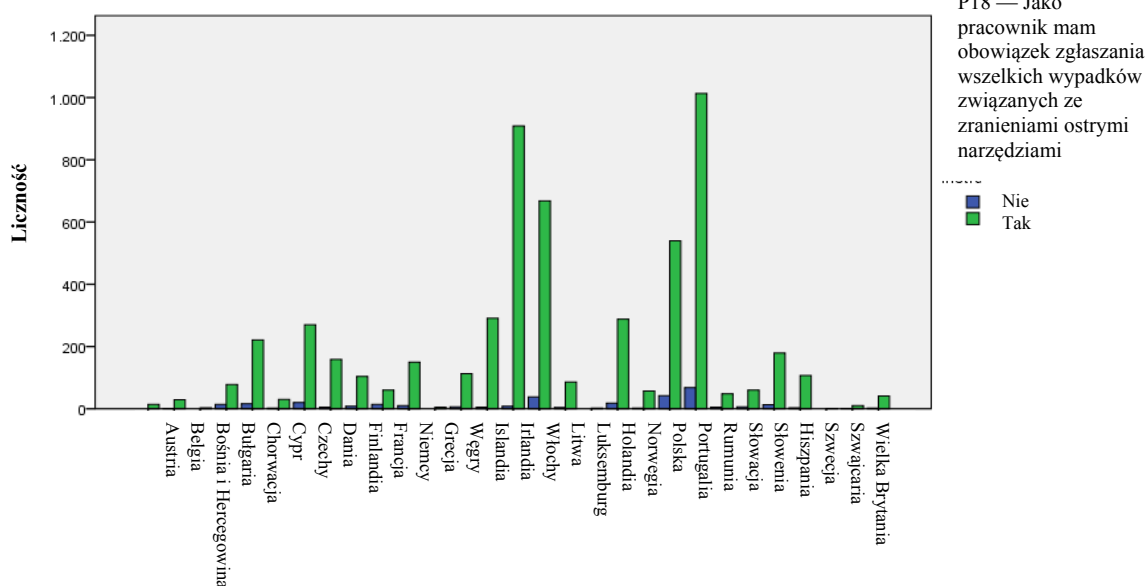
Wnioskując z wyników, większość ankietowanych pracowników (95%) poczuwa się do obowiązku zgłaszania wszelkich wypadków związanych ze zranieniami ostrymi narzędziami. Powinno wiązać się to w codziennej praktyce z dostępnością dobrze zorganizowanych systemów sprawozdawczości oraz z uświadomieniem sobie przez pracowników opieki zdrowotnej konieczności zgłaszania tego rodzaju wypadków.

P18 Jako pracownik mam obowiązek zgłaszania wszelkich wypadków związanych ze zranieniami ostrymi narzędziami.

		Częstotliwość	Procent ważnych
Ważne	Nie	311	5,3
	Tak	5536	94,7
Suma		5847	100,0
Brakuje	System	1124	
Suma		6971	

Ten imponujący wynik jest wspólny dla wszystkich państw uwzględnionych w tym raporcie.

Wykres słupkowy



W ramach systemów sprawozdawczości opracowanych w całej UE 73% respondentów uważa, że w związku ze zgłaszaniem zranień ostrymi narzędziami PANUJE w ich miejscu pracy kultura polegająca na unikaniu obwiniania. Przyczynia się to do wspomagania sprawozdawczości i promowania kultury zwiększania bezpieczeństwa w miejscu pracy.

P19 W moim miejscu pracy w związku ze zgłaszaniem zranień ostrymi narzędziami panuje kultura polegająca na unikaniu obwiniania.				
		Częstotliwość	Procent ważnych	Procent skumulowany
	1. Zdecydowanie się nie zgadzam	430	7,4	7,4
	2. Nie zgadzam się	1155	19,8	27,1
Ważne	3. Zgadzam się	2909	49,8	76,9
	4. Zdecydowanie się zgadzam	1347	23,1	100,0
	Suma	5841	100,0	
Brakuje	System	1130		
Suma		6971		

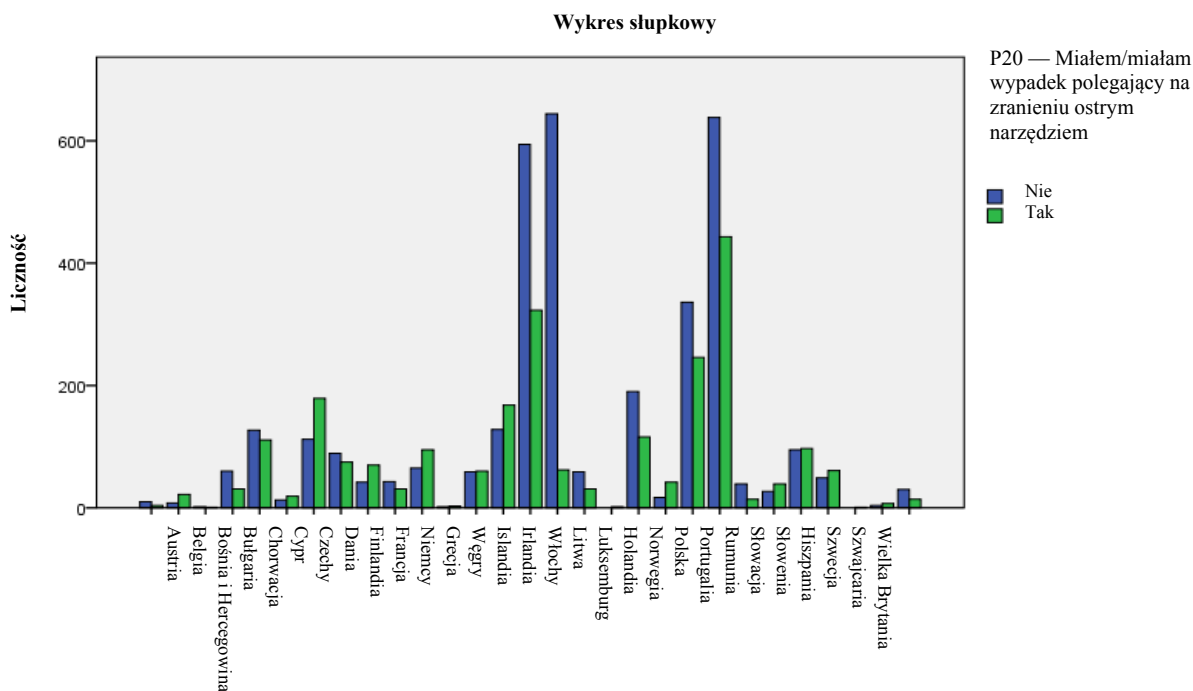
10. klauzula dyrektywy — Reagowanie i działania następcze

