



Всемирная
организация
здравоохранения



Международная
организация
труда

**Международная организация труда/
Всемирная организация здравоохранения:**



**совместные рекомендации для служб
здравоохранения по проблеме ВИЧ/СПИДа**



Всемирная
организация
здравоохранения



Международная
организация
труда

**Международная организация труда/
Всемирная организация здравоохранения:
совместные рекомендации для служб
здравоохранения по проблеме ВИЧ/СПИДа**

Международное бюро труда, Женева, 2005

© Международная организация труда, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.

Публикации Международного бюро труда и Всемирной организации здравоохранения охраняются авторским правом в соответствии с Протоколом 2 Всемирной конвенции об авторском праве. Тем не менее, краткие выдержки из них могут воспроизводиться без получения разрешения при условии указания источника. Для получения прав на воспроизведение или перевод публикаций МОТ следует обращаться по адресу: Publications Bureau (Rights and Permissions), International Labour Office, CH-1211 Geneva 22, Switzerland. Международное бюро труда приветствует такие запросы. Запросы о разрешении на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ, их последующей продаже или некоммерческого распространения следует направлять в Marketing and Dissemination по адресу: (факс: +41 22 791 4806; электронная почта: permissions@who.int).

Библиотеки, организации и другие пользователи в Объединенном Королевстве, зарегистрированные в Copyright Licensing Agency, 90 Tottenham Court Road, London W1T 4LP [fax: (+44) (0)20 7631 5500; email: cla@cla.co.uk] и в США с Copyright Clearance Center, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 [fax: (+1) (978) 750 4470; email: info@copyright.com] или в других странах с организациями, связанными с правами на издание, могут делать фотокопии в соответствии с лицензиями, выданными им для этой цели.

Впервые опубликовано в 2005 г.

ISBN 92-2-417553-8 (print)

ISBN 92-2-417554-6 (web pdf)

Используемые в публикациях МОТ и ВОЗ названия, которые соответствуют принятой в Организации Объединенных Наций практике, и само изложение материала настоящей публикации не являются выражением мнения Международного бюро труда о правовом статусе какой-либо страны, района или территории, как и их властей, или делимитации их границ.

Ответственность за выраженные в подписанных статьях, исследованиях и прочих произведениях мнения лежит исключительно на их авторах, и факт публикации не означает, что Международное бюро труда Всемирная организация здравоохранения поддерживают излагаемые в них мнения. Упоминание названий фирм, продукции отдельных изготовителей или процессов не означает, что Международное бюро труда и Всемирная организация здравоохранения отдают им предпочтение по сравнению с другими, как и отсутствие упоминания конкретной фирмы, продукции или процесса не свидетельствуют об их неодобрении.

Издания Международного бюро труда имеются в продаже в крупных книжных магазинах или местных бюро МОТ во многих странах; их можно также приобрести непосредственно в Международном бюро труда по адресу: Publications, International Labour Office, CH-1211 Geneva 22, Switzerland. КATALOGИ или списки последних публикаций можно получить бесплатно по тому же адресу или по электронной почте: pubvente@ilo.org. Посетите наш сайт: www.ilo.org/publns

Публикации Всемирной организации здравоохранения можно приобрести по адресу: Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int)

Издание Международного бюро труда, Женева, Швейцария

Фотодиапозитивы изготовлены в России
Отпечатано в России

Предисловие

Настоящее руководство — результат сотрудничества Международной организации труда (МОТ) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Учитывая их взаимодополняющие мандаты, долговременное и тесное взаимодействие в области охраны труда, а также опыт партнерства в качестве соучредителей Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС), МОТ и ВОЗ договорились объединить усилия в деле оказания помощи службам здравоохранения. Было принято решение создать в обеих организациях необходимый потенциал, способный обеспечить их служащим безопасные и достойные условия труда в целях предотвращения дальнейшего распространения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и других гемоконтактных инфекций (ГКИ), а также повышения качества помощи, оказываемой пациентам. Решение этой задачи имеет особую значимость для тех структур, где работники служб здравоохранения оказывают не только обычную, но и связанную с ВИЧ и другими ГКИ медико-санитарную помощь, в том числе по долгосрочному проведению антиретровирусной терапии (АРТ) и ее мониторингу. В первую очередь это относится к тем странам, где медицинские работники сами подвергаются риску заражения ВИЧ.

Административный совет МОТ на своей 290-й сессии, состоявшейся в июне 2004 г., решил, что для разработки совместных руководящих документов МОТ и ВОЗ по этой проблеме следует созвать совещание экспертов. На 291-й сессии Административного совета, состоявшейся в ноябре 2004 г., была определена дата такого совещания — 19–21 апреля 2005 года. В состав было предложено включить: пять экспертов, назначаемых после консультаций с правительствами пяти стран, отобранных ВОЗ по согласованию с МОТ; пять экспертов, выбранных после консультаций с Группой работодателей; и пять экспертов, кандидатуры которых должны были определить после консультаций с Группой представителей работников (обе эти группы входят в состав Административного совета МОТ). В итоге, в работе совещания приняли участие по пять экспертов соответственно от работодателей и представителей работников, а также четыре правительственных эксперта. Был также назначен независимый председатель, предложенный после консультации с правительством одной из стран. По согласованию с ВОЗ перед совещанием была поставлена задача выработать и принять совместный документ для служб здравоохранения по проблеме ВИЧ/СПИДа.

Участники совещания

Председатель

- Dr. Lester Wright, Deputy Commissioner/Chief Medical Officer, New York State Department of Correctional Services, Albany, New York (USA)

Эксперты от правительств

- Dr. Thérèse Nkoa Ng'Awono, Chef du service de la sécurité transfusionnelle, ministère de la Santé publique, Yaoundé (Cameroon)
- Dra. BÉlgica Bernales Contreras, Instituto de Salud Pública, Médico de Salud Ocupacional, Santiago de Chile, (Chile)
- Dr. Zulmiar Yanri, Director, Occupational Safety and Health Standards, Directorate General of Industrial Relations and Labour Standards, Ministry of Manpower and Transmigration, Jakarta Selatan (Indonesia)
- Dr. Oleg Yurin, Deputy Director, Federal Scientific Methodological AIDS Centre, Moscow (Russian Federation)

Эксперты от работодателей

- Dr. David Barnes, Consultant, Occupational Health, Anglo Gold Health Services, Western Levels (South Africa)
- Dr. Horace Fisher, Council Member, Jamaica Employers' Federation, Kingston (Jamaica)
- Mr. Samir A. Khalil, Executive Director, HIV Policy & External Affairs, Human Health – Europe, Middle East and Africa, Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, New Jersey (USA)
- Mr. Joel Orenge Momanyi, Principal Management Training Consultant and HIV/AIDS Programme Coordinator, Federation of Kenya Employers, Nairobi (Kenya)
- Dr. Vichai Vanadurongwan, President, Srivichai Hospital Group, Bangkok (Thailand)

Adviser: Dr. Prayong Temchavala, Adviser to Srivichai Hospital Group, Bangkok (Thailand)

Эксперты от представителей работников

- Ms. Darryl Alexander, Director, Occupational Health and Safety, American Federation of Teachers, Washington DC (USA)
- Ms. Gilberte Apovo Gbedolo, Confédération des organisations syndicales indépendantes (COSI-Bénin), Cotonou (Benin)

Adviser: Ms. Maaike Van der Velden, International Federation of Public Services (INFEDOP), Amsterdam (the Netherlands)

- Ms. Fazeela Fayers, Hospital Personnel Trade Union of South Africa, Queenswood ZA, Pretoria (South Africa)
- Dr. Suniti Solomon, Director, YRG Centre for AIDS, Research and Education, Chennai (India)
- Ms. Irmeli Vuoriluoto, Personnel Policy Officer, Trade Union of Health and Social Care Professionals, Tehy Helsinki (Finland)

Adviser: Ms. Hope Daley, UNISON Head of Health and Safety, London (UK)

Представители ООН, специализированных агентств и других международных организаций

- United Nations Office on Drugs and Crime, Dr. Christian Kroll, Chief HIV/AIDS Unit, Vienna (Austria)

Представители международных неправительственных организаций

- International Confederation of Free Trade Unions (ICFTU): Ms. Anna Biondi, Director, Ms. Raquel Gonzalez, Assistant Director, Geneva (Switzerland), Ms. Clementine Dehwe, Coordinator, Global Unions Programme on HIV/AIDS, Brussels (Belgium)
 - International Co-operative Alliance (ICA): Ms. Maria Elena Chavez Hertig, Deputy Director-General, Geneva
 - International Council of Nurses (ICN): Dr. Tesfamicael Ghebrehiwet, Consultant, Nursing and Health Policy, Geneva
 - International Organization of Employers (IOE): Mr. Jean Dejardin, Adviser, Mr. Frederick Muia, Regional Adviser for Africa, Ms. Barbara Perkins, Adviser, Geneva
 - International Pharmaceutical Federation (FIP): Mr. Luc Besanzon, Ordre national des pharmaciens, Paris (France)
 - Public Services International: Mr. Alan Leather, Deputy General Secretary, Ferney-Voltaire (France)
 - World Confederation of Labour: Mr. Hervé Sea, Représentant permanent, Geneva
- INFEDOP: Mr. Bert Van Caelenberg, Secretary-General, Brussels
- World Economic Forum – Global Health Initiative (WEF-GHI): Mr. Jason Liu, Geneva

Представители Секретариата Международной организации труда

- Dr. Benjamin Alli, Director a.i. ILO Global Programme on HIV/AIDS and the World of Work
- Mr. Norman Jennings, Director a.i. Sectoral Activities Department
- Ms. Susan Leather, Head, Advocacy Relations and Publication Unit, ILO Global Programme on HIV/AIDS and the World of Work
- Ms. Susan Maybud, Health Services Specialist, Sectoral Activities Department
- Ms. Anamaria Vere, Information Development Specialist, Sectoral Activities Department

Представители Секретариата Всемирной организации здравоохранения

- Ms. Sandra Black, Technical Officer, HIV/AIDS
- Dr. Charles Gilks, Director, Coordinator Treatment and Prevention Scale Up Team, HIV/AIDS
- Reverend Canon Ted Karpf, Partnerships Officer
- Ms. Susan Wilburn, Occupational and Environmental Health
- Dr. Jean Yan, Chief Scientist Nursing and Midwifery, Human Resources for Health

Консультанты

- Dr. Kristine Gebbie, Director, Center for Health Policy and Doctoral Studies, Columbia University, School of Nursing, New York, USA
- Mr. Isaac Obadia, Former ILO Official, SAFEWORK

Содержание

	Стр.
Предисловие	III
Участники совещания	IV
Содержание	VII
Сокращения	IX
Глоссарий	XI
Введение	1
Цель	3
Сфера действия и назначение	3
Принципы	4
Политика и законодательство	6
Роль правительства	6
<i>Основные направления развития национального здравоохранения и борьба с ВИЧ/СПИДом</i>	8
Роль организаций работодателей и работников	9
Сектор здравоохранения как место работы	10
Признание ВИЧ/СПИДа проблемой, связанной с рабочим местом	11
Стигматизация и дискриминация в секторе здравоохранения	11
Гендерные проблемы мужчин и женщин	12
Социальный диалог	14
Охрана труда и здоровья (ОТЗ)	15
Системы управления охраной труда и здоровья (СУОТЗ)	16
Профилактика и защита от возбудителей инфекционных заболеваний	17
<i>Управление рисками</i>	18
Безопасный трудовой процесс	22
<i>Безопасное обращение с острыми предметами и инъекционным оборудованием одноразового пользования</i>	23
<i>Чистка, дезинфекция и стерилизация инструментов и оборудования</i>	24
<i>Удаление крови</i>	24
<i>Обращение с телами умерших</i>	25
<i>Прачечные услуги</i>	25
<i>Удаление отходов</i>	26
Мониторинг и оценка	27

Преодоление последствий воздействия	28
Система ответных мер	28
Экстренная помощь	29
Последующие действия	30
Регистрация и анализ	30
Уход, лечение и поддержка	30
Добровольное тестирование и консультирование	30
Добровольное сообщение о ВИЧ-статусе и конфиденциальность	32
Лечение	32
Гарантия занятости и продвижение по службе	33
<i>Время и условия труда</i>	33
<i>Разумное изменение условий труда</i>	33
<i>Программы помощи работникам</i>	34
<i>Социальная защита</i>	35
Знания, обучение и подготовка	35
Научные исследования и разработки	38
Приложение 1 - Основы деятельности	39
Досье практической информации	43
1. ВИЧ и вирусы гепатита: характеристики рисков	44
2. Управление охраной труда и здоровья	47
3. Модель структуры управления охраной труда в медицинском учреждении	48
4. Иерархия методов мониторинга рисков, связанных с ГКИ	51
5. Предупреждение внутрибольничного ВИЧ-инфицирования с помощью стандартных мер предосторожности	52
6. Безопасность инъекций	56
7. Меры по снижению рисков, связанных с хирургическим вмешательством	60
8. Методы стерилизации и интенсивной дезинфекции	63
9. Безопасное удаление медико-санитарных отходов	69
10. Основные принципы защиты от ГКИ, проведение ПКП	76
11. Обучение и подготовка на рабочем месте	79
12. Некоторые международные источники информации об основных направлениях, средствах и методах борьбы с ВИЧ/СПИДом, представленные в Интернете	81

Сокращения

АРТ	Антиретровирусная терапия
ГКИ	Гемоконтактные инфекции
ВГВ	Вирус гепатита В
ВГС	Вирус гепатита С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГССЗ	Глобальная стратегия сектора здравоохранения (ВОЗ)
ИГГВ	Иммуноглобулин против гепатита В
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
МОТ	Международная организация труда
НПО	Неправительственная организация
ООН	Организация Объединенных Наций
ОТЗ	Охрана труда и здоровья
ПКП	Постконтактная профилактика
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СОТ	Службы охраны труда
СУОТЗ	Системы управления охраной труда и здоровья
УМСО	Удаление медико-санитарных отходов
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
СИЗ	Средства индивидуальной защиты

Глоссарий

Приведенные ниже определения используются в действующих руководящих документах и технических стандартах МОТ и ВОЗ, а также в терминологической базе данных ЮНЭЙДС.

