

### СЛ.3

#### Введение

### СЛ.4

Труд – это эффективная форма человеческой деятельности, оказывающая положительное влияние на его здоровье и обеспечивающая социальное благосостояние. В широком понимании труд представляет собой сознательную, целенаправленную и легитимную деятельность человека (людей) по производству (созданию) материальных или духовных благ (вещей, товаров, услуг, произведений науки, культуры, искусства и др.) способных удовлетворять определенные человеческие потребности и востребованных людьми.

Однако некоторые виды труда в сочетании с определенными условиями могут вызывать так называемые профессиональные заболевания. Чаще всего, развитию профессиональных заболеваний способствуют неудовлетворительная техническая оснащенность производства и недостаточное соблюдение санитарно-гигиенических норм.

Труд медицинских работников относится к числу социально важных, ответственных и сложных видов деятельности, которая связана с высоким уровнем нервно-эмоциональных и умственных нагрузок. Отдельные отрасли здравоохранения по риску возникновения профессиональных болезней могут сравниться с некоторыми ведущими отраслями промышленности.

Как правило, профессиональные заболевания врачей протекают более длительно и тяжело по сравнению с представителями других профессиональных групп.

В течение последних лет наиболее высокий уровень профессиональных болезней наблюдается среди медсестер, а среди врачей – у инфекционистов (фтизиатров), патологоанатомов и стоматологов.

Медицинский труд, как и любая профессиональная деятельность человека, представляет собой совокупность факторов трудового процесса и окружающей среды (производственной, медицинской, госпитальной, больничной, внутрибольничной).

### СЛ.5

#### Вопрос 1. Особенности медицинской профессии

В рамках модернизации здравоохранения активно меняется отраслевое законодательство, реализуется ряд новых проектов, в т. ч. национальный проект «Здоровье».

Реализация поставленных целей в сфере охраны здоровья граждан во многом зависит от медицинских кадров, поддерживающих (либо не принимающих) осуществляемые реформы и проекты.

Позиция медицинского корпуса в целом и его отдельных групп зависит от множества факторов, но ключевую роль играют интересы

профессионального сообщества. Одинаково важны материальные и нематериальные стимулы (достойная заработная плата, возможность повышения квалификации, самореализации, защищенность в случае заболевания или травмы, отношение к профессии в обществе и прочее).

В зависимости от предмета труда различают несколько типов профессий. Согласно этой классификации врач относится к типу профессии «человек – человек», предполагающей отзывчивость, наблюдательность, развитые коммуникативные способности, эмоциональную устойчивость.

## СЛ. 6

По характеру труда выделяют два класса профессий. Профессии исполнительского класса связаны с работой по заданному образцу, соблюдением имеющихся правил и нормативов, следованием инструкциям, характеризуются стереотипным подходом к решению проблем. Профессии творческого класса предполагают анализ, исследование, испытание, контроль, принятие нестандартных решений, требуют независимого и оригинального мышления, высокого уровня умственного развития. Врачей традиционно относят ко второму классу профессий, медсестер – к первому. Однако в связи с развитием стандартизации в здравоохранении, увеличением количества правовых норм (приказов, инструкций, правил и проч.) акценты в профессии смещаются. В большинстве типичных ситуаций врач должен строго следовать правилам, инструкциям, стандартам. И только в клинически сложных случаях вправе выходить за их рамки (по заключению консилиума, клинико-экспертной комиссии и проч.).

Таким образом, от современного медицинского корпуса требуется строгое следование «писаным» и «неписаным» правилам в сочетании с гибкостью и нестандартностью мышления и умением быстро находить и поддерживать контакт с пациентом. Поэтому особым элементом структуры общественных отношений в профессии врача является личность врача.

подавляющее большинство упоминаний о личности врача встречается в деонтологической медицинской литературе. Этот традиционно деонтологический подход является хронологически первым и не утратившим значения до настоящего времени. Его можно обозначить как нормативно-регулирующий, так как он содержит основные требования к личности врача, выработанные обществом. Основные деонтологические требования к врачебной деятельности и личности врача сформулированы еще в известных заповедях Гиппократов, которые врачи принимают как профессиональную Клятву. В основе этих требований лежит традиционное представление о ролевых отношениях «врач – больной», являющихся элементом структуры общественных отношений. В этих отношениях врачу предписывается оказывать помощь больному, который вправе ожидать этой помощи.

Для эффективного выполнения предписанной обществом роли врач должен обладать не только квалификацией и опытом, но и определенными

личностными особенностями, способствующими установлению контакта с больным и обеспечивающими авторитет у больного.

## СЛ.7

Следует отметить важное отличие профессии медицинского работника от других профессий типа «человек – человек». Работа врача и среднего медицинского персонала связана с высоким риском. Например, имея дело с инфекционными и психическими больными, медики работают в неблагоприятных условиях и должны предпринимать повышенные меры предосторожности. В зависимости от занимаемой должности и функциональных обязанностей врача риски условно могут быть разделены на высокие и средние.

Группу высокого риска составляют стоматологи, хирурги, акушеры-гинекологи, инфекционисты, фтизиатры и др. Врачебный труд – тяжёлый. По существующей шкале тяжести труда медицинские специальности расположены от второй до пятой категории (всего их шесть, причём шестая — наивысший уровень тяжести).