W dyrektywie zasugerowano, że w razie wypadku związanego ze zranieniem ostrym narzędziem powinny zostać wdrożone odpowiednie praktyki i procedury. Wszyscy pracownicy muszą być zaznajomieni z tymi praktykami i procedurami.

Jeśli chodzi o samych respondentów, którzy ulegli tego rodzaju wypadkom, 41% z nich doznało zranienia, mimo wdrożenia pewnych środków.

P20 Miałem/miałam wypadek polegający na zranieniu ostrym narzędziem.			
		Częstotliwość	Procent ważnych
	Nie	3482	59,5
Ważne	Tak	2367	40,5
	Suma	5849	100,0
Brakuje	System	1122	
Suma		6971	

Po przeanalizowaniu danych z różnych krajów okazuje się, że respondenci z niektórych z nich, np. Belgii, Czech, Finlandii, Niemiec, Islandii i Hiszpanii, częściej ulegali tego rodzaju wypadkom.

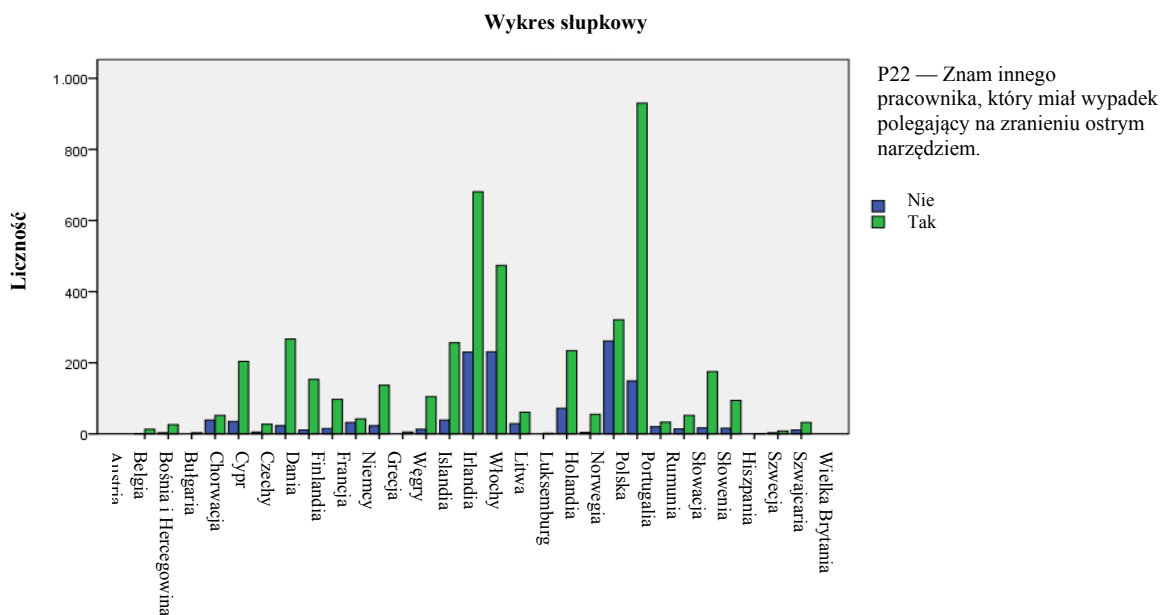


Gdy przyjrzymy się uważniej tej kwestii, pytając jednak tym razem, czy dany pracownik opieki zdrowotnej zna innego pracownika, który miał wypadek polegający na zranieniu ostrym narzędziem, odsetek ten wzrasta radykalnie do 78%. To również wskazuje, jak ważne jest wdrożenie dyrektywy europejskiej.

P22 Znam innego pracownika, który miał wypadek polegający na zranieniu ostrym narzędziem.

		Częstotliwość	Procent ważnych
Ważne	Nie	1296	22,2
	Tak	4540	77,8
	Suma	5836	100,0
Brakuje	System	1135	
Suma		6971	

Respondenci z wielu krajow potwierdzają również, że znają innego pracownika, który miał wypadek polegający na zranieniu ostrym narzędziem. Dodatkowa korzyść związana z dyrektywą europejską jest taka, że dyrektywa ta obejmuje wszystkie kraje członkowskie UE.



Wśród respondentów, którzy potwierdzają, że ulegli wypadkowi związanemu ze zranieniem ostrym narzędziem, 60% twierdzi, że podjęto w związku z tym natychmiastowe działania, a 51% — że wypadek został zarejestrowany w bazie danych.

