

STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIEŁĘGNIARSKIEGO w sprawie zasad podnoszenia i przemieszczania pacjentów

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że jednym z kluczowych elementów kształtowania bezpiecznego środowiska pracy dla pielęgniarek jest wyeliminowanie ręcznego podnoszenia i przemieszczania pacjentów. W żadnym przypadku tak w środowisku szpitalnym, domowym czy w Podstawowej Opiece Zdrowotnej personel świadczący opiekę nie powinien podnosić i przemieszczać pacjentów ręcznie bez względu na wagę, wiek.

Ręczne podnoszenie i przemieszczanie pacjentów powinno być dopuszczalne **tylko w przypadkach zagrożenia życia pacjenta, bez uszczerbku na zdrowiu i życiu personelu medycznego.** W przypadku dzieci konieczne jest stosowanie zasad umożliwiających jak najmniejsze narażenie na nadmierne przeciążenie układu mięśniowo-szkieletowego. Należy zupełnie wyeliminować sytuacje, kiedy ręczne przemieszczanie i podnoszenie pacjentów zajmuje większość czasu przeznaczonego na opiekę.

Zachęcamy podmioty działalności leczniczej do wprowadzenia polityki bezpiecznego przemieszczania i podnoszenia pacjentów poprzez np. wydzielenie miejsc w oddziałach, w których będzie dostępny odpowiedni sprzęt i prowadzona konsekwentna polityka organizacji pracy na stanowisku, gdzie prowadzone są prace transportowe. Należy je wyeliminować tak w oddziałach chirurgii jednego dnia jak i poradniach.

Wszelkie wózki, stoły i inne wyposażenie, dla utrzymania właściwej pozycji dla personelu, powinny stanowczo posiadać regulowaną wysokość i umożliwiać samodzielne przemieszczanie się pacjenta, jeśli tylko jest to możliwe; stoły operacyjne powinny być przemieszczane na kółkach. Kiedy tylko to możliwe pacjenci powinni być badani i leczeni w wózkach na kółkach, co eliminuje konieczność ich przemieszczania. Konieczne jest spowodowanie dostępności podnośników we wszystkich poradniach; celem wyeliminowania możliwości zasłabnięcia podczas pobierania próbek krwi - krew powinna być pobierana w pozycji leżącej; zapewnienie w poradniach ortopedycznych specjalnych ramek do podtrzymywania kończyn pacjentów; zapewnienie krzeseł o zróżnicowanej wysokości umożliwiających pacjentom niezależność, potrzeba podnoszenia i przemieszczania powinna identyfikować czas konieczny na jej realizację.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie rekomenduje podjęcie następujących działań, spójnych ze **strategią Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy na lata 2006-2012:**

- 1) Identyfikacja cech środowiska pracy personelu medycznego, które mogą oddziaływać w sposób właściwy zagrożeniom.
- 2) Ocena szkodliwości dla zdrowia pojedynczego pracownika i całego sektora.
- 3) Identyfikacja zależności między zagrożeniami a powstającymi szkodami zdrowotnymi.
- 4) Badanie praktyk menedżerskich i sposobów organizacyjnych służących podejmowaniu decyzji oraz dokonywaniu zmian w programach.
- 5) Upowszechnianie wiedzy na temat zagrożeń i sposobów ograniczania ryzyka zawodowego związanego z przeciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego.

- 6) Minimalizowanie oraz wykluczanie ręcznego podnoszenia pacjentów.
- 7) Promowanie używania lekkiego i ciężkiego sprzętu do podnoszenia i przemieszczania pacjenta (ETAG, 2001).
- 8) Poszerzenie programów kształcenia pielęgniarek o zagadnienia dotyczące bezpiecznych sposobów i technik dźwigania ciężarów, w tym pacjentów, z uwzględnieniem zajęć praktycznych (Szwałkiewicz, 2000).
- 9) Zmiany legislacyjne służące wzmocnieniu ochrony zdrowia pracowników, szczególnie kobiet wykonujących prace związane z dźwiganiem i przemieszczaniem osób oraz ujęcie w wykazie chorób zawodowych schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, w szczególności kręgosłupa powodowane dźwiganiem osób podczas sprawowania nad nimi opieki (European Agency for Safety and Health at Work, 2002; GIP, 2009).