- **СПИД:** синдром приобретенного иммунодефицита – совокупность медицинских симптомов, часто определяемых как оппортунистические инфекции и онкологические заболевания, которые в настоящее время неизлечимы.
- **Антиретровирусная терапия (АРТ):** лечение рядом лекарственных препаратов с целью восстановления функции иммунной системы, снижения числа осложнений и продления жизни ЛЖВ. Антиретровирусная терапия должна стать неотъемлемой частью комплексной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.
- **Ткани, кровь и другие биологические жидкости организма,** которые могут содержать ГКИ и, при обращении с которыми следует соблюдать унифицированные меры предосторожности. Они включают спинномозговую, плевральную, перикардальную, синовиальную и околоплодную жидкости; сперму, вагинальные выделения и грудное молоко; другие биологические жидкости, содержащие видимые следы крови, в том числе слюну, которая образуется у пациента при оказании ему стоматологической помощи, а также удаленные ткани и органы.
- **Дискриминация:** в документе термин применяется в соответствии с определением, которое дано в Конвенции МОТ 1958 года о дискриминации в области труда и занятий (№. 111) с включением в него положения о ВИЧ-инфекции. Данное понятие также определяет дискриминацию в связи с приписываемым статусом ВИЧ-инфицированного, в том числе и по основанию сексуальной ориентации.
- **Работодатель:** лицо или организация, нанимающие работников в соответствии с устным или письменным трудовым договором (контрактом), в котором устанавливаются права и обязанности сторон согласно национальному законодательству и существующей практике. Работодателями могут быть правительства, государственные органы, частные предприятия и отдельные лица.
- **Контакт:** ситуация, которая может привести к риску инфицирования ВГВ, ВГС или ВИЧ. Определяется как чрескожная травма (например, укол иглой или порез острым предметом) или контакт слизистой оболочки или поврежденной кожи с тканями, кровью или другими биологическими жидкостями организма, которые являются потенциально опасными с точки зрения инфицирования.

- **Опасность:** внутренне присущая материалу или ситуации способность причинить травму или нанести вред здоровью человека, а также привести к потере имущества.
- **Службы здравоохранения:** все инфраструктуры и учреждения, участвующие в оказании общей и специализированной медико-санитарной помощи и/или вспомогательных услуг. К ним относятся государственные и частные амбулаторные и госпитальные учреждения, учреждения по оказанию патронажных услуг, службы сбора донорской крови, службы медико-санитарной помощи на дому, кабинеты терапевтов и остеопатов, стоматологические кабинеты, кабинеты практикующих специалистов других направлений здравоохранения, медицинские и стоматологические лаборатории, клиники, службы охраны труда, коммунальные службы медико-санитарной помощи, амбулатории, похоронные бюро, родильные дома.
- **Отходы медико-санитарных служб:** любые отработанные материалы, остающиеся в медицинских учреждениях, которые могут содержать клинические отходы. Клиническими считаются отходы, возникающие в ходе медицинской, сестринской, зубоврачебной, ветеринарной, фармацевтической или другой аналогичной практики; а также медицинских исследований, лечения, помощи, обучения или научных разработок, которые в силу своей токсичности или опасного содержимого могут создавать опасность или наносить вред, если их предварительно не сделать безопасными. Такие отходы включают ткани человека или животных, лекарства и медицинскую продукцию, тампоны и перевязочные средства, инструменты и аналогичные предметы и материалы.
- **Работники служб здравоохранения:** лица (врач, медсестра, фармацевт/провизор, техник, стоматолог, студент, медицинский сотрудник, работающий по контракту, врач-консультант, работник служб общественной безопасности, персонал служб по чрезвычайным ситуациям, работник похоронной службы, работники, занимающиеся удалением медико-санитарных отходов, специалисты или добровольцы, оказывающие первую помощь), деятельность которых предусматривает контакты с пациентами или с кровью и другими жидкими субстанциями организма.
- **Иерархия средств борьбы:** метод выделения приоритетов в стратегии и мерах по противодействию угрозам для здоровья работников, которые перечислены в соответствии с уровнем их эффективности: устранение, замена, инструментальный контроль, административный контроль, контроль трудового процесса и средства индивидуальной защиты.
- **ВИЧ:** вирус иммунодефицита человека, который ослабляет иммунную систему организма, что с течением времени и/или отсутствием/неадекватностью лечения может вести к формированию СПИДа.
- **Службы охраны труда (СОТ):** данный термин используется в документе в соответствии с определением, данным в

Конвенции МОТ о службах гигиены труда, 1985 г. (№ 161). В частности, к ним относятся службы на предприятиях или оказывающие услуги предприятиям, выполняющие преимущественно профилактическую функцию и отвечающие за консультирование работодателей, работников и их представителей по вопросам создания и поддержания безопасной для здоровья производственной среды, а также использования технологий, обеспечивающих оптимальное физическое и психическое здоровье на работе. Кроме того, СОТ дают консультации по вопросам адаптации трудового процесса к возможностям работников с учетом их физического и психического здоровья.

- **Средства индивидуальной защиты (СИЗ):** средства, предназначенные для защиты работников от серьезных травм или болезней в результате возникновения на рабочем месте рисков химического, радиоактивного, физического, электрического, механического или другого характера. Кроме масок, защитных щитков, шлемов и специальной обуви, СИЗ включают очки, комбинезоны, перчатки, куртки, ушные затычки и респираторы.
- **Постконтактная профилактика (ПКП):** немедленное проведение специальной медикаментозной терапии после контакта с потенциально инфицированной кровью или другой биологической жидкостью человеческого организма с целью свести к минимуму риск ВИЧ-инфицирования. Профилактическая терапия или «первичная профилактика» применяется к отдельным лицам, подвергающимся риску, для предупреждения первоначального инфицирования; «вторичная профилактика» — для предупреждения повторного возникновения инфекции.
- **Разумное изменение условий труда:** любое разумно осуществимое изменение, позволяющее человеку, живущему с ВИЧ/СПИДом (другими хроническими заболеваниями или инвалидностью) получить работу, осуществлять трудовую деятельность или продвигаться по службе.
- **Риск:** комбинация вероятностей возникновения опасного события, серьезной травмы или ущерба для здоровья людей или имущества в связи с этим событием.
- **Скрининг:** процедура установления заболевания — прямая (тестирование на ВИЧ) или косвенная (оценка рискованных видов поведения, а также с помощью опроса о проведенных ранее анализах и лечении).
- **Сероконверсия:** процесс формирования в организме антител к отдельным антигенам. В результате появления антител к вирусу иммунодефицита человека сероконверсия из серонегативной (до появления антител) становится серопозитивной. Процесс развития антител в случае инфицирования ВИЧ занимает от одной недели до нескольких месяцев и более. Как только антитела появляются в крови, тест человека на ВИЧ-инфекцию считается серопозитивным.

- **Половые и гендерные различия:** существуют как биологические, так и социальные различия между мужчинами и женщинами. Термин «пол» относится к биологически детерминированным различиям, а термин «гендер» — к различиям в социальных ролях и отношениях. Гендерные роли усваиваются в результате социализации и имеют большие различия как в рамках единой, так и многонациональной культур. Гендерные роли определяются возрастом, принадлежностью к тому или иному классу, расе, этнической группе и религии, а также географическими, экономическими и политическими факторами.
- **Социальный диалог:** может осуществляться на трехсторонней основе, когда правительство выступает его официальной стороной. Он также бывает двухсторонним, когда диалог ведут работодатели и работники или их представители при косвенном участии правительства или без него.
- **Стандартные меры предосторожности:** меры, принимаемые для предупреждения передачи инфекции и обеспечиваемые медико-санитарным обслуживанием, включая методы обращения с отходами, а также **унифицированные меры предосторожности**, призванные свести к минимуму риск заражения гемоконтактными инфекциями, применяемые ко всем пациентам, независимо от диагноза.
- **ИППП:** инфекции, передаваемые половым путем, в том числе сифилис, гонорея и другие.
- **Прекращение трудовых отношений:** понятие используется в соответствии с определением, применяемым в Конвенции МОТ о прекращении трудовых отношений 1982 г. (№. 158) и рассматривается как увольнение по инициативе работодателя.
- **Представители работников:** в соответствии с Конвенцией МОТ о представителях трудящихся 1971 г. (№ 135) — это лица, которые признаны таковыми в соответствии с национальным законодательством или существующей практикой, а именно: (а) представители профсоюзов, то есть представители, назначенные или избранные профсоюзами или членами профсоюзов, или (б) выборные представители, то есть представители, избранные в результате свободного волеизъявления работниками предприятия в соответствии с положениями национального законодательства, действующими нормативами или коллективными договорами, в обязанности которых не входит деятельность, признаваемая в данной стране исключительной прерогативой профсоюзов.
- **Программы оздоровления:** в данном документе они рассматриваются как предоставление всесторонней помощи для обеспечения адекватного уровня условий труда ВИЧ-инфицированных работников.
- **Рабочее место:** любое место, на котором необходимо находиться работнику для выполнения трудовых обязанностей или на которое он для этих целей направляется. Обеспечивается непосредственным или косвенным контролем работодателя.

Введение

1

Эпидемия ВИЧ/СПИДа — это глобальный кризис и серьезный вызов развитию и социальному прогрессу. Сильнее других эпидемия затронула беднейшие страны мира. Сложившаяся к настоящему времени ситуация резко ограничивает жизненные возможности подавляющего большинства людей работоспособного возраста, пораженных ВИЧ/СПИДом, причем половина из них — женщины, темпы инфицирования которых сейчас превышают темпы инфицирования мужчин. Последствия эпидемии сказываются как на деятельности отдельных предприятий и работающих там людях, так и на состоянии экономики в масштабах государства. В этом контексте долг всех правительств — последовательно претворять в жизнь положения Декларации ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом¹, включая обязательство укреплять системы медико-санитарной помощи и расширять лечебные услуги, а также бороться с ВИЧ/СПИДом в сфере труда, повышая роль профилактики и помощи на рабочих местах в государственном, частном и неформальном секторах.

2

В настоящее время еще не созданы ни вакцина для предупреждения ВИЧ-инфекции, ни лекарство, способное вылечить СПИД. Применяемые профилактические меры базируются на требующих значительного времени и терпения кампаниях по информированию населения и изменению индивидуального поведения в соответствии с условиями труда и жизни. Все более эффективной и доступной становится антиретровирусная терапия (АРТ), которая помогает людям, имеющим возможность получать лекарства, на длительное время сохранить здоровье, продлить жизнь и не остаться при этом без средств к существованию. Усилия и инициативы, совместно предпринимаемые государствами, работодателями и международными организациями, направлены на то, чтобы предоставить больным в самых пораженных ВИЧ/СПИДом странах более легкий доступ к АРТ, шире развернуть кампании по профилактике заболевания во всем мире. Вместе с тем, для лечения огромного числа людей требуется хорошо организованная работа органов здравоохранения, которые должны обладать необходимыми возможностями для лечения и контроля, а также для обеспечения непрерывности процесса профилактики, для оказания помощи больным и ухода за ними на долгосрочной основе.

¹ Декларация ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, Резолюция ГА ООН А/RES/S 62/2, июнь 2001 г.

3

В связи с косвенным влиянием эпидемии на все отрасли экономики и все области социальной жизни ВИЧ/СПИД представляет значительную угрозу для экономического роста и в целом для перспектив дальнейшего развития государств. Ее влияние особенно пагубно сказывается на развитии, когда общество теряет работников, обладающих редкими специальностями и высокой профессиональной и управленческой подготовкой. Последствия этих процессов становятся критическими, если они затрагивают структуры и службы, находящиеся на переднем крае борьбы с ВИЧ/СПИДом, в первую очередь, органы национальной системы здравоохранения.

4

Системы здравоохранения во всем мире испытывают огромную нагрузку. Хотя «Право на здоровье» и объявлено основным правом человека², а работников здравоохранения насчитывается более 100 миллионов человек³, лозунг «здоровье для всех» еще далеко не стал реальностью. Сдерживающие факторы на пути к достижению этой цели присутствуют на всех уровнях управления, включая структурную перестройку, которая сокращает государственные расходы и занятость населения. Ошибки в политике сектора здравоохранения и стратегическом руководстве, недостаточное развитие инфраструктуры, нехватка оборудования и людских ресурсов также негативно сказываются на качестве медико-санитарной помощи⁴. Проблема людских ресурсов, отмечаемая ВОЗ, включает недостаточную численность и низкий профессиональный уровень персонала из-за пробелов в образовании и отсутствии трудовых навыков, а также утрату медико-санитарными работниками высоких моральных качеств.

5

Основной путь распространения ВИЧ-инфекции связан с небезопасным личным поведением. Кроме того, риску инфицирования подвергаются работники, оказывающие помощь пациентам с ВИЧ/СПИДом, особенно там, где не соблюдаются унифицированные меры предосторожности и не обеспечена охрана здоровья. Повышение профессиональной нагрузки, страх инфицирования и отсутствие адекватных мер предосторожности и охраны здоровья или специально ориентированной на ВИЧ/СПИД подготовки приводят к тому, что работники здравоохранения испытывают огромный психологический и физический стресс. Все это зачастую происходит на фоне недостаточной укомплектованности кадрами, продолжительного рабочего дня и нередких случаев насилия. В такой ситуации многие уходят с работы и вообще из здравоохранения.

² «Право на здоровье» — это сокращенная форма выражения «право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья».

³ «*Human resources for health: Overcoming the crisis*», Joint Learning Initiative (Harvard, 2004).

⁴ ВОЗ: *Увеличение масштабов помощи при ВИЧ/СПИДе: перспективы в области оказания услуг и людских ресурсов*, (Женева, 2004 г.), http://www.who.int/entity/hrh/documents/en/HRT_ART_paper.pdf.