Po bardziej wnikliwym przeanalizowaniu faktu, czy pracodawca zbadał przyczyny wypadku, tylko 27% udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Niestety, 63% osób, które uległy wypadkowi jest zdania, że nie zapewniono im odpowiedniego wsparcia. Fakt, że 63% respondentów uważa, że nie uzyskało wsparcia stanowi problem, ponieważ powszechnie wiadomo, że niezajęcie się w odpowiednim czasie obawami takich osób może mieć poważne konsekwencje psychologiczne, co z kolei ma wpływ na statystyki związane ze zwolnieniami chorobowymi. Ryzyko zarażenia się poważną chorobą oznacza, że ofiary wypadków polegających na zranieniu ostrymi narzędziami odczuwają poważne obawy. Tego rodzaju obawy wpływają oczywiście znacząco na ich samopoczucie i mogą mieć wpływ na stan zdrowia psychicznego tych osób. Tego rodzaju obawy związane są w ewidentny sposób ze zdrowiem samej osoby zainteresowanej, ale są to również obawy związane z zarażeniem chorobą członka rodziny w danym przypadku lub w przyszłości. Zranienia ostrymi narzędziami mogą zatem wpływać na stan zdrowia, nawet jeśli u danej osoby nie doszło do zakażenia.

Biorąc pod uwagę pytania 21 oraz 23, widzimy zgodność obu perspektyw, niezależnie od tego, czy wypadkowi związanemu ze zranieniem ostrym narzędziem uległ sam respondent, czy któryś z jego współpracowników. Działania związane natychmiastowym reagowaniem i sprawozdawczością są oceniane wyżej niż działania związane z identyfikowaniem przyczyny oraz zapewnieniem wsparcia.

P21 Jeśli TAK (JA): (wiele możliwych odpowiedzi)

	Częstotliwość	Procent ważnych
1. Podjęto natychmiastowe działania związane z moim zdrowiem, wraz z zapewnieniem wsparcia.	1423	60,11 (1)
2. Zdarzenie zostało zarejestrowane w bazie danych.	1204	50,86 (2)
3. Pracodawca zbadał przyczyny i okoliczności.	648	27,37 (4)
4. Zapewniono mi wsparcie.	878	37,09 (3)
Suma	6971	

P23 Jeśli TAK (inny pracownik): (wiele możliwych odpowiedzi)

	Częstotliwość	Procent ważnych
1. Pracodawca podjął natychmiastowe działania związane z zapewnieniem temu pracownikowi pomocy.	3152	69,4 (1)
2. Zdarzenie zostało zarejestrowane w bazie danych.	2281	50,24 (2)
3. Pracodawca zbadał przyczyny i okoliczności.	1577	34,73 (4)
4. Zapewniono temu pracownikowi wsparcie.	2022	44,54 (3)
Suma	6971	

Porównanie P21 i P23

	JA	Inny pracownik
Pracodawca podjął natychmiastowe działania związane z zapewnieniem mnie/temu pracownikowi pomocy.	60,11	69,4
Zdarzenie zostało zarejestrowane w bazie danych.	50,86	50,24
Pracodawca zbadał przyczyny i okoliczności.	27,37	34,73
Zapewniono mnie/temu pracownikowi wsparcie.	37,09	44,54

11. klauzula dyrektywy — Wykonanie

Badanie ankietowe sugeruje, że w większości państw członkowskich podejmowane są pozytywne działania, jednak możliwości wykonania postanowień dyrektywy są na tym etapie ograniczone i nadal pozostaje wiele pracy do wykonania. Krajowe organy wykonawcze odegrają decydującą rolę w dążeniu do zapewnienia pełnej zgodności.

Eksploracyjna analiza klastrowa wyników

Oprócz opisowej analizy danych, umożliwiającej zinterpretowanie częstotliwości poszczególnych zmiennych, a nawet wykonanie zestawień pomiędzy tabelami, hierarchiczna analiza klastrowa umożliwia zobrazowanie poglądów i doświadczeń respondentów w sposób, w którym zmienne można łączyć z uwzględnieniem tendencji w odpowiedziach.

Podstawą analizy klastrowej jest przypisanie zestawu obserwacji do różnych podzestawów (klastrow) na podstawie podobieństw lub różnic danych. Podstawowym kryterium przy podziale na klastry są różnice opinii, poglądów i doświadczeń wyrażone w poddawanych analizie stwierdzeniach. Używana jest skala Likerta o wartościach od „zdecydowanie się nie zgadzam” (1) do „zdecydowanie się zgadzam” (4). Niezależnie od tego, do klastrowania zmiennych mogą być również użyte dane nominalne (tak i nie).

Hierarchiczną analizę klastrową zaczyna się od rozdzielenia na klastry poszczególnych przypadków. Na każdym etapie analizy ścisłość kryterium, według którego rozdzielane są przypadki jest zmniejszana, w celu połączenia dwóch najbardziej podobnych do siebie klastrow, aż do momentu, gdy wszystkie obiekty zostaną połączone w ramach pełnego drzewa klasyfikacji. Dendrogram służy do zobrazowania etapów hierarchicznej analizy klastrowej. Przedstawia połączenia klastrow oraz wartości współczynników odległości na poszczególnych etapach scalania. Łączące linie pionowe wyznaczają połączone przypadki.

Opinie respondentów, które są do siebie zbliżone, powinny należeć do tego samego klastra, a opinie bardziej się od siebie różniące powinny należeć do różnych klastrow. Analiza klastrowa umożliwia zidentyfikowanie wzorców, dzięki czemu można z kolei uzyskać wyższy poziom interpretacji w porównaniu do tabel częstotliwości oraz tabel krzyżowych i analizy opisowej. Jest to szczególnie interesujące, ponieważ dyrektywa 2010/32/UE składa się z poszczególnych artykułów (klauzul):

- Klauzula 5: Ocena ryzyka (powiązana z pytaniami 10 i 11).

- Klauzula 6: Eliminowanie, zapobieganie i ochrona (powiązana z pytaniami 7, 8, 15, 16, 17 i 24).
- Klauzula 7: Informacja i zwiększanie świadomości (powiązana z pytaniami 3, 4 i 9).
- Klauzula 8: Edukacja i szkolenia (powiązana z pytaniami 5, 6 i 12).
- Klauzula 9 i 10: Sprawozdawczość oraz Reagowanie i działania następcze (powiązane z pytaniami 18, 19, 20 i 21).