К пятой категории тяжести труда отнесены специальности хирурга, анестезиолога, реаниматолога, врача скорой помощи, эндоскописта, рентгенолога, патологоанатома, судебно-медицинского эксперта.

К четвёртой – участковые врачи, стоматологи, врачи терапевтического профиля, работающие в стационаре, дермато-венерологи, отоларингологи, акушеры-гинекологи, бактериологи, врачи функциональной диагностики.

К третьей – врачи поликлиник, врачи-лаборанты, эпидемиологи, гигиенисты, физиотерапевты.

Ко второй – статистики и валеологи.

Высокие требования, изначально предъявляемые к профессии врача, закреплены в специальном законодательстве. Общие обязанности закреплены в Трудовом кодексе РФ.

Однако правовой статус личности, работника, лица определенной профессии характеризуется не только совокупностью определенных требований, обязанностей и ограничений, но и конкретными правами, а также гарантиями.

Система здравоохранения сегодня - это более трех миллионов работающих, тысячи медицинских организаций (лечебно-профилактических, аптечных, санитарно-эпидемиологических учреждений) десятки научно-исследовательских институтов, центров, высших и средних учебных заведений, в которых эксплуатируется различное оборудование, коммуникации, электроустановки, котельные, лифты, водопроводно-канализационное хозяйство, технологическое оборудование пищеблоков и прачечных, автотранспорт, сосуды, работающие под давлением, разнообразная медицинская техника; применяются ядовитые вещества и агрессивные жидкости.

Во вредных и неблагоприятных условиях труда (инфекционные, психиатрические, онкологические учреждения и отделения; радиологическая, рентгеновская, физиотерапевтическая, патологоанатомическая лабораторная службы; операционные, стерилизационные, отделения гипербарической оксигенации и др.) заняты сотни тысяч работников здравоохранения.

В связи с этим, особую значимость приобретает проблема охраны и укрепления здоровья самого медицинского работника, формирование его отношения к собственному здоровью и мотивации на здоровый образ жизни. Тот факт, что профессия медика является самой гуманной среди всех прочих сфер человеческой деятельности, наверное, не станут отрицать даже педагоги, следующие в этой условной иерархии вслед за людьми в белых халатах. Но то, что врачевание людей ко всему прочему еще и одно из опаснейших занятий на Земле, достоверно известно только самим «эскулапам».

По данным «Федерального центра гигиены и эпидемиологии», заболеваемость медицинских работников в нашей стране находится на 5 месте среди других профессиональных групп. Люди в белых халатах страдают от недугов, заработанных на профессиональном поприще, даже чаще, чем работники химической промышленности.

По оценке экспертов в структуре профессиональных заболеваний первое место стабильно занимают инфекционные - порядка 80 % всех профессиональных недугов, а несомненные лидеры по заражению врачей – вирусные гепатиты, составляющие почти 40 % всех приобретенных на службе болезней. Результаты исследований показали, что профессиональные заболевания врачей протекают более длительно и тяжело по сравнению с представителями других профессиональных групп. В течение последних лет наиболее высокий уровень профессиональных болезней наблюдается среди медсестер, а среди врачей – у стоматологов, инфекционистов, патологоанатомов.

## **СЛ.9**

### **Вопрос 2. Характеристика угроз жизни и здоровью медицинских работников**

Во время своей профессиональной деятельности медицинские работники могут подвергаться воздействию вредных и опасных факторов физической, химической и биологической природы, а также широкого спектра психофизиологических факторов.

## **СЛ.10**

Для медицинской среды характерны следующие вредные и опасные физические факторы:

- механические (движущиеся предметы),

- термические (температура поверхностей, тепловое излучение),
- микроклиматические (температура воздуха, влажность, скорость движения воздуха),
- радиационные (ионизирующие излучения, неионизирующие электромагнитные поля и излучения, в том числе лазерное и ультрафиолетовое),
- акустические (шум, ультразвук, инфразвук),
- вибрация (локальная, общая),
- твердые аэрозоли (пыль) преимущественно фиброгенного действия,
- освещение естественное (отсутствие или недостаточность) и искусственное (недостаточная освещенность, пульсация освещенности, избыточная яркость, высокая неравномерность распределения яркости, прямая и отраженная слепящая блескость).

Наиболее вероятно поражение персонала электрическим током, рентгеновским, ультрафиолетовым, лазерным и ионизирующими излучениями, ультразвуком, высокой температурой.

## СЛ. 11

Особое место в упорядочении работы медицинских организаций занимает решение проблемы химической безопасности. Медицинская среда насыщена вредными и опасными химическими факторами. Дезинфицирующие средства, антибиотики, витамины, гормоны, ферменты, белковые препараты, средства для ингаляционного наркоза (фторотан, диэтиловый эфир, закись азота), химические реактивы и другие вещества нередко вызывают у медицинских работников развитие патологических состояний и даже профессиональных болезней.