Из-за опасений возможной стигматизации профессии медицинского работника в развивающихся странах наблюдается сокращение притока молодых специалистов, особенно работников «переднего края» — медицинских сестер, что ослабляет возможности системы здравоохранения противодействовать ВИЧ/СПИДу.

6

Многочисленный, хорошо подготовленный, обеспеченный адекватными ресурсами, социально и профессионально защищенный корпус работников здравоохранения — важнейший фактор, способный снизить уровень распространения ВИЧ-инфекции и обеспечить необходимый уход, лечение и поддержку тем, кто в них нуждается. Множество возникающих при этом проблем требует проведения последовательной и комплексной политики, которая позволит создать необходимую инфраструктуру, а также привлечь людской и технический потенциал.

Цель

7

Цель настоящего документа — содействовать формированию в службах здравоохранения адекватного подхода к работе по противодействию ВИЧ/СПИДу, включая защиту медицинских работников от воздействия ВИЧ-инфекции на рабочем месте, а также создание для них безопасных для здоровья и достойных условий труда. Следует помнить, что при этом не должна снижаться эффективность оказываемой помощи, призванной обеспечить строгое соблюдение прав и удовлетворение потребностей пациентов, особенно живущих с ВИЧ/СПИДом. Основной принцип, сформулированный в документе, заключается в том, что процесс разработки и осуществления политики должен быть результатом консультаций и сотрудничества всех заинтересованных сторон с использованием социального диалога, в том числе и с привлечением, по возможности, ЛЖВ, права которых закреплены в Декларации ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, признаны международным сообществом в целом и получили более широкое толкование в документах МОТ и ВОЗ по вопросам ВИЧ/СПИДа, охраны труда и здоровья.

Сфера действия и назначение

8

Настоящие рекомендации могут быть использованы правительствами, государственными и частными работодателями, организациями трудящихся и их представителями, научными и учебными учреждениями и всеми другими органами и объединениями, которые отвечают за деятельность по оказанию медико-санитар-

ной помощи и осуществляют такую помощь. Документ призван содействовать разработке практической политики и использоваться в качестве технических рекомендаций, которые могут быть адаптированы к потребностям и возможностям крупных, средних и малых структур медико-санитарной помощи.

9

В рекомендациях рассматриваются вопросы законодательства, разработки политики, трудовых отношений, охраны труда и здоровья, а также ряд технических вопросов. Обсуждается основа для действий, определяются функции и обязанности, определяются основные направления политики и мероприятия, необходимые для осуществления службами здравоохранения адекватного противодействия ВИЧ/СПИДу, причем в каждом разделе даны основные ссылки на действующие международные нормативные документы. Кроме того, практическая информация о наиболее приемлемых технических аспектах охраны труда и здоровья (ОТЗ) представлена в форме кратких досье.

Принципы

10

Основные руководящие положения, которые применимы ко всем аспектам труда и любым рабочим местам, в том числе и в секторе здравоохранения, отражены в принятом МОТ Своде практических правил по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда»:

(а) признание ВИЧ/СПИДа проблемой, связанной с каждым рабочим местом может играть существенную роль в ограничении распространения и снижении негативных последствий эпидемии;

(б) недопустимость дискриминации: любая дискриминация или стигматизация в отношении работников с действительным или приписываемым наличием ВИЧ-инфекции являются недопустимыми;

(в) гендерное равенство: более равноправные гендерные отношения и повышение социальной роли женщин в обществе имеют первостепенное значение для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции;

(г) безопасная для здоровья производственная среда предполагает сохранение оптимального физического и психического здоровья на работе и адаптацию условий труда к возможностям работников;

(д) социальный диалог: успешная реализация политики и программ борьбы с ВИЧ/СПИДом требуют совместных действий и

взаимного доверия между работодателями, работниками или их представителями и в необходимых случаях правительствами;

(е) недопустимость скрининга при приеме на работу: лица, подавшие заявление о приеме на работу или уже работающие, не должны в обязательном порядке подвергаться скринингу — обследованию на ВИЧ/СПИД; такое тестирование может быть только добровольным и конфиденциальным;

(ж) конфиденциальность: доступ к данным о наличии или отсутствии у работника ВИЧ-инфекции, должен осуществляться в соответствии с нормами конфиденциальности, определяемыми Сводом практических правил МОТ о защите личной информации о работниках от 1997 года⁵;

(з) продолжение трудовых отношений: ВИЧ-инфекция не может служить основанием для прекращения трудовых отношений; ЛЖВ должны иметь возможность продолжать выполнять доступную и подходящую работу, если она не противопоказана им по медицинским соображениям, как и в случае любых других заболеваний;

(и) профилактика: действенность профилактических мер можно повысить, применяя для этих целей информирование и просвещение на рабочем месте; социальные партнеры имеют все возможности для проведения профилактических мероприятий, направленных на изменение отношения к проблеме и поведения каждого работника;

(к) уход и поддержка: всем работникам, включая ЛЖВ, должно быть предоставлено доступное медицинское обслуживание, а также пособия и льготы, установленные законом и предусмотренные программами помощи.

11

Чтобы обратить внимание на специфические проблемы, возникающие в секторе здравоохранения в связи с ВИЧ/СПИДом, для некоторых рабочих мест требуется осуществить более глубокую проработку предлагаемых положений/правил. Например, может оказаться необходимым инициативно предлагать пройти проверку на ВИЧ-инфекцию до приема на работу или во время нее тем работникам здравоохранения, чья трудовая деятельность проходит в условиях повышенного риска для них самих (например, в отделениях, где содержатся пациенты, страдающие резистентными к комплексной лекарственной терапии формами туберкулеза).

Свод практических правил по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда», МОТ, 2001.⁶

⁵ См. Приложение 1.

⁶ ILO: *HIV/AIDS and the world of work*, An ILO code of practice (Geneva, 2001), <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e000008.pdf>.

Политика и законодательство

12

Национальное законодательство создает основы для организации работы по борьбе с ВИЧ/СПИДом и проведения соответствующих мероприятий в службах здравоохранения. При этом они охватывают как сектор здравоохранения и политику в отношении СПИДа, так и трудовое законодательство, стандарты и инструкции по охране труда и здоровья (ОТЗ), антидискриминационное законодательство, а также нормы и правила, применяемые в секторе здравоохранения.

13

Одним из наиболее важных шагов в борьбе с ВИЧ/СПИДом представляется привлечение к этой работе самих ЛЖВ, поскольку именно их в первую очередь затрагивают законы и политическое регулирование проблемы. Поэтому работники служб здравоохранения, живущие с ВИЧ, должны играть центральную роль во внедрении и реализации программ профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом как на национальном уровне, так и на рабочих местах.

Роль правительства

Правительство призвано обеспечить скоординированную деятельность всех структур для достижения службами здравоохранения максимально возможного уровня работы, особенно в плане создания благоприятных условий труда и качества оказываемой пациентам помощи. В этих целях необходимо выделять медицинским службам адекватные ресурсы, в том числе и финансовые. Планирование и реализация политики, а также совершенствование национального законодательства требуют широких консультаций с работодателями и работниками здравоохранения, их представителями и объединениями, а также с ЛЖВ и всеми другими заинтересованными сторонами.

15

По отношению к здравоохранению правительство одновременно выступает и регулирующим органом, и работодателем. Поэтому оно должно обеспечивать раздельное выполнение функций, чтобы свести к минимуму конфликты интересов и надлежащим образом защищать интересы работников. В сотрудничестве с работодателями, работниками или их представителями и другими структурами, отвечающими за здравоохранение, правительству следует подготовить соответствующую нормативную базу и, в случае необходимости, пересмотреть трудовое и иное законодательство с целью включения положений, которые:

- (а)** учитывают особенности деятельности служб здравоохранения в национальных планах действий по борьбе с ВИЧ/СПИДом;
- (б)** способствуют внедрению в службах здравоохранения системы управления ОТЗ, включая инструкции, направленные на обеспечение достойных условий труда и создание безопасной для здоровья производственной среды. При этом случаи инфицирования ВИЧ на рабочем месте рассматриваются наравне с любыми другими случаями травм на производстве;
- (в)** защищают права всех работников и пациентов, независимо от того, являются они ВИЧ-инфицированными или нет, и обеспечивают:
- (1)** условия труда и уход, свободные от дискриминации и стигматизации в связи с действительным или приписываемым статусом ВИЧ-инфицированного;
 - (2)** профилактику и снижение рисков распространения ВИЧ-инфекции;
 - (3)** систему мер для ПКП, позволяющих устранить последствия контактов с ВИЧ-инфекцией, включая гарантию конфиденциальности, предусмотренную документами МОТ, консультирование и др.;
 - (4)** недопустимость обязательного скрининга на ВИЧ-инфекцию и последующего отказа в найме или недопущения к работе. Обследование на ВИЧ-инфекцию может быть предложено для защиты работников здравоохранения (например, при поступлении на работу или во время работы в отделениях с больными туберкулезом, резистентным к комплексной лекарственной терапии);
 - (5)** разумное изменение условий труда;
 - (6)** продолжение трудовых отношений с работниками, живущими с ВИЧ, если работа не противопоказана им по медицинским соображениям;
 - (7)** защиту конфиденциальных сведений, позволяющих судить о наличии у работника ВИЧ/СПИДа;
 - (8)** доступность льгот, включая возможность досрочного выхода на пенсию, медицинские услуги и расходы на похороны;
 - (9)** право вести переговоры о предоставлении льгот в соответствии с национальным законодательством;
 - (10)** порядок подачи и прохождения исков/жалоб, касающихся гендерного неравенства;

(11) соответствующие дисциплинарные меры;

(12) меры наказания за невыполнение предписанных требований.

16

Соответствующие органы должны предоставлять информацию и консультировать работодателей как частных, так и государственных предприятий и организаций, а также работников и их представителей по вопросам действующего *Руководства по системам управления охраной труда МОТ/СУОТ: ILO-OSH 2001*, рекомендации которого помогают наиболее эффективно использовать законодательство и политические средства, призванные укреплять систему исполнения законов и норм ОТЗ, включая механизмы контроля и отчетности.

17

В качестве работодателя правительство призвано обеспечивать надлежащий уровень сотрудничества и проводить консультации с организациями работодателей и объединениями работников здравоохранения.

18

Как разработчик политики и работодатель правительство должно обеспечивать деятельность создаваемой в рамках службы охраны труда структуры, укомплектованной штатом инспекторов для осуществления контроля за соблюдением законодательства в этой области.

Руководство для рассмотрения вопросов ВИЧ/СПИДа на рабочем месте в трудовом законодательстве, МОТ, 2004 г.⁷

Основные направления развития национального здравоохранения и борьба с ВИЧ/СПИДом

19

Политика в области здравоохранения должна предусматривать развитие сотрудничества всех имеющих отношение к проблеме ВИЧ/СПИДа организаций, включая медицинские учреждения всех уровней, службы охраны труда, медико-санитарные службы отдельных населенных пунктов, а также религиозные и другие национальные и международные неправительственные организации (НПО). Поэтому правительству следует:

(а) повышать возможности отдельных структур системы на всех уровнях национального здравоохранения;

⁷ ILO: *Guidelines on addressing HIV/AIDS in the workplace through employment and labour law*, InFocus Programme on Social Dialogue, Labour Law and Labour Administration, Paper No. 3, (Geneva, 2004), <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/publ/index.htm>.

(б) направлять деятельность системы здравоохранения на скоординированную и бесперебойную работу по оказанию необходимой помощи медицинским учреждениям всех уровней, включая информирование и подготовку кадров;

(в) совершенствовать определенную законом деятельность по разработке программ и управлению здравоохранением;

(г) разрабатывать или вносить изменения в законодательство в целях развития кадрового потенциала служб здравоохранения, в частности, в сфере планирования, обучения, подготовки, оценки квалификации персонала здравоохранения и условий их труда, включая требования к сертификации и аккредитации деятельности;

(д) разработать и приступить к реализации стратегии и планов, которые позволят службам здравоохранения обеспечивать соответствующую помощь населению;

(е) определять приоритеты и выделять адекватные бюджетные ассигнования на развитие кадрового потенциала, инфраструктуру, оборудование и материалы в целях повышения эффективности помощи пациентам и защиты работников здравоохранения.

Условия занятости и условия работы во время реформ сектора здравоохранения, МОТ, 1998 г.⁸

Глобальная стратегия ВОЗ в области борьбы с ВИЧ/СПИДом на 2003-2007 гг.⁹

Расширение масштабов помощи при ВИЧ/СПИДе: перспективы оказания помощи и кадровых ресурсов, ВОЗ, 2004 г.¹⁰

Роль организаций работодателей и работников

20

Организациям работодателей и работников следует предусмотреть меры в поддержку лиц, оказывающих помощь ЛЖВ, а именно:

(а) принимать непосредственное участие в разработке и распространении нормативных документов в поддержку программы борьбы с ВИЧ/СПИДом (включая стандарты ОТЗ);

⁸ МОТ : *Terms of employment and working conditions in health sector reforms*, Доклад для обсуждения на совместном совещании по условиям занятости и условиям работы во время реформ сектора здравоохранения, Женева, 21–25 сентября 1998 г., <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/publ/reports.htm>.

⁹ ВОЗ: *Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2003–2007 гг.*, <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/ghss/en/>.

¹⁰ *Расширение масштабов помощи при ВИЧ/СПИДе*, op. cit.

(б) разрабатывать и внедрять стратегию борьбы с ВИЧ/СПИДом для работодателей, а для работников – конкретные программы в этой области;

(в) повышать осведомленность и профессиональный уровень работников здравоохранения;

(г) информировать и просвещать работников здравоохранения по фундаментальным принципам МОТ и трудовому праву;

(д) наладить сотрудничество с работниками здравоохранения в целях контроля за соблюдением трудового законодательства и руководящих документов по ОТЗ;

(е) принимать необходимые меры для защиты от стигматизации и всех форм дискриминации ВИЧ-инфицированных или иным образом пострадавших от ВИЧ/СПИДа работников здравоохранения;

(ж) сделать более доступными для работников здравоохранения добровольное консультирование, обследование на ВИЧ/СПИД и лечение, а также осуществлять программы оздоровления на рабочих местах;

(з) наладить тесное сотрудничество между организациями работодателей и работников и другими заинтересованными сторонами в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом в службах здравоохранения.