Na poniższym dendrogramie widać, że pytania formują wyraźnie dwa bloki, co sugeruje, że schematy odpowiedzi różnią się od siebie. Klaster 1 zawiera wiele podklastów, które można poddać analizie, natomiast klaster 2 łączy w sobie cztery główne pytania: P12-P24-P19-P15.

P12 — W moim miejscu pracy przekazano mi odpowiednie instrukcje dotyczące środków podejmowanych na wypadek zranienia.

P24 — Uważam, że w moim miejscu pracy zastosowano odpowiednie środki zapobiegające zranieniom ostrymi narzędziami.

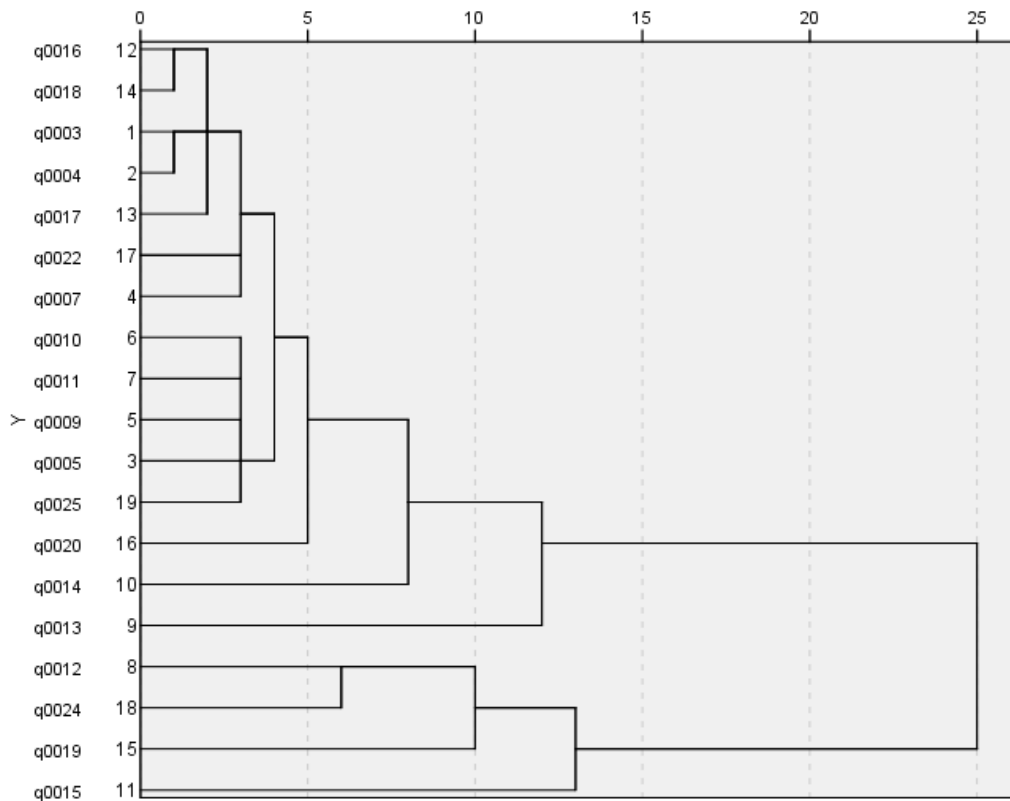
P19 — W moim miejscu pracy w związku ze zgłaszaniem zranień ostrymi narzędziami panuje kultura polegająca na unikaniu obwiniania.

P15 — Dostępne są odpowiednie pojemniki na ostre narzędzia, do których należy wyrzucać igły i ostre narzędzia.

Ten „niezależny klaster” wskazuje na silne powiązanie pomiędzy „uzyskiwaniem wyraźnych instrukcji”, „podejmowaniem konkretnych działań”, „kulturą polegającą na unikaniu obwiniania” oraz dostępnością „odpowiednich pojemników na ostre narzędzia”. Ze zdecydowanych opinii respondentów w tych 4 kwestiach wynika, że jeśli pracownicy opieki zdrowotnej, a w szczególności pielęgniarki, uzyskali informacje dotyczące zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami, przejawiają tendencję do reagowania w sposób bardziej pozytywny na pytanie o to, czy w miejscu pracy zastosowano odpowiednie środki zapobiegawcze. Przekazywanie informacji oraz zaangażowanie pielęgniarek w proces wyboru i narzędzi i szkolenia wzmacnia ich wpływ na tworzenie pozytywnego środowiska pracy, w którym nie występują zranienia ostrymi narzędziami. W sposób automatyczny kultura polegająca na unikaniu obwiniania towarzyszy osobom, które zostały poinformowane oraz osobom, które wyżej oceniają działania podjęte w swoim miejscu pracy. Na podstawie tych ustaleń można zaproponować ważne równanie:

Skuteczne wdrożenie dyrektywy 2010/32/UE = (eliminowanie, zapobieganie i ochrona) + (edukacja i szkolenia) + (sprawozdawczość, reagowanie i działania następcze).

Dendrogram z zastosowaniem wiązania średnich (pomiędzy grupami)
Łączenie klastrów z przeskalowaniem odległości



W przeciwieństwie do „niezależnego klastra 12-24-19-15”, w drugim klastrze zgrupowane są pytania i tematy z trzech kolejnych „niezależnych” domen zainteresowania, w których schematy odpowiedzi udzielanych przez respondentów nie wykazują tendencji do dołączenia do innych klastrów. Mowa tu głównie o następujących pytaniach:

- P20 — Miałem/miałam wypadek polegający na zranieniu ostrym narzędziem.
- P14 — Dostawcy urządzeń do zabezpieczania igieł przeprowadzają regularne szkolenia dotyczące ich stosowania.
- P13 — Pielęgniarki uczestniczyły w wybieraniu odpowiednich urządzeń do zabezpieczania igieł.