К вредным и опасным биологическим факторам медицинской среды относят: - микроорганизмы-продуценты, живые клетки и споры, содержащиеся в бактериальных препаратах; - патогенные вирусы и микроорганизмы – возбудители инфекционных болезней; - переносчиков возбудителей инфекционных болезней. Биологические факторы, в первую очередь, вирусы и микроорганизмы, способствуют возникновению и, иногда, распространению так называемых внутрибольничных инфекций. Кроме инфекций, для медицинских работников имеется возможность подвергнуться нападению платяных и головных вшей, чесоточных клещей, блох и других паразитирующих членистоногих.

Психофизиологические факторы разделяют на физические и нервно-психические перегрузки. При выполнении функциональных обязанностей медицинские работники испытывают статические и динамические перегрузки, гиподинамию, умственное перенапряжение, перенапряжение анализаторов (при работе с микроскопами и видеоэндоскопами, ультразвуковых исследованиях и т.п.), монотонность труда, эмоциональные перегрузки при работе с пациентами, коллегами и руководителями.

Повышенные требования безопасности предъявлены к работам, связанным с эксплуатацией медицинской техники и оборудования в физиотерапевтических отделениях, отделениях лучевой диагностики и терапии, рентгеновских отделениях и кабинетах, операционных блоках и хирургических отделениях, отделениях гипербарической оксигенации, стоматологических отделениях и кабинетах и в других структурных подразделениях.

## **СЛ. 12**

Факторами риска возникновения профессиональной патологии являются: неудовлетворительное устройство рабочих помещений, несовершенство оборудования и инструментария, несовершенство технологических процессов, длительный контакт с медикаментами и вредными веществами, отсутствие или несовершенство средств индивидуальной защиты, повышенная чувствительность организма к химическим веществам.

В 1922 году по постановлению правительства при профсоюзе «Медсантруд» открыли научно-консультативное бюро по изучению профессиональных вредностей медицинского труда. С этого момента состояние здоровья врачей у нас в стране изучают на официальном уровне. За несколько лет до этого выдающийся русский учёный и медик Владимир Бехтерев написал статью «О положении врачей в России и об исследовании врачебного труда». Эти самые исследования Бехтерев вёл в лаборатории физиологии труда своего Института мозга. Статистика в это время была прямо-таки страшной: в 1919 году в нашей стране смертность врачей в девять раз превышала среднюю смертность населения в целом. Основными причинами тогда были гибель врачей во время военных действий, смерть от сыпного тифа и других инфекционных заболеваний.

Конечно, сейчас смертность и заболеваемость среди медицинских работников не так велика, как 100 лет назад. Однако имеющиеся цифры всё равно весьма печальны. Так, по некоторым данным, врачи (по понятным причинам, это самая опасная медицинская профессия) живут на 10–20 лет меньше своих пациентов.

## **СЛ. 13**

### **Вопрос 3. Специфические профессиональные заболевания врачей**

## **СЛ. 14**

Точной статистики специфических, профессиональных заболеваний врачей и их последствий в России не существует. К сожалению, эффективность проводимых осмотров медицинских работников очень низка. Лишь у 10% медработников профессиональные болезни врачей

диагностируются непосредственно во время медосмотра. Главная причина малой эффективности в том, что зачастую медики занимаются самолечением, а во время профосмотра отсутствует объективное обследование в связи с высоким доверием к самооценке пришедшему на комиссию коллеге.

Профессиональный журнал «Главная медицинская сестра» цитирует мнение академиков РАМН Николая Измерова и Валентина Покровского: «В начале XXI века положение с охраной здоровья медицинских работников существенно не изменилось, наметилась тенденция роста несчастных случаев и профессиональных заболеваний. Это при том, что уровень общей заболеваемости в отрасли всегда был достаточно высоким из-за прямого контакта с больными, а также обусловлен спецификой условий труда».

Специфика условий труда такова: загрязнение воздуха рабочих помещений аэрозолями лекарственных веществ, дезинфицирующих и наркотических средств, постоянная угроза заражения инфекционными заболеваниями, ионизирующее и неионизирующее излучения диагностической и лечебной аппаратуры.

К этому мы добавим сверхнормативную работу, постоянные стрессы, синдром выгорания, физические нагрузки.

У каждой врачебной специальности – свои профессиональные болезни. Но есть и общие, степень которых в зависимости от профессии изменяется незначительно. И на первом месте с сильным отрывом стоят инфекционные заболевания (от 75,0 до 83,8% в структуре профзаболеваний, в среднем 80,2%). Что и понятно: в прямой контакт с инфекционными больными регулярно вступает каждый врач, да и другие сотрудники медучреждений тоже.

В лидерах по выявляемости – вирусные инфекции, которыми можно заразиться где угодно. Далее следует туберкулёз. Крайне высока среди медработников лекарственная устойчивость микобактерий туберкулёза (31,3%).

## **СЛ. 15**

Второе место среди профессиональных заболеваний сотрудников здравоохранения удерживают аллергические заболевания (от 6,5 до 18,8%, в среднем 12,3%). Источников множество. Полноценными аллергенами могут быть лекарственные препараты, с которыми имеют дело как врачи, так и другие медработники. А кроме того, химические реагенты, используемые в лабораторной практике: вещества для наркоза, дезинфекции, моющие средства, биологические препараты (ферменты, вакцины, сыворотки, препараты крови).