Совместная декларация МОР/МКСП о борьбе против ВИЧ/СПИДа, МОТ, Женева, май 2003 г.¹¹

Сектор здравоохранения как место работы

21

Профилактика и мониторинг профессиональных факторов риска, связанных с инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ/СПИД, гепатит и туберкулез, лишь тогда дадут хорошие результаты в службах здравоохранения, если эти риски будут учтены в комплексе с другими опасностями, возникающими на рабочем месте. При этом следует учитывать, что реальные масштабы профессионального риска в здравоохранении пока не определены.

22

Нормативные документы и программы борьбы с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах должны защищать работников от стигматизации и дискриминации, обеспечивать им необходимые лечение, уход и поддержку и предоставлять доступ к установленным законом льготам, независимо от того, каким образом работник был ВИЧ-инфицирован.

23

Главные элементы политики и программ борьбы с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах определены и описаны ниже, причем основное внимание обращено на специфические требования к службам здравоохранения. Особо выделены ссылки на правовые, политические и технические документы с тем, чтобы облегчить пользователям доступ к дополнительной информации, которую как МОТ, так и ВОЗ считают значимой и необходимой.

Признание ВИЧ/СПИДа проблемой, связанной с рабочим местом

24

ВИЧ/СПИД – это проблема, к которой следует относиться как к любому другому серьезному заболеванию или профессиональному риску, связанному с рабочим местом. От работодателей зависит, какое внимание будут уделять ей работники здравоохранения и руководители всех уровней, в том числе по вопросам прав и потребностей пациентов с ВИЧ/СПИДом, а также специальной подготовки работников здравоохранения.

Стигматизация и дискриминация в секторе здравоохранения¹²

25

Стигматизация и дискриминация работников здравоохранения или пациентов, живущих с ВИЧ/СПИДом, со стороны коллег и/или работодателей – серьезная проблема для многих медицинских учреждений, снижающая эффективность медицинской помощи и профилактических программ. Стигматизация и дискриминация принимают разнообразные формы и могут выражаться в несвоевременном и неадекватном лечении или в отказе от его проведения, в подрыве доверия, неправильном и неэтичном поведении или применении чрезмерных мер предосторожности.

26

Работа служб здравоохранения по борьбе с ВИЧ/СПИДом станет более успешной, если будет проводиться в рамках массовой кампании по преодолению стигматизации и дискриминации. Значительного сокращения случаев стигматизации и дискриминации в самих службах здравоохранения можно добиться с помощью ряда таких взаимодополняющих мероприятий, как:

(а) проведение на рабочих местах политики, не допускающей дискриминации при приеме на работу и при выполнении профессиональных обязанностей;

(б) оказание всесторонней помощи, включая программы создания благоприятных для здоровья условий труда на рабочих местах и проведение АРТ;

¹¹ *Fighting HIV/AIDS together – A programme for future engagement*, IOE/ICFTU joint statement, ILO, Geneva, May 2003, http://www.ioe-emp.org/ioe_emp/pdf/ICFTU-IOE_HIV_AIDS.pdf.

¹² *Understanding and responding to HIV/AIDS-related stigma and discrimination in the health sector*, Pan American Health Organization, 2003, <http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/stigma.htm>.

(в) соответствующая подготовка сотрудников всех уровней, которая позволит им осознать важность борьбы с ВИЧ/СПИДом и внести свой вклад в решение проблемы отрицательного и дискриминационного отношения к коллегам и пациентам с ВИЧ/СПИДом. Такая подготовка должна давать работникам здравоохранения:

- (1) информацию** о способах передачи ВИЧ-инфекции, других инфекционных заболеваний и уровне профессионального риска;
- (2) навыки межличностного общения**, необходимые для обеспечения уважительного и лишённого дискриминации общения с пациентами, коллегами и другими лицами;
- (3) знание методологии борьбы со стрессом и преодоления физических и моральных перегрузок**, в том числе за счет обеспечения необходимого уровня укомплектованности кадрами, расширения условий для автономной работы, введения графика сменной работы, создания возможностей для профессионального роста и продвижения по службе, раннего распознавания стресса, развития коммуникационных навыков для осуществления руководства и выделения времени для отдыха вне рабочего места;
- (4) знание действующего законодательства и других нормативных документов**, защищающих права работников здравоохранения и пациентов, независимо от их ВИЧ-статуса.

Гендерные проблемы мужчин и женщин ^{6, 13}

27

В силу биологических, социально-культурных и экономических причин женщины скорее могут стать жертвами ВИЧ-инфекции и в большей степени пострадать от последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа, чем мужчины. Сектор здравоохранения — один из крупнейших работодателей для женщин. В этих условиях важно, чтобы гендерные аспекты охраны труда в связи с ВИЧ/СПИДом были полностью учтены, а работники здравоохранения, как мужчины, так и женщины, внимательно относились к этим вопросам и получали надлежащую информацию и соответствующую профессиональную подготовку.

28

Работодатели призваны обеспечить такой подход к решению проблемы, чтобы при разработке и осуществлении программ, касающихся борьбы с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах, были рассмотрены и учтены следующие вопросы:

- (а)** все программы сектора здравоохранения должны учитывать гендерные аспекты, этническую принадлежность работни-

¹³ ILO: *Implementing the ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work : An education and training manual* (Geneva, 2002), <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/code/manualen/index.htm>.

ков, их возраст, ограничения в трудоспособности, религиозные и культурные традиции, а также сексуальную ориентацию. Кроме того, положения программ должны иметь четкую направленность отдельно для мужчин и женщин, признавая наличие для них различных видов и степеней риска;

(б) информация, предназначенная для женщин, особенно молодых, должна развивать чувство осторожности и разъяснять, что для них существует повышенный риск инфицирования. Просвещение призвано помочь женщинам и мужчинам осознать существующее между ними неравенство, проявляющееся как в трудовых, так и в личных отношениях, и способствовать выработке соответствующего поведения. Отдельно следует рассматривать случаи насилия и сексуального домогательства;

(в) программы обязаны помочь женщинам осознать свои права, как на рабочем месте, так и вне его, и дать информацию о возможных превентивных мерах в отношении ВИЧ/СПИДа;¹⁴

(г) просвещение для мужчин должно выработать у них понимание серьезности проблемы, умение оценить риски и повысить ответственность в деле профилактики ВИЧ/СПИДа, а также в вопросах личного поведения;

(д) профессиональная подготовка работников здравоохранения по проблеме ВИЧ/СПИДа призвана обеспечивать осознание ими особых физических и психологических потребностей ВИЧ-инфицированных женщин, включая специфические проблемы репродуктивного здоровья и здоровья детей; подготовка также должна касаться способов преодоления таких препятствий к разглашению ВИЧ-статуса, как страх стигматизации, дискриминации или насилия.

Женщины, ВИЧ/СПИД и сфера труда, МОТ. ¹⁵

План действий МОТ по равенству между мужчинами и женщинами и комплексный подход к проблеме равенства между мужчинами и женщинами. ¹⁶

Включение комплексного подхода к проблеме равенства между мужчинами и женщинами в службы здравоохранения, МСМС. ¹⁷

Гендерный аспект раскрытия ВИЧ-статуса сексуальным партнерам: показатели, препятствия и результаты, ВОЗ. ¹⁸

¹⁴ Дискриминация (в области труда и занятий) Конвенция МОТ (№ 111) и сопутствующая Рекомендация № 111, 1958 г.

¹⁵ ILO: *Women, HIV/AIDS and the world of work* (brochure), <http://www.ilo.org/public/english/protectoin/trav/aids/facts/wd04en.pdf>.

¹⁶ ILO: *ILO action plan on gender equality and gender mainstreaming* (Geneva, 2001).

¹⁷ *Mainstreaming a gender perspective into the health services*, Fact sheet, International Council of Nurses (ICN), http://www.icn.ch/matters_gender.htm.

¹⁸ *Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: Rates, barriers and outcomes*, Review paper, WHO, 2004, <http://www.int/gender/documents/en/genderdimensions.pdf>.

Социальный диалог

29

Социальный диалог включает все виды переговоров, консультаций и обмена информацией между правительством, работодателями, работниками и/или их представителями. Он может осуществляться на трехсторонней основе, когда правительство выступает официальной стороной, или же состоять из двусторонних отношений между работодателями (государственного или частного сектора) и работниками и/или их представителями. Главная цель социального диалога – содействовать выработке консенсуса, укреплению сотрудничества между правительством и социальными партнерами в сферах, представляющих взаимный интерес. Диалогу могут способствовать консультации с профессиональными объединениями работников здравоохранения или их ассоциациями, особенно с организациями ЛЖВ.

30

В здравоохранении социальный диалог является важным механизмом правильной организации трудовых отношений и обеспечения охраны труда, а также реализации политики и программ борьбы с ВИЧ/СПИДом. Долг работодателей – создать такие условия, чтобы эффективный социальный диалог стал неотъемлемой частью деятельности в структуре управления служб здравоохранения. Социальный диалог на рабочем месте должен:

- (а)** основываться на переговорах, консультациях и обмене информацией;
- (б)** непрерывно сопровождать процесс планирования, и проведения соответствующей политики, ее мониторинга, оценки и пересмотра;
- (в)** решать задачи создания более безопасной для здоровья производственной среды;
- (г)** обеспечивать непосредственное участие работников и их представителей на всех этапах этого процесса, соблюдая пропорциональное участие женщин особенно на высших уровнях управления;
- (д)** поддерживаться адекватными ресурсами в виде бюджета, времени, технических средств и подготовки.

31

В целях создания благоприятной обстановки для социального диалога необходимо признавать его фундаментальные принципы и права всех заинтересованных сторон. Работники и их представители должны обладать как возможностями, так и соответствующей подготовкой, чтобы принимать эффективное участие в социальном диалоге и тем самым содействовать созданию безопасной для здоровья производственной среды, внедрению программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом и, в случае необходимости, способствовать проведению реформ в здравоохранении в целом.

Практическое руководство МОТ по социальному диалогу в службах здравоохранения, 2004 г.¹⁹

Охрана труда и здоровья (ОТЗ)

32

Создание эффективной системы ОТЗ требует совместных усилий соответствующих органов, работодателей, работников и их представителей. Хотя общая ответственность за систему, включая ее соответствие национальным законам и практике, является обязанностью работодателя, который должен на деле проявить свою приверженность ОТЗ, разрабатывая и осуществляя документально оформленную программу, доступную для работников и их представителей. Эта программа должна учитывать основополагающие принципы предупреждения, выявления, оценки и мониторинга рисков, включая информирование и необходимую подготовку, а сами работники обязаны сотрудничать с работодателем в ее реализации, соблюдая правила и инструкции, предназначенные для их защиты и обеспечения безопасности других лиц от воздействия факторов риска на рабочем месте. Признанным механизмом сотрудничества в этой области являются совместные комиссии по охране труда.

Конвенция МОТ о безопасности и гигиене труда, 1981 г. (No. 155) и другие соответствующие документы МОТ, перечисленные в Приложении 1.

¹⁹ ILO: *Social dialogue in the health services: A tool for practical guidance*, Sectoral Activities Programme (Geneva, 2004), http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/socdialogue_health.pdf.

Системы управления охраной труда и здоровья (СУОТЗ)

33

При подготовке программы ОТЗ работодателям следует брать за основу *Руководство МОТ по системам управления безопасностью и гигиеной труда*,²⁰ которое предусматривает следующие мероприятия:

(а) разработку при участии работников политики на основе принципов ОТЗ, что позволит определить главные элементы программы;

(б) формирование для проведения разработанной политики соответствующей структуры, система работы которой предусматривает ответственность и подотчетность, необходимый уровень компетенции и подготовки, строгий порядок регистрации инцидентов и информационное обеспечение;

(в) планирование и реализацию, включая определение целей, первоначальное изучение, системное планирование, разработку и осуществление;

(г) оценку мониторинга, расследование причин производственного травматизма, изучение состояния здоровья персонала, причин и характера заболеваемости и происшествий на работе, проведение аудита и оптимизацию управления;

(д) по совершенствованию деятельности с использованием мер профилактики, направленных на укрепление здоровья работников, обновление и пересмотр средств и методов предупреждения травм и болезней, связанных с работой, а также опасных происшествий на производстве.

Руководство МОТ по системам управления охраной труда, 2001 г.²⁰ и управление охраной труда и здоровья труда (Досье практической информации № 2).

Модель структуры управления охраной труда, Департамент гуманитарных служб, штат Виктория, Австралия, 2003 г.²¹ и Модель структуры управления охраной труда в медицинском учреждении (Досье практической информации № 3).

²⁰ ILO: *Guidelines on occupational safety and health management systems, ILO-OSH 2001*, (Geneva, 2001), <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e000013.pdf>; http://www.ilo.ru/osh/docs/all/ILOOSH2001_ru.pdf

²¹ *Public Hospital Sector Occupational Health and Safety Management Framework Model*, Department of Human Services, Melbourne, State of Victoria, Australia, 2003. The document can be downloaded in full at <http://www.health.vic.gov.au/ohs>.

Профилактика и защита от возбудителей инфекционных заболеваний^{22, 23}

34

В здравоохранении, как и в других сферах деятельности, работники могут сталкиваться с химическими, физическими, эргономическими или социально-психологическими факторами риска (стресс, физическое и моральное истощение, сексуальное домогательство и насилие и т.д.).²⁴ Однако в службах здравоохранения существуют и свои профессиональные риски, наибольшую опасность из которых представляют возбудители инфекционных заболеваний, требующие специальных профилактических и защитных мер.