W tym drugim klastrze jeden z tematów (P13 — Pielęgniarki uczestniczyły w wybieraniu odpowiednich urządzeń do zabezpieczania igieł) pozostaje odosobniony, co wskazuje, że pielęgniarki NIE są zaangażowane w podejmowanie decyzji dotyczących wyboru materiałów, z których korzystają w ramach praktyki klinicznej. Również temat dotyczący branży (P14 — Dostawcy urządzeń do zabezpieczania igieł przeprowadzają regularne szkolenia dotyczące ich stosowania) jest postrzegany jako czynnik negatywny w odniesieniu do tworzenia bezpieczniejszego środowiska pracy. Zarówno „wybór”, jak i „dostawcy” odnoszą się do procedury zamówień publicznych, w której pielęgniarki mają decydować

o tym, który materiał ma nabyć szpital, co eliminuje kierowanie się przy podejmowaniu decyzji wyłącznie ceną, przy czym przedstawiciele branży zapewniają niezbędne szkolenia dotyczące prawidłowego użytkowania materiałów.

Istnieje powiązanie pomiędzy tym, że pracownicy opieki zdrowotnej mają do dyspozycji środki zapobiegawcze, a systemem zgłaszania wypadków polegających na zranieniu ostrym narzędziem. Respondenci, którzy dysponują środkami ochrony indywidualnej (ŚOI) oraz urządzeniami medycznymi wyposażonymi w mechanizm zabezpieczający są powiązani z osobami reagującymi na składane przez nich zgłoszenia wypadków. Ściśle powiązani są również respondenci, którzy informują o tym, że uzyskali niezbędne informacje dotyczące zagrożeń i środków zapobiegawczych od swojego pracodawcy oraz osoby stwierdzające w odpowiedzi, że praktyka ponownego zakładania osłonek jest zabroniona w ich miejscu pracy. Znaczenie klastra 1 jest bardzo silnie powiązane z systemem zgłaszania oraz dostępnością środków zapobiegawczych.

P16 — W razie potrzeby mogę korzystać ze środków ochrony indywidualnej.

P18 — Jako pracownik mam obowiązek zgłaszania wszelkich wypadków związanych ze zranieniami ostrymi narzędziami.

P3 — Zagrożenia zdrowia i bezpieczeństwa związane z moją działalnością zawodową.

P4 — Stosowane środki zapobiegawcze i środki ochrony oraz procedura postępowania w przypadku zranienia.

P17 — W moim miejscu pracy praktyka ponownego zakładania osłonek na igły jest zabroniona.

P22 — Znam innego pracownika, który miał wypadek polegający na zranieniu ostrym narzędziem.

P7 — W moim miejscu pracy do dyspozycji mam urządzenia medyczne wyposażone w mechanizm zabezpieczający.

Bardzo interesujący aspekt towarzyszy klastrowi, w którym zgrupowane są kolejne pytania i respondenci, a mianowicie P10, P11, P9, P5 oraz P25. Fakt, że pracownicy opieki zdrowotnej dysponują szczególnym wykształceniem, wiąże się ze skutecznością oceny zagrożeń w miejscu pracy oraz z dostępnością personelu wyszkolonego odpowiednio w zakresie zranień ostrymi narzędziami, z którym pielęgniarki w danym miejscu pracy mogą się konsultować. Klaster dodaje nowe powiązanie z informacjami i zwiększaniem świadomości oraz bardziej pozytywne postrzeganie przez pracowników opieki zdrowotnej faktu, że stosowana praktyka uległa poprawie od wdrożenia dyrektywy. Innymi słowy, zdaniem personelu opieki zdrowotnej, głównie pielęgniarek, praktyka zawodowa uległa poprawie w związku z przeprowadzaniem przez pracodawcę ocen zagrożeń, z możliwością skonsultowania się danej jednostce z pracownikiem dysponującym odpowiednim wykształceniem z zakresu zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami.

P10 — Mój pracodawca przeprowadza w miejscu pracy **oceny zagrożeń** zranieniami ostrymi narzędziami.

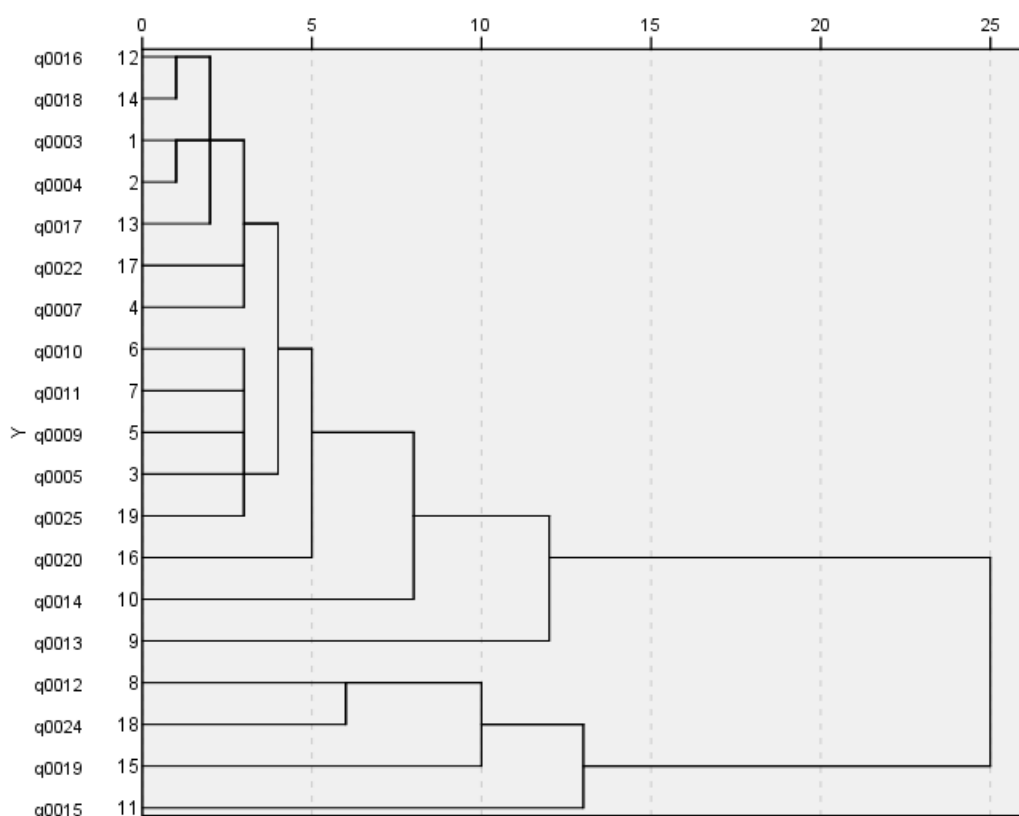
P11 — W moim miejscu pracy mogę skonsultować się z **członkiem personelu/jednostką z przeszkoleniem z zakresu oceny zagrożeń** oraz postępowania w przypadkach zranień ostrymi narzędziami.