Третье место среди профессиональных болезней врачей делят интоксикации и заболевания опорно-двигательного аппарата. Например, обследование воронежских стоматологов показало, что заболевания опорно-двигательного аппарата среди них встречаются в 75% случаев, причём

поражение остеохондрозом 2 и 3 отделов сочетается с искривлением позвоночника и заболеваниями суставов в 30% и мышц в 17%.

## СЛ. 16

Многие врачи работают сверхнормативно, чтобы хоть как-то увеличить свои доходы. А иногда – потому что некому работать. Впрочем, и сама по себе посменная работа (суточные дежурства), которая является обычным делом для врачей, несёт дополнительную психоэмоциональную и физическую нагрузку. Это вкупе с повышенной ответственностью за результат легко вызывает стрессы. А стрессы, в свою очередь, предпосылка возникновения ранних изменений в сердечно-сосудистой системе.

Особенно подвержены стрессам хирурги. Они к тому же нередко сталкиваются с тяжёлыми больными, с умирающими. А это ещё один источник стрессов. В результате наступает синдром выгорания – состояние физического, эмоционального и умственного истощения.

Перечень «своих» болезней и опасностей для отдельных медицинских специальностей ещё более широк и разнообразен.

Например, согласно некоторым исследованиям, у анестезиолога концентрация в зоне дыхания фторотана превышает допустимую норму в 13 раз.

Те, кто обслуживает рентгенологические кабинеты и радиологические лаборатории, а также члены рентгенохирургических бригад подвержены действию ионизирующего излучения. Это может привести к лучевой болезни, местным лучевым поражениям, новообразованиям, опухолям кожи, лейкозам.

Нельзя не отметить фактор перенапряжения отдельных систем и органов, проявляющийся в основном среди микрохирургов. Трудовые будни последних отличаются гиподинамией и необходимостью длительное время сохранять вынужденную рабочую позу, что, соответственно, вызывает напряжение скелетных мышц. Кроме всего прочего, работа микрохирургов проходит в состоянии нервного и зрительного напряжения. Очень часто возникают заболевания пояснично-крестцового и шейно-грудного отделов.

Накоплено большое количество научных сведений о вредном влиянии анестетиков. Известно, что женщины наиболее подвержены риску заболевания. Установлено, что у лиц, подвергающихся профессиональному воздействию анестетиков, встречается так называемая триада: самопроизвольные аборты, аномалии новорожденных и бесплодие. Кроме того, описаны случаи повышенной заболеваемости раком, особенно лимфоидной ткани, лейкемии, психических расстройств и снижения интеллекта

При клиническом обследовании персонала химиотерапевтических отделений выявлен высокий уровень заболеваний желудочно-кишечного тракта, случаи экземы, облысения.

При гематологическом обследовании сотрудников выявлено снижение содержания гемоглобина, уменьшение количества эритроцитов и лейкоцитов. Отмеченная закономерность гематологических сдвигов является результатом цитотоксического воздействия химиопрепаратов. Также выявлена зависимость гематологических сдвигов от стажа работы с химиопрепаратами.

В структуре заболеваемости медиков наибольший удельный вес составляют такие нозологические формы, как гинекологические заболевания, осложнения при беременности и в послеродовом периоде, гипертоническая болезнь, болезни костно-мышечной системы, пневмония, и целый ряд других. Кроме того, отягчающее влияние на здоровье работающих оказывает контакт с умирающими больными, когда медработник не видит положительных результатов своих усилий по спасению больного и нередко ощущает собственное бессилие. В результате развиваются церебральные нарушения в форме невроза, сомато-висцеральные нарушения в виде гипертонии, стенокардии, язвенных поражений желудочно-кишечного тракта либо сочетания тех и других.

#### **СЛ. 17**

Анализ данных психологического исследования показал, что профессиональная деятельность нередко оказывает неблагоприятное воздействие на формирование личности. Ведущей шкалой в профиле личности является тревога, депрессия и психастения. В связи с тем, что основным вредным фактором в этих профессиях является постоянное нервно-эмоциональное напряжение, возникает ряд проблем, связанных с приспособлением к этим условиям. Наблюдается рост случаев алкоголизма, наркомании, психических заболеваний, самоубийств. Все попытки самолечения врачей в подобных ситуациях оставались безрезультатными. Врачи умирают от ишемической болезни сердца в 2 раза чаще, чем люди других специальностей, занятые умственным трудом. Особенно велика смертность среди хирургов: считают, что после 50 лет более половины хирургов умирают от инфаркта миокарда или сосудистых поражений мозга. Вышеприведенные данные являются убедительным свидетельством того, что медицинские работники относятся к группе высокого риска.

#### **СЛ. 18**

### **Вопрос 4. Система охраны труда и безопасности в медицинских организациях**

#### **СЛ. 19**

Труд в медицинских организациях должен соответствовать основным положениям законодательства о труде в Российской Федерации. Основу

нормативно-правовой базы создания и функционирования системы управления охраной труда в медицинских организациях составляют: - Конституция Российской Федерации; - Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. № 69-ФЗ «О пожарной безопасности»; - Федеральный Закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; - Федеральный закон от 21 ноября 2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ; - Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ; - Государственные стандарты системы ССБТ; - ГОСТ Р 12.0.006-2002 «Система стандартов безопасности труда. Общие требования к управлению охраной труда в организации»; - Международный стандарт OHSAS 18001-99 «Система менеджмента профессионального здоровья и безопасности»; - Нормативные правовые акты Минздрава России, МЧС России, Федеральной службы по экологическому, технологическому и атомному надзору, других министерств и ведомств; - Локальные нормативные документы медицинской организации. Под «охраной труда» следует понимать систему сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, включающую в себя правовые, социально-экономические, организационно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, реабилитационные и иные мероприятия.