35

Чтобы снизить на производстве риски, связанные с такими инфекциями, как ВИЧ и вирусы гепатита В и С, в комплексе с мерами профилактики и защиты следует предусматривать неотложные меры на случай инфицирования на работе. Особое внимание к ГКИ не снимает задачи постоянно учитывать риски, связанные с возбудителями, передаваемыми иным (респираторным, гастро-интестинальным и т.д.) путем.

36

Многие меры, направленные на предупреждение воздействия ВИЧ и других возбудителей ГКИ в условиях трудового процесса, достаточно просты и должны быть включены в программы по охране труда на рабочем месте. Однако ликвидация последствий воздействия ВИЧ-инфекции и профилактика после контакта с инфекционным материалом требуют как определенных технических навыков, так и наличия, в частности, необходимых структур для оказания помощи и ухода, способных удовлетворять потребности инфицированных. Работники здравоохранения, оказывающие помощь группам пациентов, среди которых достаточно много ЛЖВ, подвергаются также и более высокому риску заражения туберкулезом. В связи с этим исключительно важно в дополнение к плану по контролю за распространением ВИЧ/СПИДа внедрить всесторонний план работы по предупреждению туберкулеза. Вопросы профилактики и защиты, связанные с туберкулезом, рассматриваются в отдельном совместном документе МОТ и ВОЗ.²⁵

²² *Guidance for clinical health care workers: Protection against infection with blood-borne viruses*, HSC 1998/063, UK Department of Health. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/44/74/04014474.pdf>.

²³ *National code of practice for the control of work-related exposure to hepatitis and HIV (blood-borne) viruses* [NOHSC:2010(2003)], 2nd edition, Dec. 2003, National Occupational Health and Safety Commission, Australia.

²⁴ WHO/ILO/ICN/PSI: *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*, ILO, Geneva, 2002.

²⁵ ILO/WHO/WEF: *Guidelines for workplace TB control activities: The contribution of workplace TB control activities to TB control in the community*, WHO, 2003.

37

В соответствии с принятыми национальными нормами и протоколами иммунизации работодатели обязаны предоставлять всем работникам, вступающим в контакт с кровью и другими биологическими жидкостями организма, возможность вакцинации против гепатита. Работодатели должны регулярно знакомиться с последними данными о разработке и наличии новых вакцин, которые следует использовать в целях профилактики профессиональных рисков инфекционных заболеваний²⁶

Управление рисками

38

В целом, процесс управления рисками включает этапы выявления, оценки и мониторинга рисков. Мероприятия по контролю следует осуществлять, исходя из иерархии их эффективности в устранении риска, предупреждении воздействия или предотвращении травм.²⁷ Эффективность всех элементов управления рисками повышается при активном участии в этом процессе работников здравоохранения. Особое внимание следует уделять снижению до минимума рисков, связанных с ВИЧ/СПИ-Дом. Работникам здравоохранения должен быть предоставлен доступ к самым последним правилам, инструкциям и процедурам, цель которых – предостеречь от опасностей и ознакомить с надлежащей безопасной практикой труда, а также разъяснить важность соблюдения мер предосторожности и правильного использования оборудования. Одновременно для работников здравоохранения осуществляется управление и другими рисками, например, риском заражения туберкулезом. Темы управления рисками должны быть предметом регулярных информационных и учебных мероприятий на рабочем месте.

Выявление потенциальных рисков

39

Процесс управления рисками начинается с выявления ситуаций, которые в ходе трудовой деятельности и выполняемых при этом задач могут создать опасность воздействия на работников ВИЧ и других возбудителей ГКИ, а также сопутствующих оппортунистических инфекций. Выявление потенциальных рисков осуществляется по следующим этапам:

(а) *опрос работников* – процедура опроса дает работникам возможность свободно сообщать о предполагаемых опасностях без каких-либо санкций для них со стороны работодателей; при этом следует вести пропаганду необходимости и важности участия работников в выявлении потенциальных рисков и обучать их методике соответствующих действий;

²⁶ WHO: *Weekly epidemiological record*, 9 July 2004, 79th year. No. 28, 2004, 79-253-264, <http://www.who.int/wer>.

²⁷ Досье практической информации № 4. Иерархия методов мониторинга рисков, связанных с ГКИ.

(б) анализ сообщений о случаях контакта с кровью и другими биологическими жидкостями организма — эти данные используются для выявления тенденций; определения видов деятельности, связанных с высоким риском, и постановки конкретных задач; отработки процедуры отчетности и документирования; и осуществления надлежащего контроля эффективности принимаемых превентивных мер;

(в) обследование рабочего места, характера и условий работы и других возможных причин, влияющих на профессиональные риски — обследование должно включать анализ всех возможных источников контакта с кровью и другими биологическими жидкостями организма, в том числе и за пределами рабочего места, но непосредственно связанных с ним (что особенно важно для работников, обеспечивающих удаление и обработку медико-санитарных отходов). В результате обследования должна быть составлена классификация работ, связанных с максимальным риском, с учетом их характера, уровня необходимых знаний работника и особенностей рабочего места. Все виды работ, в ходе которых работники могут иметь контакты с кровью и другими биологическими жидкостями организма, должны быть внесены в классификацию работ в соответствии со степенью риска.

ВИЧ и вирусы гепатита: характеристики рисков (Досье практической информации № 1).

Оценка рисков

40

Следующим этапом после выявления потенциальных рисков является их оценка, то есть определение уровня и характера рисков, связанных с ГКИ, а также мер, необходимых для полного устранения опасности или минимизации факторов риска. Оценка рисков должна включать рассмотрение:

(а) способов распространения ВИЧ-инфекции и других ГКИ на рабочем месте;

(б) вида и частоты контактов с кровью и другими биологическими жидкостями организма, всех возможных путей контактов и наиболее вероятного из них, вида жидкости, с которой уже был зарегистрирован контакт, и анализа повторяющихся случаев;

(в) факторов, которые способствуют возникновению риска и его повторному проявлению, включая изучение рабочего места, характера и условий работы, проверку качества уборки, а также наличие и использование защитной одежды и оборудования;

(г) уровня знаний и подготовки работодателей, руководителей и работников о ВИЧ-инфекции и других ГКИ, а также знаний и

подготовки, необходимых для организации безопасного для здоровья трудового процесса;

(д) степени влияния оборудования на возрастание или снижение уровня рисков;

(е) существующих методов мониторинга рисков и признания необходимости принять дополнительные меры.

Мониторинг рисков ²⁰

41

Цель мониторинга рисков состоит в последовательном анализе применяемых методов предупреждения рисков, их возможной минимизации и отборе наиболее эффективных, включающих:

(а) **устранение** – наиболее эффективной мерой является полное устранение опасности, которому при выборе методов мониторинга следует отдавать предпочтение; примерами устранения могут служить отказ от режущих и колющих предметов, а также всех необязательных инъекций;

(б) **замена** – там, где использовать устранение в качестве метода для минимизации риска представляется невозможным, работодатель может использовать метод замены, применяя в производственном процессе средства и приемы, сопряженные с меньшим риском; примерами могут служить замена инъекций аналогичными по эффективности пероральными (для приема внутрь) лекарственными средствами или замена стандартных шприцев на безыгольные инъекторы;

(в) **инструментальный контроль** – методы, которые изолируют или удаляют опасность из производственной среды; они включают использование соответствующих механизмов, оборудования и методик для предупреждения опасного воздействия на работников; средства инструментального контроля, призванные свести к минимуму контакты работника с кровью и другими биологическими жидкостями организма, должны включать:

- (1) применение контейнеров для острых и колющих предметов, называемых также контейнерами безопасности;
- (2) внедрение новейших технологических разработок, таких как устройства и приспособления для предупреждения риска травматизма техническими средствами (см. Досье практической информации № 6);
- (3) принятие мер по совершенствованию эргономики рабочего места – улучшению освещения, планировки рабочего места и поддержанию чистоты и порядка;
- (4) осуществление регулярной проверки, а при необходимости проведение ремонта и замены инструментов и обо-

рудования, используемых на рабочем месте, что в первую очередь относится к автоклавам и другому оборудованию для стерилизации;

(г) административный контроль — представляет собой мероприятия на рабочем месте, нацеленные на снижение рисков, связанных с воздействием внешних факторов путем проведения плановых замен, ротации кадров или ограничения доступа к зонам риска; стандартные меры предосторожности, требующие от работников здравоохранения, чтобы они относились к крови и другим биологическим жидкостям организма любого человека как к потенциальному источнику инфекции, независимо от диагноза или предполагаемого риска, являются примером административного контроля; чтобы стандартные меры предосторожности были эффективными, концепция независимости от диагноза должна повсеместно восприниматься как мера, позволяющая работникам защищать себя и пациентов, не давая при этом повода для дискриминации или стигматизации;

(д) контроль трудового процесса — меры по уменьшению профессиональных факторов риска, основанные на совершенствовании эргономики и оптимизации трудового процесса; примерами могут служить размещение контейнеров для использованных игл и других острых предметов на уровне глаз и на расстоянии вытянутой руки, опорожнение контейнеров для острых предметов до того, как они наполнятся, а также плановое освобождение острых инструментов от средств защиты до начала намеченной процедуры; организацию безопасного трудового процесса обязаны обеспечить работодатели;

(е) средства индивидуальной защиты (СИЗ) — использование СИЗ является мерой контроля, которая препятствует контакту между работником и источником опасности;²⁰ снабдить работников средствами защиты от воздействия крови и других жидких субстанций организма обязаны работодатели, которые должны обеспечить:

- (1) адекватное снабжение средствами индивидуальной защиты;
- (2) надлежащее обслуживание СИЗ;
- (3) бесплатный доступ работников к СИЗ;
- (4) адекватную подготовку работников по использованию СИЗ, определению их дефектов и порядку предъявления требований о замене таких средств;
- (5) разработку четких правил использования СИЗ и знание работниками этих правил;
- (6) наличие следующих предметов:

- непористых водонепроницаемых повязок разных размеров и конфигурации для работников со ссадинами или повреждениями кожи;
- перчаток всех размеров, стерильных и нестерильных, в том числе и толстых латексных²⁸, виниловых, непромокаемых кожаных и и других материалов, устойчивых к проколам — их следует носить во всех случаях, когда может возникнуть контакт с кровью и другими биологическими жидкостями организма или же при обращении с загрязненными ими предметами;
- средств респираторной защиты, включая маски для искусственного дыхания методом «рот-в-рот»;
- пластиковых передников, водонепроницаемых халатов, приспособлений для защиты глаз, резистентных к воздействию жидкостей масок, комбинезонов и бахил (для работников, которые могут подвергаться воздействию брызг крови на рабочем месте).

Безопасный трудовой процесс ^{20, 21,29}

42

В основу безопасного трудового процесса, гарантирующего минимальный риск передачи ВИЧ-инфекции и других ГКИ на рабочем месте, должны быть заложены стандартные и унифицированные меры предосторожности, включая личную гигиену и программу борьбы с инфекциями. Работодатели обязаны оборудовать места для мытья рук в четко определенных зонах производственного пространства. Оборудование для этих целей должно обеспечиваться проточной водой, мылом и одноразовыми полотенцами. Если нет возможности обеспечить проточную воду, то следует предоставить альтернативные средства, например 70-процентный спирт для обработки рук. Медицинские работники должны мыть руки в начале и конце каждой смены, до и после оказания помощи пациенту, до и после еды, питья, курения и посещения туалета, а также перед входом в рабочую зону и после выхода из нее. Работники обязаны вымыть и высушить руки после контакта с кровью и другими жидкими субстанциями организма и сразу же после того, как будут сняты резиновые перчатки. Им следует также убедиться в отсутствии порезов или ссадин на открытых частях тела, а в случае обнаружения наложить на них водонепроницаемые повязки. Работников следует поощрять к тому, чтобы они сообщали администрации о любых реакциях кожи на частое мытье рук и используемые моющие вещества, что позволит принять работодателю соответствующие меры.

²⁸ Аллергия к резине из натурального латекса документально зарегистрирована у 8–12% работников, регулярно вступающих в контакт с этим материалом. Заменяющие его синтетические материалы, включая винил, неопрен и нитрил, обеспечивают адекватную барьерную защиту. Отсутствие контакта с натуральным латексом важно для чувствительных к нему работников и предупредит чувствительную реакцию не имеющих аллергии работников.

²⁹ WHO: *Guidelines on prevention and control of hospital associated infections*, Regional Office for South-East Asia (New Delhi, 2002), http://whqlibdoc.who.int/searo/2002/SEA_HLM_343.pdf.

Безопасное обращение с острыми предметами и инъекционным оборудованием одноразового пользования

43

Работодателям необходимо разработать процедуры безопасного обращения с острыми предметами (в том числе и инъекционным оборудованием) и удаления их из производственной зоны, а также обеспечить анализ, мониторинг и оценку указанных процедур. Они должны включать:

- (а)** установку четко маркированных непроницаемых контейнеров для удаления острых предметов как можно ближе к местам их хранения и использования;
- (б)** регулярную замену контейнеров после того, как они будут заполнены до отметки изготовителя или наполовину; контейнеры до начала их перемещения должны быть запечатаны;
- (в)** удаление острых предметов однократного использования в контейнерах, которые соответствуют требованиям национальных норм и руководств по технике безопасности;
- (г)** запрет на манипуляции с использованными иглами (их не следует даже закрывать колпачками), если только для этой цели не используются специальные приспособления;
- (д)** ответственность за надлежащее удаление острых предметов, которая возлагается на работника, использующего в работе данный предмет;
- (е)** ответственность за обнаруженный острый предмет не установленной принадлежности, которая возлагается на того, кто его обнаружил; данное лицо отвечает за его надлежащее удаление и сообщение о происшествии.

Иерархия методов мониторинга рисков, связанных с ГКИ (Досье практической информации № 4).

Предупреждение внутрибольничного ВИЧ-инфицирования с помощью стандартных мер предосторожности (Досье практической информации № 5).

Безопасность инъекций (Досье практической информации № 6).

Меры по снижению рисков в ходе хирургического вмешательства (Досье практической информации № 7).