P9 — Dostępne są **plakaty, ulotki lub biuletyny mające na celu zwiększanie świadomości** zagrożeń związanych ze zranieniami ostrymi narzędziami.

P5 — Odbyłem/odbyłam **szkolenie z zakresu polityk i procedur** związanych z zapobieganiem zranieniom ostrymi narzędziami i postępowaniem w takich przypadkach.

P25 — Czy Pana/Pani praktyka zawodowa uległa poprawie od czasu wdrożenia w prawodawstwie krajowym dyrektywy 32 UE w sprawie zapobiegania zranieniom?

Dendrogram z zastosowaniem wiązania średnich (pomiędzy grupami)
Łączenie klastrów z przeskalowaniem odległości



Większość podklastrów połączyła się po 5 iteracjach, co oznacza, że istnieje pierwszy poziom działania, na którym podstawowe informacje, sprawozdawczość, zakazy oraz dostępność urządzeń do zabezpieczania współistnieją ze sobą, oraz drugi, bardziej szczegółowy poziom działania, obejmujący odpowiednie wykształcenie, skuteczność oceny zagrożeń oraz specjalistyczną wiedzę dostępną w danej jednostce. Po osiągnięciu tego drugiego poziomu działania, pracownicy opieki zdrowotnej dostrzegają zwykle poprawę praktyki zawodowej.

Wnioski

W Europie w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej aktywnie pracuje 21 milionów osób². Szacuje się, że rocznie występuje 1 milion przypadków zranień igłą³, natomiast z danych, które uzyskaliśmy od 6971 pracowników opieki zdrowotnej, głównie pielęgniarek, wynika, że 41% z nich miało wypadek polegający na zranieniu ostrym narzędziem. Jest to wyjątkowo duży odsetek, a zdarzenie takie może poważnie zniechęcić do kariery w pielęgniarstwie.

Bardzo duży odsetek respondentów – 74% – wskazuje, że wdrożono odpowiednie środki zapobiegające zranieniom ostrymi narzędziami w ich miejscu pracy, choć tylko w odniesieniu do niektórych procedur, takich jak pobieranie krwi czy cewnikowanie, natomiast 53% respondentów stwierdza, że ich praktyka zawodowa uległa poprawie od wdrożenia dyrektywy 2010/32/UE w prawodawstwie krajowym. Z ustaleń wynika również pewna dostępność wyposażenia ochronnego oraz pojemników na odpady. Siedemdziesiąt procent respondentów ma do dyspozycji urządzenia wyposażone w mechanizm zabezpieczający, szczególnie w przypadku pobierania krwi, iniekcji oraz cewnikowania dożylnego. Należy zauważyć, że równoczesne korzystanie z urządzeń wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające oraz z urządzeń konwencjonalnych może wiązać się z dodatkowymi zagrożeniami. W przypadku pojemników na odpady 80% respondentów potwierdza, że dysponuje odpowiednimi. Bardzo konstruktywny jest fakt, że 96% respondentów potwierdza, że ma do dyspozycji środki ochrony indywidualnej. W kwestii sprawozdawczości, większość ankietowanych pracowników (95%) ma świadomość obowiązku zgłaszania wszelkich wypadków związanych ze zranieniami ostrymi narzędziami. Co ciekawe, 73% respondentów uważa, że w związku ze zgłaszaniem zranień ostrymi narzędziami panuje w ich miejscu pracy kultura polegająca na unikaniu obwiniania. Przyczynia się to do wspomagania sprawozdawczości i promowania kultury zwiększania bezpieczeństwa w miejscu pracy.

Niemniej jednak, fakt występowania w dalszym ciągu dużej liczby wypadków polegających na zranieniu ostrym narzędziem oraz odpowiedzi związane z pytaniami dotyczącymi innych domen dyrektywy 2010/32/UE wskazują, że w poszczególnych artykułach dyrektywy 2010/32/UE mamy nadal do czynienia z ważnymi aspektami, którym przedstawiciele zawodu oraz interesariusze powinni przywrócić się w celu uzyskania „zerowego poziomu tolerancji”.

Przedstawiciele zawodu uznają często, że pojemniki na odpady, bezpieczne urządzenia

³ Raport Eurofound „Employment and industrial relations in the healthcare sector” (Zatrudnienie i relacje zawodowe w sektorze opieki zdrowotnej), luty 2011 r. Dostęp: OSHA

i środki ochrony to jedyne środki, które należy wdrożyć i nie do końca zdają sobie sprawę z tego, jak istotne jest analizowanie ryzyka oraz zarządzanie nim, edukacja i szkolenia, a także zaangażowanie pielęgniarek w procedurę wyboru urządzeń do codziennego stosowania w praktyce klinicznej. Z ustaleń wynika, że część niezbędnych środków, takich jak wyeliminowanie praktyki ponownego zakładania osłonek, nie została jeszcze powszechnie wdrożona, co może tłumaczyć, dlaczego tak wysoki odsetek pracowników opieki zdrowotnej przyznaje, że miało wypadek polegający na zranieniu ostrym narzędziem. W większości przypadków wpływ na to ma prawodawstwo krajowe.