## **СЛ. 20**

### **4.1. Основные направления функционирования системы охраны труда медицинской организации**

Система охраны труда медицинской организации - сформированная руководителем совокупность должностных лиц и организационных связей, предназначенных для управления деятельностью по сохранению жизни и здоровья работников в процессе труда.

Важнейший элемент этой системы – медицинский работник. Он обязан:

- правильно применять средства индивидуальной и коллективной защиты;
- проходить обучение безопасным способам и приемам выполнения работ и оказания первой помощи пострадавшим на производстве, инструктаж и проверку знаний по охране труда, стажировку на рабочем месте;
- немедленно извещать своего непосредственного или вышестоящего руководителя о любой ситуации угрожающей жизни и здоровью людей, о каждом несчастном случае, происшедшем на производстве, или ухудшении состояния своего здоровья;

- проходить обязательные предварительные (при поступлении на работу), периодические (в течение трудовой деятельности) и внеочередные (по направлению работодателя) медицинские осмотры.

## СЛ. 21

Основными направлениями функционирования системы охраны труда медицинской организации, как правило, являются:

- управление охраной труда;
- обучение и профессиональная подготовка работников в области охраны труда;
- предупреждение несчастных случаев и нарушения здоровья работников;
- контроль соблюдения нормативных требований охраны труда.

Управление охраной труда предполагает:

- принятие, доведение до исполнителей и контроль выполнения локальных нормативных актов, целевых программ и других организационно-методических документов, направленных на улучшение условий труда;
- организацию и финансирование мероприятий по охране труда;
- представление статистической отчетности об условиях труда, производственном травматизме, профессиональной заболеваемости и их материальных последствиях.

Наибольшее значение для обеспечения охраны труда имеют приказы, должностные инструкции и инструкции по технике безопасности. Общее руководство системой охраны труда осуществляет руководитель (директор, главный врач) медицинской организации.

Непосредственное управление проведением мероприятий по сохранению жизни и здоровья работников возложено на уполномоченных должностных лиц. К ним относятся:

- начальник службы охраны труда, специалист по охране труда;
- председатель комиссии или комитета по охране труда;
- председатель временной комиссии по проведению разового мероприятия (например, расследование несчастного случая, аттестация рабочих мест и других);
- заместитель руководителя медицинской организации;
- начальник структурного подразделения.

Работники медицинских организаций, как правило, осваивают основы безопасности жизнедеятельности и охраны труда в период до- и последиplomной профессиональной подготовки.

В процессе трудовой деятельности они обязаны проходить периодическое обучение и проверку знаний требований охраны труда, для чего работодатель должен организовать обучение безопасным способам и приемам выполнения работ и инструктивные занятия (инструктажи).

Обучение безопасным способам и приемам выполнения работ и оказания первой помощи должно проводиться в форме теоретических, практических и методических занятий. Целесообразно превентивное проведение обучения лиц, поступающих на работу с вредными и (или) опасными факторами труда, с последующей стажировкой на рабочем месте и проверкой знаний, умений и навыков безопасности.

## Сл. 22

Инструктивные занятия, как правило, проводятся в форме вводных, первичных, повторных, внеплановых и целевых инструктажей. Проведение всех инструктажей должно сопровождаться проверкой готовности инструктируемого лица к работе и оформлением в регистрационном журнале в виде соответствующей записи и подписи проинструктированного работника. Лица, показавшие неудовлетворительные знания, умения и навыки, к самостоятельной работе не допускаются и обязаны пройти инструктаж повторно.

Вводный инструктаж необходимо проводить со всеми лицами, вновь принимаемыми на постоянную или временную работу, прикомандированными и обучающимися в медицинской организации, независимо от их образования, стажа работы по данной профессии и должности. В течение 20-30 минут до инструктируемого работника следует довести:

1. общие сведения о медицинской организации и особенностях ее деятельности;
2. основные положения законодательства об охране труда, правах и обязанности сторон трудовых отношений по поддержанию безопасных условий труда и соблюдению требований охраны труда, зафиксированных в локальных актах медицинской организации и трудовом договоре;
3. общие правила поведения работников на территории и в помещениях зданий и сооружений медицинской организации;
4. информацию об основных опасных и вредных производственных факторах, характерных для деятельности медицинской организации, основные требования безопасности жизнедеятельности и примеры происшествий вследствие нарушения требований охраны труда;
5. сведения о доступных способах и имеющихся средствах предупреждения несчастных случаев и профессиональных болезней, о порядке и нормах выдачи средств индивидуальной защиты;
6. порядок расследования и оформления несчастных случаев и возникновения профессиональных болезней;
7. порядок действий персонала медицинской организации при возникновении возгорания или пожара;
8. порядок оказания первой помощи пострадавшим и действий работников при возникновении несчастного случая на рабочем месте.