Чистка, дезинфекция и стерилизация инструментов и оборудования

44

Решение о том, что проводить – чистку, дезинфекцию или стерилизацию – принимается в зависимости от условий использования инструментов и оборудования:

- (а) если инструмент или оборудование используется только для контакта с неповрежденной кожей, требуется только чистка;
- (б) если инструмент или оборудование вступают в контакт со слизистой оболочкой или загрязнены кровью, они подлежат чистке и тщательной дезинфекции;
- (в) после контакта инструмента или оборудования с неинфицированными тканями организма, их следует очистить и стерилизовать; дезинфекции или стерилизации всегда должна предшествовать чистка с помощью детергента и воды; кроме того:
 - (1) чистку следует производить в резиновых перчатках;
 - (2) для удаления видимых частиц крови отдельные предметы следует мыть щеткой или, если есть возможность, с помощью механических средств, таких как посудомоечные машины; во время чистки следует соблюдать осторожность и не допускать разбрызгивания загрязненной воды;
 - (3) если образование брызг неизбежно, следует надевать защитные очки.

45

Неправильное использование отдельных средств дезинфекции может быть опасным для здоровья, что подчеркивает необходимость соблюдения инструкций, указанных в маркировке. Оборудование для стерилизации также должно использоваться в соответствии с инструкциями и после надлежащей подготовки обслуживающего персонала.

Методы стерилизации и интенсивной дезинфекции (Досье практической информации № 8).

Удаление крови

46

Если в результате манипуляций регистрируется излившаяся кровь, следует незамедлительно определить степень возникшей при этом опасности и принять соответствующие меры защиты. Для удаления излившейся крови:

- (а) следует всегда надевать резиновые перчатки;
- (б) Для поглощения значимых объемов крови или других биологических жидкостей организма целесообразно использовать

такие абсорбирующие материалы, как бумажные полотенца, ткань или опилки;

(в) все использованные материалы следует помещать в специальные непроницаемые мешки для отходов;

(г) пространство, на котором происходило удаление крови, после завершения этой работы следует очистить и дезинфицировать с помощью соответствующих дезинфицирующих средств (см. Досье практической информации № 8);

(д) значимый объем излившейся крови можно смыть водой из шланга, однако эту процедуру должны выполнять работники в специальной защитной одежде;

(е) следует всячески поощрять работников к тому, чтобы они сообщали администрации о всех случаях такого рода.

Обращение с телами умерших

47

При обращении с телами умерших следует принимать стандартные меры предосторожности, а при необходимости надевать резиновые перчатки и другую защитную одежду во всех случаях, когда существует риск контакта с кровью и иными биологическими жидкостями организма. Места введения дренажных трубок и открытые раны надлежит закрывать водонепроницаемыми защитными повязками; все тела, отправляемые на вскрытие или в морг, следует проверять на наличие оставленных в них острых предметов.

Прачечные услуги

48

В учреждениях и организациях должна действовать процедура распределения чистого белья, а также порядок сбора, обработки, укладки, хранения, транспортировки и чистки использованного белья. Все использованное белье следует обрабатывать как потенциально инфицированное и помещать в стандартный бельевой мешок. Если есть опасность загрязнения в связи с протечкой биологических жидкостей организма человека, бельевой мешок следует помещать в чистую непроницаемую пластиковую упаковку. Бельевые мешки должны заполняться только на три четверти, а упаковка и другие меры предосторожности приниматься до транспортировки. При работе с бельем следует надевать кожаные или другие защищающие от укусов перчатки, так как в белье могут оказаться острые и колющие предметы. Для удаления обнаруженных во время сортировки использованного белья острых и колющих предметов надлежит использовать специальные контейнеры. Обо всех случаях обнаружения острых и колющих предметов и их воздействии на работника следует докладывать администрации, а сами случаи регистрировать.

49

Стирку всего белья следует производить с помощью моющих средств. Если нет специальных служб, загрязненную одежду или белье надлежит стирать в бытовой стиральной машине с циклом горячей воды и моющими средствами при температуре не ниже 80°C. При этом следует избегать перегрузки стиральных машин. Может также производиться сухая чистка с последующим горячим глажением. Если невозможно избежать стирки руками, следует надевать бытовые резиновые перчатки.³⁰

Удаление отходов

50

Отходы медико-санитарных служб имеют гораздо больший потенциал инфицирования и нанесения травм, чем большинство других видов отходов. Неправильное обращение с медико-санитарными отходами может иметь серьезные последствия для здоровья населения и окружающей среды. В связи с этим работодатели обязаны проявлять внимание к работникам, занятым удалением отходов.

51

Работодатель должен применять процедуру удаления отходов, соответствующую национальному законодательству и существующей практике. При этом особое внимание следует обратить на потенциально инфицированные отходы и отходы, содержащие острые и колющие предметы. Процедура должна охватывать:

- (а) упаковку и маркировку отходов по категориям;
- (б) предварительное удаление отходов непосредственно в зоне, где они первоначально образуются;
- (в) сбор и транспортировку отходов из указанной зоны;
- (г) хранение, обработку и окончательное удаление отходов в соответствии с требованиями соответствующих норм и руководств по технике безопасности.

Безопасное удаление медико-санитарных отходов, ВОЗ, 1999 г.³¹ Общие сведения об удалении медико-санитарных отходов, ВОЗ/Всемирный банк, 2003 г.³² и Безопасное удаление медико-санитарных отходов (Досье практической информации № 9).

³⁰ В тех случаях, когда это невозможно, белье следует замочить в ведре с водным раствором гипохлорита натрия (1:10) или в стандартном растворе хлорной извести минимум на 30 минут. Затем стирать с моющим средством.

³¹ A. Prüss, E. Girault and P. Rushbrook (eds.): *Safe management of wastes from health-care activities*. (Geneva, WHO, 1999), http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/wastemenag/en/.

³² WHO/World Bank: *Health-care waste management at a glance*, June 2003, <http://www.healthcarewaste.org/linked/onlinedocs/WW08383.pdf>.

Мониторинг и оценка

52

Наблюдение за здоровьем работников³³ призвано защитить их от заболевания в условиях трудового процесса, а в случае заболевания выявить его на ранней стадии и незамедлительно приступить к лечению. Заболеваемость на рабочем месте даже при незамедлительной выплате компенсации, свидетельствует о неэффективности системы ОТЗ. Наблюдение должно учитывать характер профессиональных рисков на рабочем месте, медико-санитарные требования, состояние здоровья работников, включая их ВИЧ-статус, имеющиеся ресурсы и понимание работниками и работодателями задач и функций такого наблюдения, а также соблюдение соответствующего законодательства. Общие результаты наблюдения должны быть доступны для работников и их представителей.

53

Работодатели должны регулярно контролировать и оценивать трудовой процесс и обеспечивать, в случае необходимости, принятие мер по его изменению. Работодателям следует назначить лицо или группу лиц для проведения мониторинга и оценки на рабочем месте. Эти лица должны быть известны всем медико-санитарным работникам учреждения, и представлять все категории сотрудников, включая тех, которые отвечают за удаление медико-санитарных отходов. При этом необходимо учитывать:

- (а) эффективность программ и процедур на рабочем месте;
- (б) эффективность программ информирования и подготовки;
- (в) степень соблюдения стандартных мер предосторожности;
- (г) точность регистрации и анализа инцидентов;
- (д) причины контакта с кровью или другими биологическими жидкостями организма;
- (е) оценку анализа инцидентов;
- (ж) эффективность принятых мер и последующих действий.

Руководство по техническим и этическим вопросам наблюдения за здоровьем трудящихся, МОТ, 1998 г.³³

³³ ILO: *Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance* (Geneva, 1998), <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/index.htm>.

Международный свод этических правил для работников профессиональной гигиены труда, 2002 г.³⁴

Свод практических правил МОТ по регистрации и уведомлению о несчастных случаях и заболеваниях на производстве, 1996 г.³⁵

Основные принципы защиты от ГКИ
(Досье практической информации № 10).

Обновленное Руководство Службы общественного здравоохранения США по преодолению случаев профессионального воздействия ВГВ, ВГС и ВИЧ, а также рекомендации для профилактики после воздействия, 2001 г.³⁶

Преодоление последствий воздействия

54

Предупреждение является главной стратегией снижения инфицирования на рабочем месте. Однако риск контакта с ГКИ в ходе трудового процесса продолжает существовать. Поэтому работодателям следует разработать комплекс мер по преодолению последствий возможного воздействия. Эти меры должны соответствовать аналогичным процедурам для других несчастных случаев на производстве и включать механизмы экстренной помощи, консультирования и лечения (если необходимо), регистрации, расследования, компенсации и долгосрочного контроля, а информирование по этим вопросам должно стать частью работы по профессиональной ориентации.

Система ответных мер

55

Для проведения первоначальной оценки и консультирования или направления подвергшихся воздействию работников в соответствующие службы работодатель должен назначить прошедшее соответствующую подготовку ответственное лицо. Его задача — обеспечивать работникам получение необходимой

³⁴ International Commission on Occupational Health : *International code of ethics for occupational a health professionals*, updated 2002, http://www.icoh.org.sg/core_docs/code_ethics_eng.pdf.

³⁵ ILO: *Recording and notification of occupational accidents and diseases*, An ILO code of practice (Geneva, 1996), <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e962083.pdf>.

³⁶ "Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis". *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 29 June 2001, Vol. 50, No. RR-11; Epidemiology PROGRAM office, Centers for Disease Control and Prevention, United States Department of Health and Human Services (Atlanta), <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5302.pdf>

информации и услуг в течение всего рабочего времени непосредственно на рабочем месте, а также отвечать за документирование и последующий контроль случаев контакта с ГКИ. Назначенное лицо и порядок обращения к нему должны быть известны всем работникам.

56

Возможность применения средств, которые могут потребоваться для постконтактной профилактики (ПКП), включая антиретровирусные препараты, иммуноглобулин против гепатита В и вакцину против гепатита В, должна быть обеспечена работникам в любое время. Если назначенное лицо не является врачом, следует предусмотреть возможность консультации у специалиста в течение всего рабочего дня.

57

Работники медико-санитарных служб должны незамедлительно сообщать обо всех случаях контактов с ГКИ на рабочем месте с тем, чтобы сразу определить необходимость принятия профилактических мер. Работники, подвергающиеся на работе риску возможного контакта, в ходе профессиональной ориентации и переподготовки должны быть информированы о принципах и методах профилактики, применяемых работодателем.

Экстренная помощь

58

Инциденты, требующие оказания экстренной помощи, могут произойти на любом рабочем месте. Поскольку оказание помощи в этом случае сопряжено с риском контакта с кровью и другими жидкими субстанциями организма, лица, оказывающие помощь, должны знать о риске возможного контакта и пройти подготовку по профилактике и применению средств защиты в соответствии с правилами, которые выработаны на основе стандартных мер предосторожности. Обеспечивая оказание пострадавшим экстренной помощи, работодатели обязаны одновременно соблюдать действующие требования и нормы, принятые на национальном уровне, включая требования к применяемому оборудованию и профессиональной подготовке работников.

59

Экстренная помощь пострадавшим должна оказываться в соответствии с действующими нормативными документами по ПКП Всемирной организации здравоохранения³⁷ и включать направление к назначенному на рабочем месте лицу для оценки риска заражения и проведения ПКП, а в случае необходимости и лечения.

³⁷ Досье практической информации № 10 в электронном формате будет обновлено после предстоящего совместного совещания экспертов МОТ/ВОЗ.

Последующие действия

60

Ответственное лицо обязано своевременно представить полный отчет о случае контакта и принятых мерах, включая консультирование, тестирование и другие действия, как указано ниже. Следует также своевременно провести расследование случая и наметить необходимые действия для предупреждения подобных инцидентов в будущем.

Регистрация и анализ

61

Совместно с работниками и их представителями следует разработать и ввести в практику систему регистрации и анализа случаев контакта с ГКИ. Система должна соответствовать национальным требованиям в отношении регистрации и уведомления о несчастных случаях и заболеваниях на производстве. В целях анализа и совершенствования мер профилактики в ней должен быть предусмотрен доступ работодателей, работников и их представителей к накопленной информации, но без индивидуальной идентификации.

Уход, лечение и поддержка ^{6, 13}

62

Оказание всесторонней помощи работникам медико-санитарных служб, живущим с ВИЧ или страдающим от последствий воздействия вируса, сокращает потери опытных кадров, сохраняет накопленный опыт и таким образом уменьшает ущерб, наносимый эпидемией ВИЧ/СПИДа. Кроме того, подобный подход способствует соблюдению прав работников, дает им возможность продолжать работу до тех пор, пока сохраняется работоспособность и позволяет им получать доход, а не оставаться без средств к существованию. При всякой возможности работодателям следует содействовать доступу работников к программам помощи, лечения и поддержки, предусматривающим специальную заботу о тех, кто болен или имеет больного члена семьи. Вместе с другими мерами по оказанию помощи они являются частью общего пакета социальной защиты, предусмотренного для всех работников. Основные элементы программы представлены ниже.

Добровольное тестирование и консультирование ^{6, 38}

63

Следует поощрять тестирование работников здравоохранения, желающих знать свой ВИЧ-статус и обеспечивать доступность его проведения. При наличии соответствующих медицинских служб, добровольное тестирование может быть проведено по устной просьбе, а в случае необходимости, по письменному заявлению

³⁸ Политическое заявление ЮНЭЙДС/ВОЗ о тестировании на ВИЧ, июнь 2004 г. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/statement/en>.

работника и после консультации с представителем работников в тех случаях, когда к ним обращаются по этому вопросу.