Dowody wskazują, że większości wypadków mających związek z ostrymi narzędziami można uniknąć poprzez połączenie edukacji i szkoleń, bezpieczniejszych praktyk pracy, oceny ryzyka oraz technologii medycznych z zastosowaniem mechanizmów zabezpieczających. Takie podejście mieszane odzwierciedla w rzeczywistości dyrektywa 2010/32/UE dotycząca zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, wynikająca z umowy ramowej zawartej między HOSPEEM a EPSU. Badania wykazały, że niewdrożenie któregoś z tych trzech elementów skutkuje znacznym zmniejszeniem skuteczności. Istotnie widoczny jest brak tego rodzaju podejścia mieszanego. Przy analizie 6971 odpowiedzi respondentów okazało się, że zaledwie połowa, 53%, odbyła konkretne szkolenie z zakresu polityk i procedur związanych z zapobieganiem zranieniom ostrymi narzędziami i postępowaniem w takich przypadkach.

Wprawdzie 78% i 82% respondentów deklaruje, że ich pracodawca udostępnił im podstawowe informacje dotyczące zagrożeń zdrowia i bezpieczeństwa oraz środków zapobiegawczych i środków ochrony związanych z ich działalnością zawodową, jednak konkretne działania edukacyjne nie są szeroko rozpowszechnione. Odpowiednio wyszkolony personel pielęgniarski ma zasadnicze znaczenie dla zapobiegania ryzyku zranienia i zakażenia wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych, co opisano w dyrektywie 2010/32/UE. Fakt, że połowa respondentów potwierdziła, iż nie odbyła konkretnego szkolenia oznacza konieczność podjęcia bardziej ukierunkowanych działań w celu wyeliminowania tych niedostatków.

Ponadto odsetek pracowników opieki zdrowotnej, którzy w ramach edukacji nie uzyskali konkretnych informacji na temat zranień ostrymi narzędziami wzrasta w przypadku osób pracujących w ośrodkach opieki pozaszpitalnej oraz w domach opieki nad osobami starszymi. Zaobserwowano również tendencję wskazującą, że w środki zapobiegawcze inwestuje się więcej w warunkach szpitalnych niż w innych sektorach. Biorąc pod uwagę

dobrze znane wyzwania społeczne, sektorom opieki nad osobami starszymi oraz opieki pozaszpitalnej czy podstawowej opieki zdrowotnej należy poświęcić znacznie więcej uwagi, szczególnie w związku z wprowadzaniem zintegrowanego systemu opieki w UE.

Aby uzupełnić ten brak konkretnego wyszkolenia, kraje członkowskie powinny wykorzystać środki Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014–2020 w celu podniesienia kompetencji pracowników opieki zdrowotnej. Obszary, które należy objąć tym konkretnym szkoleniem to:

- a. ocena ryzyka,
- b. wdrażanie środków zapobiegawczych,
- c. niezwłoczny zakaz ponownego zakładania osłonek,
- d. konkretne środki podejmowane na wypadek zranienia,
- e. sprawozdawczość w ramach kultury polegającej na unikaniu obwiniania,
- f. wybieranie odpowiednich urządzeń wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające,
- g. odpowiednie szkolenia z zakresu stosowania urządzeń wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające.

Część mieszanego podejścia do zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami to przeprowadzanie w miejscu pracy działań związanych z oceną ryzyka. Od pracowników oczekuje się przeprowadzania regularnej oceny ryzyka dla wszystkich sytuacji związanych ze zranieniami, krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem. W ocenie ryzyka uwzględnia się technologię, organizację pracy, warunki pracy, poziom kwalifikacji, czynniki psychospołeczne związane z pracą oraz wpływ czynników związanych ze środowiskiem pracy. Umożliwia to wskazanie sposobu eliminacji narażenia oraz rozważenie możliwych do wdrożenia alternatywnych systemów. Wyniki oceny ryzyka powinny być udostępniane wszystkim pracownikom, którzy w miejscu pracy mogą być na nie narażeni. Na podstawie ustaleń mniej niż połowa respondentów (41%) zgłasza, że ich pracodawca przeprowadza ocenę ryzyka zranień ostrymi narzędziami w miejscu pracy. Jest to obowiązkowy wymóg zawarty w dyrektywie 2010/32/UE, zatem należy podjąć więcej działań zmierzających do zaangażowania pielęgniarek i pracowników opieki zdrowotnej w ocenę ryzyka. Na podstawie sprawozdań z oceny ryzyka, wszystkie zagrożenia należy eliminować poprzez konsekwentne wprowadzanie urządzeń do zabezpieczania, pojemników na ostre narzędzia oraz procedur bezpieczeństwa związanych ze stosowaniem ostrych narzędzi medycznych oraz usuwaniem ich, a także skażonych odpadów. Bardzo istotny jest zatem fakt, że pielęgniarki są zaangażowane w ocenę ryzyka, która nie może być jedynie teoretycznym ćwiczeniem zarządzonym przez kierowników lub dyrektorów. Pracownicy opieki zdrowotnej pracujący

na pierwszej linii, przy łóżkach pacjentów powinni być zaangażowani w te oceny i w tym kontekście ogromną rolę odgrywają związki zawodowe. Pierwszym krokiem do poprawy sytuacji jest ustanowienie instytucji swego rodzaju pielęgniarki łącznikowej, pracującej w ramach zespołu pielęgniarek, pracowników opieki zdrowotnej i innych pracowników. Ta osoba byłaby konsultantem i pełniłaby bardziej znaczącą rolę w procesie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w miejscu pracy.