Wszelkie działania podejmowane w podmiotach działalności leczniczej dotyczące prac transportowych przy podnoszeniu i przemieszczaniu pacjentów muszą uwzględniać zapisy: Dyrektywy nr 90/269/EWG z 29 maja 1990 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących ochrony zdrowia i bezpieczeństwa podczas ręcznego przemieszczania ciężarów w przypadku możliwości wystąpienia zagrożenia, zwłaszcza urazów kręgosłupa pracowników (Dz.U. L 156 z 21.6.1990, str. 9), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych (Dz.U.2000.26.313 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet (Dz.U.1996.114.545 z późn. zm.)

Podnoszenie i przemieszczanie pacjenta wymaga przestrzegania zasad:

1. Minimalizowanie i wykluczanie w możliwych przypadkach konieczności ręcznego podnoszenia i przemieszczania pacjentów.
2. Przemieszczanie unieruchomionych pacjentów wykonywać, przez co najmniej dwie osoby.
3. Wykorzystywać optymalny poziom współpracy z pacjentem uwzględniając jego potrzeby i możliwości ruchowe.
4. Utrzymywać optymalną dla danej czynności postawę ciała opiekuna przez możliwość dostosowania wysokości sprzętów.
5. Używać w czasie czynności mięśni nóg i bioder zamiast mięśni górnej połowy ciała.
6. W czasie przemieszczania i podnoszenia pacjenta zaleca się wykorzystać lekki sprzęt pomocniczy (trapez, pas ergonomiczny, płyta lub płachta ślizgowa, obracana podstawka pod stopy) oraz ciężki sprzęt (podnośniki mechaniczne, podnośniki z pozycji siedzącej do pozycji stojącej)

Wdrożenie ww. zasad do polityki bezpiecznego podnoszenia i przemieszczania pacjentów spowoduje pracę pielęgniarek lżejszą i przyczyni się w konsekwencji do zwiększenia zainteresowania zawodem. Każda złotówka przeznaczona na poprawę warunków pracy pielęgniarek zwróci się wielokrotnie w postaci większej liczby personelu i podniesienia jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta.

Tłó

Zarządzający podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą przy wprowadzaniu zmian szacują koszty, przy czym należy podkreślić, że w rzeczywistości

koszty nie są tak duże, a korzyści to m.in. mniejsza absencja w pracy, nieograniczanie wykonywania zadań przy pacjencie, z uwagi na pogłębiające się dolegliwości przekładające się na obniżenie jakości opieki. Z danych wynika, że zakup specjalistycznego sprzętu do opieki tj. łóżka, podnośniki, łatwo ślizgi, czy łóżka do kąpieli to zaledwie 0, 3% kosztów jednostki.

W 1992 r. The Wigan and Leigh NHS Trust wprowadził politykę bezpiecznego podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Coroczny audyt wykazał na początku 84% redukcję absencji chorobowej spowodowanej urazami w wyniku niebezpiecznej techniki podnoszenia i przemieszczania. Spowodowało to także oszczędności w wysokości 400 000 £ w ciągu jednego roku.

W sektorze ochrony zdrowia i opieki społecznej znajduje zatrudnienie ok. 10% pracowników, przy czym znacząca część z nich pracuje w szpitalach. Unia Europejska boryka się z narastającym brakiem rąk do pracy w tych sektorach, czego zasadniczą przyczyną są złe warunki pracy. Jak wynika z analizy wieloletnich danych statystycznych, jednym z najistotniejszych problemów stanowią czynniki ergonomiczne (Leuven, 2010).

W porównaniu z przeciętnymi wielkościami dla wszystkich sektorów, sektor ochrony zdrowia i opieki społecznej wykazuje ponadprzeciętną częstotliwość występowania chorób zawodowych, spowodowanych częstym występowaniem schorzeń mięśniowo-szkieletowych. Według danych *Bureau of Labor Statistics* z 2002 roku, stanowią one 8,8 przypadków na 100 pracowników w warunkach szpitalnych oraz 13,5/100 w opiece środowiskowej. Grupą szczególnie narażoną na powyżej wymieniane dolegliwości są kobiety (Eurostat 63/2009). Przedmiotem największej troski są urazy pleców i nadwężenia barków, których przyczynami są zadania związane z przemieszczaniem, podnoszeniem, przenoszeniem i zmianą pozycji pacjenta.