Вводный инструктаж, как правило, проводит инженер по охране труда. Однако для инструктажа медицинских работников его инженерных компетенций явно недостаточно. Поэтому целесообразно к этой работе привлекать заместителей руководителя организации или руководителей структурных подразделений, имеющих соответствующую подготовку по безопасности медицинского труда.

Первичный инструктаж нужно проводить непосредственно на рабочем месте до начала исполнения работником своей трудовой деятельности. Такой инструктаж следует проводить со всеми работниками и обучающимися, приступающими к исполнению обязанностей на новом месте, а также в случаях выполнения ими новой работы. Основным методом инструктажа – беседа, сопровождающаяся практической демонстрацией безопасных приемов и методов труда.

Повторный инструктаж обязаны проходить все работники медицинской организации не реже одного раза в полгода.

Внеплановый инструктаж следует проводить в случаях:

- изменения или введения в действие новых или переработанных стандартов, правил, инструкций по охране труда;
- изменения технологического процесса, замены или модернизации оборудования, внедрения новых методик диагностики и лечения;
- выявления нарушений работниками требований безопасности труда;
- перерыва в работе 60 и более дней (от 30 до 60 дней – для работ, к которым предъявлены повышенные требования безопасности);
- требования органов надзора за состоянием охраны труда.

Допускается проведение внепланового инструктажа группы работников одной профессии.

Целевой инструктаж обычно проводят при подготовке работников к выполнению работ по ликвидации последствий аварий или стихийных бедствий, при организации работ вне рабочее время или работ, не связанных с трудовыми обязанностями.

Предупреждение несчастных случаев и нарушения здоровья работников медицинской организации осуществляется путем строгого соблюдения требований безопасности всеми организаторами и участниками трудового процесса.

С целью обеспечения безопасности труда в медицинских организациях при их строительстве и оснащении соблюдаются строительные нормы и правила, проводятся надлежащие санитарно-топографические, архитектурно-планировочные и санитарно-технические мероприятия, расстановка и эксплуатация медицинского и технического оборудования осуществляется в соответствии с правилами охраны труда.

## **СЛ. 23**

Основные требования к безопасности жизнедеятельности медицинского и обслуживающего персонала:

### 1. Требования к поведению медицинского персонала.

1.1. Знать и строго выполнять правила техники безопасности при работе с технологическим оборудованием и лекарственными средствами.

1.2. При обслуживании пациентов проявлять постоянную бдительность в отношении радиационной, химической и биологической опасности. Помнить о возможности психических нарушений и уметь общаться с пациентами и сотрудниками.

### 2. Требования к медицинской одежде.

2.1. Медицинский персонал лечебных подразделений должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами (костюмами), шапочками или косынками, масками, сменной обувью (тапочками) в количестве, обеспечивающем ежедневную смену одежды. В наличии постоянно должен быть комплект санитарной (рабочей) одежды для экстренной замены в случае загрязнения.

2.2. В подразделениях хирургического и акушерского профиля смена рабочей одежды должна осуществляться ежедневно и по мере загрязнения. В подразделениях терапевтического профиля – два раза в неделю и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала операционных, реанимационных, перевязочных, процедурных и т.п. подразделений должна быть изготовлена из материала, доступного для дезинфекции.

2.3. Стирка рабочей одежды должна осуществляться централизованно и отдельно от белья пациентов.

2.4. Хранение надлежит осуществлять в индивидуальных шкафчиках. Верхняя одежда должна храниться в гардеробе для персонала.

2.5. «Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами лечебного или родовспомогательного учреждения не допускается» (СанПиН 2.1.3.1375-03).

## **СЛ. 24**

### 3. Требования к кожным покровам.

3.1. Медицинским работникам в целях личной безопасности необходимо содержать кожу и ее придатки в чистоте и целостности. Для этого надо регулярно мыться и ухаживать за ногтями, менять белье и одежду, пользоваться косметическими защитными и дезинфицирующими средствами, избегать контактов с потенциально загрязненными предметами, защищать (ограждать) кожу и волосы рабочей (санитарной, специальной) одеждой и индивидуальными средствами защиты кожи.

3.2. Врачи, медицинские сестры, акушерки обязаны мыть и дезинфицировать руки не только перед осмотром каждого пациента или перед выполнением процедур, но и после, а также после выполнения «грязных процедур» (в том числе: уборки помещений, смены белья больным, посещения туалета и т.д.).

3.3. При загрязнении рук кровью, сывороткой, выделениями необходимо тщательно протирать их тампоном, смоченным кожным

антисептиком, после чего мыть проточной водой с мылом и повторно обрабатывать кожным антисептиком.

3.4. При попадании биологической жидкости пациента на слизистые оболочки ротоглотки, нужно немедленно рот и горло прополоскать 70% раствором этилового спирта или 0,05% раствором марганцево-кислого калия. При попадании биологических жидкостей в глаза следует промыть их раствором марганцевокислого калия в воде в соотношении 1:10000.

3.5. При уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5% спиртовой настойкой йода.

3.6. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин, заклеивать повреждённые места лейкопластырем.

## СЛ. 25

Основные требования к условиям труда и быта медицинского персонала:

1. Воздействие на человека вредных и опасных факторов должно быть полностью исключено.