Dostępne są Fundusze Strukturalne i Fundusz Spójności UE, przeznaczone na pokonywanie trudności związanych z kryzysem gospodarczym, wspomaganie zatrudnienia w UE w sektorze zdrowia, na kształcenie, zatrudnienie oraz rozwój. Propozycje, które zostaną przekazane, mogą umożliwić utworzenie osobnej dokumentacji wykonawczej z zastosowaniem najważniejszych artykułów dyrektywy 2010/32/UE, mającej na celu zapobieganie zranieniom ostrymi narzędziami w szpitalach i sektorze opieki zdrowotnej. Dobrym przykładem jest pilna potrzeba zwiększenia dostępności wyposażenia ochronnego do zakresu 100%, ponieważ żaden pracownik opieki zdrowotnej nie powinien być narażony na zwiększone ryzyko zranienia ostrym narzędziem z powodu braku wyposażenia ochronnego. Ponadto sytuacja, w której pielęgniarki mają do dyspozycji urządzenia wyposażone w mechanizmy zabezpieczające tylko w przypadku określonych procedur, podczas których używane są ostre narzędzia, jest niewłaściwa i stanowi źródło dodatkowego ryzyka.

Należy również pilnie podjąć działania związane z zakazem ponownego zakładania osłonek na igły. Około 25% respondentów nadal deklaruje, że ponowne zakładanie osłonek nie jest w ich miejscu pracy zabronione, mimo iż w dyrektywie 2010/32/UE ta praktyka została zabroniona ze skutkiem natychmiastowym. Ponowne zakładanie osłonek na igły stanowi często przyczynę zranień ostrymi narzędziami. Choć zostało zabronione w UE, nadal pilnie potrzebne jest rozpowszechnianie wśród pracodawców i pracowników informacji o tym, że ponowne zakładanie osłonek na igły nie może nigdy mieć miejsca.

Kolejnym ważnym aspektem dostępności wyposażenia jest uwzględnienie opinii pielęgniarek przy wyborze bezpiecznego sprzętu do codziennego stosowania w środowisku pracy. Niepokojący jest fakt, że niemal 60% respondentów potwierdza, iż pielęgniarki nie są zaangażowane w procedurę doboru odpowiedniego niezbędnego wyposażenia ochronnego. Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji pielęgniarek w zakresie zamówień publicznych, zapoznanie ich z tematyką i zaangażowanie w procedury doboru urządzeń w celu wybrania najodpowiedniejszego wyposażenia do codziennego stosowania w praktyce to kluczowy

element zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami. Zakres tego zaangażowania obejmuje znacznie więcej niż tylko konsultacje pomiędzy pracodawcami i kierownikami a przedstawicielami pracowników w kwestii doboru urządzeń wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające i użytkowania ich, czy identyfikowania odpowiednich szkoleń zawodowych. Chodzi również o to, jakie informacje są niezbędne do stworzenia bezpiecznego środowiska pracy oraz o zastosowanie kampanii informacyjnych, które umożliwią wprowadzenie zmian.

Niepokojący jest w związku z tym fakt, że znaczny odsetek respondentów (64%) uznaje dostępność informacji widocznych w miejscach publicznych w placówkach opieki zdrowotnej za niewystarczającą, jeśli wziąć pod uwagę, że główną misją agencji EU-OSHA jest informowanie o kwestiach bezpieczeństwa w miejscu pracy. W związku z tym potrzebne jest zintensyfikowanie działań mających na celu zapewnienie we wszystkich miejscach pracy informacji na temat zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami oraz środków bezpieczeństwa umożliwiających zapobieganie tego rodzaju zranieniom. Niezbędne są kampanie informacyjne, które w miejscu pracy udostępnią pracownikom opieki zdrowotnej informacje dotyczące zranień ostrymi narzędziami oraz zapewnią rozpowszechnianie informacji na temat tego, jak ważne dla społecznej i gospodarczej stabilności Europy oraz jej rozwoju jest zdrowie i bezpieczeństwo pracowników. W tym kontekście pamiętać należy również o bardziej aktywnym udziale podmiotów branżowych w zapobieganiu zranieniom ostrymi narzędziami, polegającym nie tylko na wprowadzaniu na rynek urządzeń wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające, ale również na zaangażowaniu pielęgniarek w procedury ich projektowania, a ponadto na zapewnianiu pielęgniarcom szkoleń, które umożliwią im skuteczne korzystanie z tych urządzeń. Na koniec należy wspomnieć, że z analizy doświadczeń pracowników opieki zdrowotnej, którzy ulegli wypadkom polegającym na zranieniu ostrym narzędziem wynika, iż potrzebne jest zwiększenie aktywności po stronie pracodawcy, który powinien zbadać przyczyny wypadku oraz zapewnić odpowiednią pomoc ofierze tego rodzaju wypadku. Pozytywny jest fakt, że w większości przypadków podejmowano natychmiastowe działania, a wypadek rejestrowano, jednak kwestia zapewnienia pracownikowi wsparcia ma decydujące znaczenie i nie może być zanedbywana. Ryzyko zarażenia się poważną chorobą oznacza, że ofiary wypadków polegających na zranieniu ostrymi narzędziami odczuwają poważne obawy. Tego rodzaju obawy mają znaczący wpływ na samopoczucie wszystkich pracowników opieki zdrowotnej oraz innych pracowników placówek medycznych, ponieważ poczucie zagrożenia oraz jego wpływ, zarówno na życie osobiste, jak i zawodowe tych osób, ma bardzo duże znaczenie.

Źródła

1. EPSU i HOSPEEM. Raport końcowy dotyczący promowania i wspomagania implementacji dyrektywy 2010/32/UE dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami. 30 września 2013 r.
2. Związek Zawodowy Szwedzkich Pracowników Komunalnych, Vision oraz Szwedzkie Stowarzyszenie Pracowników Służby Zdrowia. „Wizja zerowej tolerancji dla zakażeń krwiopochodnych spowodowanych ostrymi narzędziami używanymi w opiece zdrowotnej”. Grudzień 2012 r.
3. Balogh Z. i in. Częstość występowania zranień igłą wśród pracowników opieki zdrowotnej na Węgrzech.