64

Добровольное тестирование на ВИЧ-инфекцию — это выбор работника, который опирается на перспективу надежной защиты от стигматизации и дискриминации и получения в случае необходимости гарантированного доступа к услугам комплексных служб профилактики, лечения и ухода. основополагающие принципы тестирования на ВИЧ-инфекцию, известные как «Три С», (от начальных букв английских слов consent, counselling, confidentiality — согласие, консультирование, конфиденциальность) требуют, чтобы тестирование проводилось на основе информированного согласия, сопровождалось консультированием при обеспечении конфиденциальности. ЮНЭЙДС и ВОЗ поощряют использование метода быстрых тестов для получения оперативных результатов и возможности незамедлительно принять необходимые меры и провести консультации после тестирования как ВИЧ-позитивных, так и ВИЧ-негативных лиц, а также обеспечить лечение для первых. Консультирование, в том числе направление к специалистам и предоставление советов по профилактике, также являются важной частью программы ухода и поддержки работников с ВИЧ/СПИДом. Следует помнить, что консультирование работников здравоохранения может потребовать предоставления дополнительной информации по сравнению с той, которая используется в работе с обычными пациентами.

65

Хотя тестирование на ВИЧ-инфекцию в обычных условиях не должно проводиться на работе, в случае осуществления медико-санитарной помощи непосредственно на рабочем месте управление рисками может потребовать проведения тестирования (см. пункты 11 «Принципы» и 52 «Мониторинг и оценка», а также Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда»). На рабочем месте и вне его тестирование на ВИЧ-инфекцию должно стать результатом добровольного информированного согласия и выполняться имеющим надлежащую квалификацию персоналом в условиях строгой конфиденциальности. Тестирование на ВИЧ не должно быть обязательным требованием при приеме на работу, а также в качестве условия для продолжения работы или страхования.³⁹

66

Эпидемиологический контроль или анонимное обследование, независимо от того, проводится оно для оценки тенденций в распространении ВИЧ-инфекции и ее воздействия на сектор здравоохранения или в целом по всей стране, может проводиться при условии соответствия этическим принципам научных исследований, профессиональной этике, защите прав отдельных людей и конфиденциальности, а также применения специальных мер сохранения анонимности.

³⁹ The issue of voluntary testing and disclosure is to be the subject of a joint WHO/ILO meeting of experts, the results of which will be available electronically as a fast sheet.

Добровольное сообщение о ВИЧ-статусе и конфиденциальность

67

Добровольное сообщение отдельным лицом о своем ВИЧ-статусе может привести к определенным последствиям, поэтому оно является исключительно личным решением самого работника. Конфиденциальность на рабочем месте означает, что ЛЖВ совершенно самостоятельно решают вопрос о том, стоит ли и каким образом информировать коллег о своем статусе. Работники здравоохранения должны понимать, что они также имеют право на конфиденциальность и не обязаны давать ответ о своем статусе на вопросы пациентов или родственников. При безопасных для здоровья и достойных условиях на работе, где коллеги просвещены о ВИЧ/СПИДе, где отсутствует дискриминация, ВИЧ-инфицированные с большей степенью вероятности будут открыто информировать о своем статусе, обращаться за консультациями и лечением и участвовать в программах профилактики. Такое положение дел на производстве повышает возможности профилактики и способствует правильной расстановке кадров (см. пункты 11 «Принципы» и 52 «Мониторинг и оценка»).

68

Следует обеспечить конфиденциальность всех регистрационных записей о работниках, имевших контакты с кровью или другими биологическими жидкостями организма. Краткая информация, касающаяся всех случаев контакта в конкретном медико-санитарном учреждении, может быть предоставлена всем работниками и их представителям в том виде, в каком это было согласовано в результате консультаций между работодателем и представителями работников. Следует внедрить строгий порядок работы с указанной информацией, призванный свести к минимуму случаи нарушения конфиденциальности на рабочем месте, предусмотренной национальным законодательством и существующими нормами.

Лечение

69

Программы оздоровления и специальной антиретровирусной терапии являются важной частью любой стратегии, направленной на сохранение трудоспособности ВИЧ-инфицированных работников и их дальнейшее участие в трудовом процессе. Программы помогают также снизить уровень стигматизации и дискриминации, демонстрируя преимущества добровольного сообщения о своем ВИЧ-статусе и возможности получения адекватного лечения. Работодателям, в максимально возможной степени, следует обеспечить доступность всех программ оздоровления, в том числе и АРТ, аналогично с программами по борьбе с другими заболеваниями.⁴⁰

⁴⁰ 9.3. Службы охраны труда и другие органы здравоохранения

(а) Некоторые работодатели могут оказать помощь своим работникам, предоставляя им антиретровирусные препараты. Там, где на предприятии существуют медицинские службы, работодатели вместе с правительством и другими заинтересованными сторонами должны предоставлять работникам самый широкий спектр медицинских услуг для профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа и помогать работникам, живущим с ВИЧ/СПИДом.

Гарантия занятости и продвижение по службе

70

Работники медико-санитарных служб, ставшие ВИЧ-позитивными, могут вести активный образ жизни многие годы. Те из них, кто по медицинским показаниям способен продолжать работать, не должны страдать от дискриминации в области занятости, профессиональной подготовки или продвижения по службе. Работодателям необходимо понять, что надлежащее отношение к проблеме ВИЧ/СПИДа, включая предоставление АРТ, может значительно улучшить общее состояние здоровья, продолжительность и качество жизни ЛЖВ.

Время и условия труда

71

В соответствии с национальным законодательством и существующей практикой работникам медико-санитарных служб как в государственном, так и в частном секторах на случай болезни должны быть обеспечены выплата пособий, страховка и социальное обеспечение и/или система выплаты компенсаций эквивалентная тем, что существуют в других хозяйственных и социальных сферах. Медико-санитарные работники, живущие с ВИЧ, не должны подвергаться дискриминации в получении доступа к социальному обеспечению и другим установленным законом льготам. В то же время по ходу развития болезни может оказаться необходимым расширить эти льготы (например, продлить отпуск по болезни). Если в существующих нормах социального обеспечения и схемах выплаты компенсаций потребуется в особом порядке учитывать заболевания, связанные с ВИЧ-инфекцией, это должно стать предметом переговоров между работодателями и профсоюзом или представителями работников.

Разумное изменение условий труда

72

Разумное изменение условий труда относится к административным или практическим мерам, которые внедряются по инициативе работодателя с целью помочь работникам, имеющим заболевания или инвалидность, успешно выполнять свои трудовые обязанности. К работникам, имеющим заболевания, связанные с ВИЧ-инфекцией и обращающимся с просьбами об изменении условий труда, следует относиться так же, как к работникам с любой другой хронической болезнью и принимать решение в соответствии с национальным законодательством и существующими нормами. По результатам консультаций между работодателями и работниками и/или их предста-

9.3 (б) Такие службы могут осуществлять снабжение антиретровирусными препаратами, лечение ВИЧ-инфекции, консультации по вопросам питания и использования необходимых пищевых добавок, снятие стресса и лечение наиболее распространенных инфекций, связанных с ослаблением иммунитета, включая ИППП и туберкулез.

ILO : *HIV/AIDS and the world of work*, An ILO code of practice, op. cit. (См. сноску 6).

вителями в каждом конкретном случае должны осуществляться разумные изменения условий труда. Они могут включать:

- (а) перераспределение рабочего времени;
- (б) изменение выполняемых задач или видов работ, в том числе и для ВИЧ-инфицированных работников, которые могут сами подвергаться риску (см. пункт 11) или создавать угрозу для пациентов при выполнении инвазивных процедур (см. пункт 52);⁴¹
- (в) предоставление специального оборудования и создание адаптированной производственной среды;
- (г) введение специальных перерывов для отдыха и создание приспособленных для этого зон;
- (д) предоставление времени для посещения врачей и медицинских процедур;
- (е) предоставление гибкого графика отпуска по болезни;
- (ж) перевод на неполный рабочий день и согласованные гибкие условия возвращения на работу.

73

В наилучшем варианте общие положения разумного изменения условий труда согласовываются между работодателем и работниками или их представителями. Необходимо проводить разъяснительную работу с тем, чтобы другие работники считали эти действия администрации оказанием необходимой помощи, а не результатом благосклонного отношения.

Программы помощи работникам

74

Программы помощи предоставляют работникам информационную и консультативную поддержку по широкому кругу личных, медицинских и юридических вопросов. Они могут создать эффективную базу для деятельности служб укрепления здоровья на рабочих местах. Помощь в рамках программ может распространяться и на семьи работников, (например, они могут включаться в программы просвещения по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа или ухода за больным или страдающим зависимостью работником). Может возникнуть необходимость внедрить какие-то новые программы или расширить действие уже имеющихся за счет включения в них более полного перечня услуг. Изменение или внедрение новых программ должно осуществляться на основе консультаций с работниками или их

⁴¹ Вопрос добровольного тестирования и раскрытие ВИЧ-статуса рассмотрит совместное совещание экспертов ВОЗ/МОТ, результаты которого будут представлены в электронном формате в виде досье практической информации.

представителями, а также при участии государственных органов и других заинтересованных сторон.

75

Всесторонняя помощь семьям — одна из важнейших задач крупных учреждений здравоохранения, в частности, больниц. Поскольку работодатели в небольших частных или негосударственных организациях не имеют возможности только своими силами оказывать помощь семьям, она может быть организована совместными усилиями различных структур, включая местные органы здравоохранения, организации населения и группы самопомощи. Работодателям, работникам и их организациям необходимо в тесном сотрудничестве изыскивать все возможности для оказания помощи и поддержки семьям работников, живущих с ВИЧ. Следует поощрять участие в этом процессе женщин, лиц, обеспечивающих уход, и самих ЛЖВ.

Социальная защита

76

Социальная защита является важным компонентом помощи и поддержки. Она включает не только официальные программы социального обеспечения, но и частные или не установленные законом программы с аналогичными целями, такие как кассы взаимопомощи или профессиональные пенсионные системы (например, они могут принимать формы субсидий от работодателей или от правительства). В ряде конвенций МОТ рассматриваются аспекты социальной защиты и социального обеспечения (см. Приложение 1).

Знания, обучение и подготовка

77

Способность получать, обрабатывать и распространять информацию имеет важное значение для разработки стратегий ОТЗ и мониторинга их действенности. Основные материалы, которые необходимо применять или разрабатывать, включают международные стандарты в области труда, национальное законодательство, технические нормы, статистические данные и данные об оценке рисков, анализ положительного опыта, а также пособия для образования и подготовки. Работодателям следует заботиться о том, чтобы на рабочем месте имелись в наличии и использовались соответствующие средства для сбора, анализа и систематизации информации, необходимой для поддержания безопасной для здоровья производственной среды. К этому процессу следует привлекать работников и их представителей и максимально использовать их знания и опыт.

Обучение и подготовку следует строить применительно к потребностям и, исходя из уровня знаний и навыков различных групп работников. Работодателям необходимо консультироваться с соответствующими органами, занимающимися вопросами обучения, для получения дополнительной информации, касающейся организации подготовки персонала, и сотрудничать с работниками и их представителями, а также профессиональными организациями в разработке программ образования и учебных материалов. Крупные стационары, особенно базовые больницы учебных заведений и другие специализированные службы здравоохранения, по возможности, должны помогать более мелким учреждениям, в том числе СОТ и лицам, оказывающим помощь на дому, получать необходимые знания и информацию, предназначенную для обучения и подготовки работников. Частные больницы и клиники следует поощрять к тому, чтобы они содействовали эффективному притоку новых знаний и навыков в национальную систему медико-санитарной помощи. Всем учреждениям здравоохранения следует стремиться к получению современных научных знаний от национальных, международных, академических и научно-исследовательских учреждений, а также от профессиональных ассоциаций.

Работодатели обязаны предоставить медико-санитарным работникам всех уровней учебную и научную информацию, а при необходимости и возможность пройти подготовку для поддержания, обновления и улучшения своих знаний и навыков. Программы информирования и подготовки работников призваны:

- (а) повышать информированность о рисках, возникающих при контакте с ГКИ;
- (б) давать знания о способах передачи ГКИ, уделяя особое внимание ВИЧ-инфекции, гепатиту В и гепатиту С;
- (в) научить выявлять и предвидеть ситуации, при которых они могут подвергнуться воздействию ГКИ;
- (г) научить применять методы мониторинга рисков для предупреждения контактов (см. Досье практической информации № 4);
- (д) способствовать соблюдению ими стандартных и других мер предосторожности на рабочем месте в целях безопасности и здоровья;
- (е) обучить использованию оборудования и средств индивидуальной защиты и защитной одежды;
- (ж) снабдить знаниями об их обязанностях по соблюдению правил ОТЗ;

(з) научить быстро и точно сообщать назначенному на рабочем месте лицу о любом воздействии крови или других биологических жидкостей организма;

(и) обучить выполнению первичных действий по ПКП и применению других профилактических мер в соответствии с оцененным уровнем риска передачи;

(к) инструктировать относительно использования социального диалога для совершенствования трудового процесса;

(л) мобилизовать работников на участие в деятельности комитета по ОТЗ или его поддержку.

80

Кроме этого, программы информирования и подготовки должны давать руководителям возможность:

(а) обеспечивать работников, подвергающихся риску, информацией о путях передачи ГКИ, таких как ВИЧ-инфекция, гепатит В и гепатит С;

(б) внедрять и реализовать различные формы и методы ОТЗ, в первую очередь, организовывать безопасный трудовой процесс, а также принимать профилактические и защитные меры;

(в) знакомиться с правовыми обязательствами, касающимися охраны труда и здоровья;

(г) обеспечивать безусловную регистрацию, проведение расследования и принятие необходимых мер во всех случаях инфицирования ГКИ (ВИЧ-инфекцией, гепатитом В и гепатитом С); и

(д) направлять работников для получения информации, руководящих документов и консультативной помощи, если они проявляют обеспокоенность относительно последствий воздействия в целом или в контексте ПКП.

81

Учебные материалы должны основываться на достоверной доказательно-обоснованной информации и методологии, которые приняты на национальном уровне руководящими органами и специалистами в данной области. Медико-санитарные работники, имеющие достаточные навыки и большой опыт, часто являются хорошими инструкторами, что позволяет практиковать взаимообучение с помощью коллег и рекомендовано на всех уровнях. Перечень основных элементов, которые следует включать в программы информирования, обучения и подготовки медико-санитарных работников, содержится в Досье практической информации № 11. Другие направления подготовки также указаны в пунктах 20 «Роль организаций работодателей

и трудящихся», 24 «Признание ВИЧ/СПИДа проблемой, связанной с рабочим местом», 28 «Гендерные проблемы мужчин и женщин», 31 «Социальный диалог», 38 «Управление рисками», 39 «Выявление потенциальных рисков», 41 «Мониторинг рисков», 57 «Система ответных мер».