Zarządzający ochroną zdrowia, dla pozyskania i zatrzymania pracowników muszą zaakceptować fakt, że ręczne podnoszenie i przemieszczanie pacjentów jest czynnością wysoce ryzykowną zarówno dla pracownika jak i pacjenta (McGrail M. i in., 1995). Zagrożenia o charakterze ergonomicznym oraz związane z nimi problemy mięśniowo-szkieletowe uznaje się za główną przyczynę chorób zawodowych personelu pielęgniarskiego (de Castro, 2004). Pomocniczy personel pielęgniarski, sanitariusze i asystentki zajmują drugie, a pielęgniarki dyplomowane – szóste miejsce na liście dziesięciu zawodów najbardziej zagrożonych przeciążeniami i zwichnięciami (*Bureau of Labour Statistics*, 2002). Pracownicy wszystkich specjalności w branży medycznej narażeni są na duże ryzyko urazu pleców związane z pracami ręcznymi (Silvia C. i in., 2002). Według opracowań Kelsey oraz Engkvist, zginanie się i podnoszenie ciężarów o masie przekraczającej 11 kg ponad 25 razy dziennie 6 krotnie zwiększa prawdopodobieństwo wypadnięcia krążka międzykręgowego (Kelsey in., 1984, Engkvist i in., 2001).

Każdego roku 12% personelu pielęgniarskiego rozważa zmianę pracy z myślą o zmniejszeniu ryzyka zachorowań, a kolejne 12-18% odchodzi z zawodu z powodu chronicznych bólów pleców (Moses, 1992; Owen, 1989).

Badania prowadzone w Szwecji wykazały większe prawdopodobieństwo odchodzenia z zawodu pielęgniarek, pielęgniarzy oraz pozostałego personelu uskarżającego się na dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego, którzy jak wykazały badania w ograniczonym stopniu korzystali z urządzeń do przemieszczania pacjentów (Fochsen i in., 2006).

Powołując się na dane *EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work)* z lat 2000-2005, w Polsce na ból pleców oraz dolegliwości bólowe ze strony mięśni skarży się 29,9 % pracowników sektora opieki zdrowotnej.

Główny Inspektorat Pracy w 2009 r. szpitalach przeprowadził kontrolę w 198 w zakresie zagrożeń układu mięśniowo szkieletowego przy ręcznych pracach transportowych. Stwierdzono, że przy pracach związanych z ręcznym dźwiganiem i przemieszczaniem pacjentów zatrudnionych **było 15 tysięcy pracowników, z czego 12, 5 tysiąca to pielęgniarki**. W kontrolowanej grupie w latach 2005-2007 poszkodowanych zostało 654 pracowników (głównie pielęgniarek). Były to przede wszystkim urazy kręgosłupa w odcinku lędźwiowo krzyżowym, dyskopatie pourazowe, zerwania ścięgien, mięśni oraz przepuklina pachwinowa. Urazy te w większości skutkowały długotrwałymi zwolnieniami lekarskimi, nawet do roku. Średnio wskaźnik ciężkości tego rodzaju wypadków z lat 2005-2007 wyniósł 56 dni niezdolności do pracy na jednego poszkodowanego i był znacznie wyższy od wskaźnika ciężkości wszystkich wypadków, jakie wydarzyły się w sektorze „ochrona zdrowia i pomoc społeczna”, który wynosił 36. Przyczyny większości wypadków to: wykonywanie pracy w niedostatecznej obsadzie, brak właściwego sprzętu pomocniczego, przekroczenie norm dźwigania oraz brak ostrożności. Brak lub niewystarczającą liczbę sprzętu pomocniczego ułatwiającego podnoszenie pacjenta do pozycji pionowej i jego przemieszczanie stwierdzono w 60% szpitali, brak sprzętu do przemieszczania pacjenta w pozycji leżącej (mat ślizgowych, rolek) - w co trzecim szpitalu. Szczególnie brakowało wózków-wanien do mycia pacjentów, co stwierdzono w 81 % szpitali (GIP, 2009).

Warszawa, 21 lipca 2011 r.

**Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny www.ptp.na1.pl
Al. Reymonta 8 lok. 12 tel. +48 22 663 63 45; fax: + 48 22 398 18 51;
email: zgptpiel@gmail.com;**

OPP

17/

KRS 0000065610