1.1. Устройство и оборудование производственных помещений и рабочих мест медицинского и обслуживающего персонала должно соответствовать санитарным правилам и обеспечивать нормативные (безопасные) параметры факторов госпитальной среды (температура, влажность, скорость движения воздуха, химический состав, биологическое загрязнение, шум, электромагнитные поля, ионизирующие излучения и т.п.).

1.2. Расстановка медицинского и технического оборудования, его эксплуатация должны проводиться в соответствии с правилами охраны труда и возможностью его обработки (например, не допускается применение наркотических и других аппаратов без оборудования по удалению и поглощению средств для ингаляционного наркоза и их паров в выдыхаемом воздухе, а также с нарушениями герметичности систем подачи газов. В процедурных, аэрозольно-ингаляционных кабинетах, перевязочных и стерилизационных отделениях для выполнения манипуляций, связанных с применением высокоактивных медикаментов, должны быть оборудованы вытяжные шкафы с раковиной и смывом в канализацию).

2. В медицинских организациях должны быть созданы условия для поддержания высокой работоспособности врача в течение рабочего времени, особенно при суточных дежурствах.

2.1. Правильное устройство рабочих мест и рациональное использование мебели и оборудования необходимы при вынужденном положении тела во время работы с повышенным напряжением органов зрения, локальными мышечными нагрузками.

2.2. Должны быть оборудованные помещения для внутрисменного отдыха персонала и проведения физкультурных пауз продолжительностью 15 мин через каждые 3 ч работы.

2.3. Для врачей, работа которых связана со значительными психо-эмоциональными и физическими нагрузками, должны быть организованы комнаты психологической разгрузки.

2.4. В каждом структурном подразделении должен иметься необходимый состав санитарно-бытовых помещений для медицинского и обслуживающего персонала: комната персонала, гардеробная, душевые комнаты и туалеты, оснащенные для женщин специальным оборудованием. Комната для персонала должна быть площадью не менее 12 кв. м, оборудована холодильником, электро-водонагревательным устройством, средством для разогрева пищи и раковиной. Гардеробная должна быть оборудована двустворчатыми запирающимися вентилируемыми шкафами по числу работающих, обеспечивающими раздельное хранение личной (домашней) и рабочей (санитарной) одежды, обуви и головных уборов. В комнате личной гигиены женщин должна быть процедурная кабина, оборудованная гигиеническим душем с гибким шлангом и смесителем горячей и холодной воды, а также крючками-вешалками для белья и одежды.

2.5. Для обеспечения персонала горячим питанием должны быть предусмотрены столовая или буфет из расчета 10-12 мест на 100 работающих. Контроль соблюдения нормативных требований охраны труда

В настоящее время в Российской Федерации все руководящие функции и полномочия в области охраны труда, в том числе государственный надзор и контроль за соблюдением законодательства об охране труда возложены на Министерство здравоохранения.

Помимо государственного контроля за охраной труда существует ведомственный и общественный контроль. Контрольные функции неразрывно связаны с управленческими функциями. Каждый работодатель или руководитель медицинской организации, структурного или функционального подразделения обязан постоянно наблюдать за выполнением работниками установленных правил охраны здоровья и безопасности, то есть осуществлять производственный контроль. Он дополняется систематическими плановыми и внезапными проверками рабочих мест специалистами по охране труда, административными и хозяйственными работниками, представителями надзорных и инспектирующих органов.

Большое значение для обеспечения безопасности труда имеют учет и обстоятельное расследование несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

При каждом таком случае в медицинской организации создается комиссия по расследованию, в обязанности которой входит выявление патогенной ситуации и установление непосредственных виновных. По материалам работы комиссии разрабатывают и внедряют профилактические меры по борьбе с травматизмом и профессиональными болезнями. В Российской Федерации установлена административная, дисциплинарная и уголовная ответственность работодателей и должностных лиц, виновных в нарушении законодательных или иных нормативных правовых актов по

охране труда, в невыполнении обязательств, установленных коллективными договорами или соглашениями по охране труда. Трудовым Кодексом Российской Федерации предусмотрено возмещение работодателем вреда, причиненного работнику увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, а также порядок расследования работодателем заявления о возмещении вреда и ответственность работников за нарушение требований нормативных правовых актов об охране труда.

## **Сл. 26**

### **4.2. Основы лечебно-профилактического обслуживания работников медицинских организаций**

В целях охраны здоровья, предупреждения возникновения и распространения заболеваний работники медицинских организаций обязаны проходить обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (для лиц в возрасте до 21 года - ежегодные) медицинские осмотры (обследования) для определения пригодности работников для выполнения поручаемой работы и предупреждения профессиональных заболеваний.

В процессе обязательного предварительного медицинского осмотра необходимо определить соответствие (пригодность) работника к конкретной работе, выявить наличие соматических и психических болезней, в первую очередь – инфекционных и профессиональных.

Предварительному медицинскому осмотру подвергаются все вновь поступающие на работу с неблагоприятными производственными факторами. Вопрос о пригодности к работе должен решаться в каждом случае индивидуально с учетом особенностей функционального состояния организма, имеющихся противопоказаний, возраста и профессиональной подготовки, стажа работы и будущих условий труда. При необходимости запрашивают сведения из медицинских организаций по месту жительства.

Данные предварительного медицинского осмотра записывают в бланк-вкладыш медицинской карты амбулаторного больного (форма 025/У-87) и выносят заключение о профессиональной пригодности.

## **Сл. 27**

Проведение периодических медицинских осмотров должно обеспечивать динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в условиях профессиональных вредностей или неблагоприятных условий труда, своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний и профилактику последующих стадий, выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы в медицинской организации и представляющих риск возникновения и распространения внутрибольничных инфекции.

Периодическим медицинским осмотрам подлежит медицинский и обслуживающий персонал специализированных отделений и кабинетов, стерилизационных и дезинфекционных отделений, пищеблока, буфетных и столовых, аптек, прачечных и других подразделений, работающий с вредными химическими веществами или подвергающийся воздействию неблагоприятных производственных факторов. Медицинские работники акушерских стационаров и отделений хирургического профиля обязаны проходить медицинские обследования по особому плану. После проведения периодического медицинского осмотра в отношении каждого лица должны намечаться лечебно-оздоровительные мероприятия: динамическое наблюдение и необходимое амбулаторно-поликлиническое лечение, стационарное или санаторно-курортное лечение, временный перевод по состоянию здоровья на другую работу с исключением противопоказанных факторов госпитальной среды. За всеми лицами, у которых выявлены отклонения в состоянии здоровья, где основную этиологическую роль играет профессиональный фактор госпитальной среды, должно быть установлено диспансерное наблюдение у соответствующих специалистов. В случаях выявления признаков профессиональных болезней медицинские работники должны направляться в центр профпатологии на специальное обследование и установление связи заболевания с профессиональной деятельностью.

В условиях эпидемического неблагополучия медицинские работники должны подвергаться иммунопрофилактике. В проведении иммунизации медицинских работников должны быть заинтересованы и администрация медицинской организации и сами работники. Чаще всего возникает необходимость в проведении прививок медицинским работникам против гриппа, вирусного гепатита В, дифтерии, кори и других инфекций.

В ходе организации и осуществления лечебно-диагностического процесса врачу жизненно необходимо постоянно помнить о радиационной, химической, биологической и психологической безопасности – своей, коллег и помощников, пациентов. Он должен знать и в совершенстве владеть всеми основными подходами, способами и средствами обеспечения безопасности, в том числе: предупреждение контакта организма с потенциально патогенными факторами внешней среды, коррекция медицинской среды, повышение устойчивости организма к воздействию внешних факторов, оказание первой и медицинской помощи. Предупреждение контакта организма с потенциально патогенными факторами внешней среды возможно при применении удаления, экранирования и сокращения продолжительности воздействия.

Помимо мер безопасности чисто медицинской деятельности врачи должны знать и постоянно применять правила электро-, взрыво- и пожаробезопасности, а также соблюдать требования безопасности при эксплуатации лифтового хозяйства, грузоподъемных механизмов, сосудов, работающих под давлением, газового хозяйства, автомобильного транспорта. Руководители медицинских организаций, отделений и подразделений должны разрабатывать и постоянно совершенствовать комплекс мер по

безопасности жизнедеятельности персонала в соответствии с действующими методическими рекомендациями органов управления здравоохранением.

## **Заключение**

Трудовая деятельность врачей сопряжена с большой интеллектуальной нагрузкой, так как работники сферы здравоохранения несут ответственность за жизнь и здоровье других людей, каждый день вынуждены сталкиваться с большим разнообразием человеческих характеров, к каждому из которых необходим индивидуальный подход.

Профессия врача требует быстрого принятия решений, высокого уровня дисциплины, огромной стрессо- и помехоустойчивости. Достаточно часто операции и лечебные мероприятия осуществляются в ночное время, что существенно отягощает работу медицинского персонала. Ежедневно во вредных и неблагоприятных условиях труда, будь то инфекционные, онкологические, психиатрические учреждения, работа в непосредственной близости от рентгеновского и прочего оборудования, выделяющего излучение, трудятся сотни тысяч работников здравоохранения.

Тем временем данная отрасль играет весомую роль в нематериальной и материальной сфере государства, ведь от того, насколько удовлетворены потребности врачей и сопутствующего медицинского персонала зависит качество их работы, а в конечном итоге - и здоровье всего населения, что не может не оказывать влияния на социально-экономическое развитие нашей страны в целом.

Именно поэтому охране труда работников здравоохранения необходимо уделять огромное внимание. Особое же значение принимает в этой сфере охрана труда женщин в соответствии с их физиологическими особенностями, тем более что они составляют практически 80% работников этой отрасли.

Безопасность, охрана труда медицинских работников создается и поддерживается систематическим проведением мероприятий по предотвращению влияния на человека неблагоприятных факторов медицинской среды и постоянным выполнением правил безопасности всеми должностными лицами и пациентами без исключения.

Данное положение включено в должностные инструкции и является первой обязанностью каждого работника. Никто не может быть принят на работу без предварительной проверки знаний техники безопасности и соответствующего инструктажа.

Каждый работник медицинской организации обязан избегать контактов с вредными факторами, а администрация обязана организационно и материально обеспечить выполнение работниками правил личной гигиены и безопасности, создать условия для оказания в аварийных ситуациях первой и первичной медико-санитарной помощи в экстренной форме.