Научные исследования и разработки

82

Максимальное содействие научным исследованиям и разработкам в области ВИЧ/СПИДа отвечает интересам работодателей, работников и общества в целом. Сюда могут входить исследования по распространению и анализу новых случаев заражения ВИЧ/СПИДом, разработка вакцин и лекарственных средств, изучение поведенческих изменений и других областей, которые будут способствовать повышению эффективности борьбы с пандемией ВИЧ/СПИДа.

Приложение 1

Основы деятельности

Международные программы по ВИЧ/СПИДУ

Настоящие рекомендации разработаны с учетом действующих программ по ВИЧ/СПИДУ и отражают тот вклад, который вносят в осуществление этих программ следующие организации:

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС)

ЮНЭЙДС является главным пропагандистом глобальных действий по борьбе с эпидемией. Программа возглавляет, развивает и поддерживает широкие фронт действий, направленных на предупреждение ВИЧ-инфекции, оказание помощи и поддержки отдельным лицам и в целом обществу, страдающим от ВИЧ/СПИДа, добивается снижения их социальной уязвимости и ослабления воздействия эпидемии. Программа учреждена, чтобы объединить усилия и ресурсы десяти агентств системы Организации Объединенных Наций. Она призвана бороться с дальнейшим распространением ВИЧ-инфекции во всем мире, оказывать помощь людям, уже пострадавшим от эпидемии, и принимать меры для уменьшения ее воздействия.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

Как соучредитель ЮНЭЙДС, ВОЗ руководит мероприятиями сектора здравоохранения по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа. Задачи агентства определены Глобальной стратегией сектора здравоохранения (ГССЗ) по борьбе против ВИЧ/СПИДа на 2003–2007 гг., которая была одобрена Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2003 года. Борьба с ВИЧ/СПИДом – один из главных приоритетов для всей организации в целом. Основная программа ВОЗ по ВИЧ/СПИДУ осуществляется в тесном контакте с другими, близкими по целям и задачам, программными областями. К ним относятся охрана труда, сексуальное и репродуктивное здоровье, туберкулез, безопасность крови, здоровье детей и подростков, основные лекарственные средства и политика в этой области, эпидемиологический надзор за болезнями, охрана психического здоровья, разработка вакцин и бактерицидов, гендерные вопросы и здоровье женщин, медико-санитарное просвещение и наркотическая зависимость. ВОЗ является головной организацией по осуществлению инициативы «3 к 5», предусматривающей обеспечение антиретровирусным лечением 3 миллионов человек в развивающихся странах к концу 2005 года.

Международная организация труда (МОТ)

МОТ также активно участвует в осуществлении ответных мер на угрозу ВИЧ/СПИДа, осознавая ту опасность, которую представляет эпидемия для здоровья и обеспечения прав граждан, их трудоспособности и получения средств к существованию. Организация отчетливо видит те препятствия, которые ВИЧ/СПИД создает на пути достижения целей МОТ по сокращению дефицита достойной работы, особенно в вопросах занятости и социальной защиты. Принципы социальной справедливости и равноправия, трехстороннее сотрудничество в решении вопросов труда и занятости, а также основные стандарты труда подтверждают правовой характер подхода МОТ к участию в глобальных усилиях по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Задача Программы МОТ по ВИЧ/СПИДу (МОТ/СПИД) – показать, что рабочее место является одним из основных участков для осуществления эффективных действий по уменьшению угрозы распространения и воздействия эпидемии. Силами участников трехстороннего партнерства МОТ содействует национальным планам включения задач по развитию рабочего места в стратегию, а также в основные направления деятельности и программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом для всех рабочих мест на основе фундаментальных международных стандартов, в частности, Свода практических правил по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда».

Международные стандарты и документы по ВИЧ/СПИДу

В настоящее время не существует международного договора или конвенции, которая касалась бы исключительно ВИЧ/СПИДа. Несколько правовых актов по этой проблематике были разработаны МОТ. Другие международные документы, такие как декларации и практические рекомендации, были разработаны ВОЗ, а также рядом специализированных учреждений ООН, занимающихся проблемой ВИЧ/СПИДа.

Документы Организации Объединенных Наций

- Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу: Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, 2001 г.
- Международные принципы по правам человека и ВИЧ/СПИДу, 1998 г; Пересмотренный принцип 6: доступ к профилактике, лечению, помощи и поддержке, 2002, ЮНЭЙДС; Управление Верховного Комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека.
- Цели в области развития, содержащиеся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, 2000 г.

Международные документы в сфере труда

Конвенции и рекомендации

- Конвенция о дискриминации в области труда и занятий (No.111) и Рекомендация (№ 111), 1958 г.

- Конвенция о безопасности и гигиене труда, 1981 г (№ 155).
- Конвенция о службах гигиены труда, 1985 г. (№ 161).
- Конвенция о прекращении трудовых отношений, 1982 г. (№158).
- Конвенция о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов, 1983 г. (№ 159).
- Конвенция о минимальных нормах социального обеспечения, 1952 г. (№ 102).
- Конвенция об инспекции труда, 1947 г. (№ 81).
- Конвенция о трудовых отношениях на государственной службе, 1978 г. (№ 151).
- Конвенция о применении принципов права на объединение в профсоюзы и на ведение коллективных переговоров, 1949 г. (№ 98).
- Конвенция о коллективных переговорах, 1981 г. (№154).
- Конвенция о работе на условиях неполного рабочего времени, 1994 г (№ 175).
- Конвенция (пересмотренная) о трудящихся-мигрантах, 1949 г. (№ 97).
- Конвенция о трудящихся-мигрантах (дополнительные положения), 1975 г. (№ 143).
- Рекомендация о сокращении продолжительности рабочего времени (№ 116), 1962 г.
- Конвенция о ночном труде (№ 171) и Рекомендация (№ 178), 1990 г.
- Протокол 1990 г. к Конвенции (пересмотренной) о ночном труде женщин, 1948 г. (№ 89).
- Конвенция о сестринском персонале (№ 149) и Рекомендация (№ 157), 1977 г.

Сводь правил и руководства

- Свод практических правил МОТ о насилии на работе в сфере услуг, 2004 г.
- Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда», 2001 г.
- Руководство по системам управления безопасностью и гигиеной труда, 2001 г.
- Технические и этические принципы для наблюдения за состоянием здоровья трудящихся, 1998 г.
- Свод правил МОТ о защите личных данных трудящихся, 1997 г.
- Регистрация и уведомление о несчастных случаях и заболеваниях на производстве, 1995 г.

Документы и руководства ВОЗ

Документы и политика

- Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу, 2003–2007 гг.: Обеспечение структуры для партнерства и взаимодействия.

- Резолюция WHA57.14 о расширении лечения и помощи в рамках координированных и комплексных ответных мер на ВИЧ/СПИД, 2004 г.
- Резолюция о вкладе ВОЗ в осуществление мер после проведения специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, 2002 г.

Технические руководства

- Практическое руководство по профилактике больничных инфекций, 1995 г. *Prevention of hospital-acquired infection: A practical guide*, 2nd edition (2002). Download document: English – PDF 405 kb; Spanish – PDF 806 kb, http://who.int/csr/resources/publications/drugresist/WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12/en/.
- Руководство по профилактике туберкулеза в учреждениях здравоохранения в условиях ограниченных ресурсов, 1999 г.
- Руководство по мониторингу и оценке совместных мероприятий против ТБ/ВИЧ, 2004 г.
- Безопасное удаление медико-санитарных отходов (документ о политике), 2004 г.
- ВОЗ/МОТ/МСМС/ИОО Основные принципы рассмотрения насилия на работе в секторе здравоохранения, 2002 г.
- Местное производство средств для инъекций с приспособлениями для предупреждения повторного использования, включая саморазрушающиеся шприцы: полномочия для оказания ВОЗ помощи при передаче технологий, 2004 г.
- Памятка по профилактике и борьбе с инфекцией в медико-санитарных учреждениях, 2004 г.
- Справочные материалы для разработки национальной политики и планов действий для обеспечения безопасности инъекций в национальных программах иммунизации, 2003 г.
- Памятка по стратегии защиты работников здравоохранения от инфекций, передаваемых с вирусами крови, 2003 г.
- Руководство по вопросам политики безопасных инъекций, 2003 г.
- Памятка по вопросам безопасности крови для национальных программ крови, 2002 г.
- Тестирование и консультирование по ВИЧ-инфекции: путь для лечения, помощи и поддержки, 2004 г.
- Объединенное руководство по АРТ в контексте первичной медико-санитарной помощи, 2004 г.
- Расширение помощи при ВИЧ/СПИДе: оказание помощи и перспектив в отношении кадровых ресурсов, 2004 г.
- Стандарты оказания качественной помощи при ВИЧ-инфекции: Методика для оценки качества, улучшения и аккредитации, 2004 г.
- Руководство по вопросам этики и равного доступа к лечению и помощи при ВИЧ-инфекции, ВОЗ, 2004 г.

Досье практической информации

Примечание: Предлагаемые досье содержат признанную на международном уровне практическую информацию (имевшуюся в распоряжении на момент публикации рекомендаций) об опасностях, которые несет ВИЧ/СПИД, способах снижения рисков заражения и методах контроля, предназначенных для защиты здоровья работников от воздействия ВИЧ-инфекции и других ГКИ. Учитывая быстрые темпы технического и научного прогресса, досье будут регулярно обновляться и публиковаться в электронном формате на веб-сайтах ВОЗ и МОТ. Пользователям следует периодически просматривать эти и другие источники для ознакомления с новой и/или обновленной информацией по этим вопросам.

Досье практической информации № 1

ВИЧ и вирусы гепатита: характеристики рисков

Вирусы гепатита

Наиболее распространенной причиной возникновения вирусного гепатита являются вирус В (ВГВ) и вирус С (ВГС). Симптомами заболевания могут быть абдоминальные расстройства, тошнота, потеря аппетита, усталость, температура, желтуха и темный цвет мочи. Для определения причин гепатита, а также типа вируса, вызвавшего инфекцию, используется анализ крови.

Вирус гепатита В

Может быть обнаружен в крови и в других биологических жидкостях организма человека (таких как сперма). Вирус способен передаваться от одного человека к другому через инфицированную кровь или другие биологические жидкости организма. Это может произойти:

- во время инъекции или нанесении травмы загрязненным инструментом для инъекций (например, при повреждении кожных покровов иглой или при внутривенном введении наркотиков), а также иными острыми предметами;
- при сексуальном контакте;
- при переливании инфицированной крови или ее продуктов, а также при трансплантации инфицированных материалов;
- путем опосредованной передачи инфицированной крови при совместном пользовании бритвами, зубными щетками и другими предметами личного пользования;
- в результате контакта со слюной (при попадании инфицированной слюны в рот, нос, глаза или на поврежденную поверхность кожи) или
- во время беременности, родов и грудного вскармливания — от матери к ребенку.

ВГВ может сохраняться в крови и других биологических жидкостях организма, находящихся вне человеческого тела. При случайном контакте между людьми ВГВ обычно не передается. Заражение на рабочем месте может происходить в основном при использовании загрязненных игл и других острых предметов.

Для большинства ВГВ-инфицированных взрослых симптом желтухи не является обязательным. Отсутствие этого характерного признака не свидетельствует о легкой форме заболевания. У части инфицированных болезнь приобретает хроническую форму, и на протяжении оставшейся жизни они остаются носителями и передатчиками заболевания. При этом степень риска для окружающих может значительно варьировать в разные периоды заболевания даже у одного и того же человека. Наибольший риск инфицирования отмечается в период родов (от матери — ребенку). Для лиц, страдающих хроническими фор-

мами гепатита, риск заболевания циррозом и раком печени достаточно велик. Профилактика инфицирования ВГВ осуществляется с помощью вакцинации.

Вирус гепатита С

ВГС передается в результате контакта крови с кровью; наиболее часто инфицирование происходит при совместном использовании приспособлений для внутривенного введения наркотических средств потребителями инъекционных наркотиков. К категориям умеренного и низкого риска относится вероятность передачи при нанесении татуировок и пирсинге с использованием зараженного оборудования, при травмах иглами для инъекций, при переливании крови без должного контроля и при передаче от матери ребенку при рождении. Хотя ВГС не классифицируется как инфекция, передаваемая половым путем, заражение при сексуальных контактах возможно при случайном попадании зараженной крови из одного организма в другой. В настоящее время не существует вакцины для предупреждения ВГС. На начальных стадиях заболевание может протекать без симптомов. Определенные симптомы, от самых незначительных до очень тяжелых (утомляемость, тошнота, мышечные боли, боли в области живота и потеря аппетита), возникают у большинства людей с хронической формой гепатита С (около 75% инфицированных ВГС) приблизительно через 10–15 лет после заражения. В профессиональной среде заражение ВГС может происходить после травмы зараженными острыми инструментами или, что гораздо реже, на основе контакта слизистой (глаз, носа, рта) с кровью.

Другие вирусы гепатита

Они включают вирусы гепатита А (и менее распространенного гепатита Е), а также вирусы гепатита D и G. Последние диагностируются достаточно редко, а терапевтическая стратегия их лечения строится на основе мер, предложенных для ВГВ и ВГС.

Вирус иммунодефицита человека

Основной причиной возникновения синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа) является отрицательное влияние ВИЧ на состояние иммунной системы человека, снижающее возможности организма сопротивляться инфекции. Развитие ВИЧ-инфекции проходит обычно несколько этапов. Первые недели после заражения человек может испытывать симптомы, аналогичные возникающим при ангине. Антитела к вирусу обычно образуются именно в это время (от трех до двенадцати недель после заражения). После первоначального инфицирования наступает длительный период, когда у человека отсутствуют или проявляются лишь отдельные незначительные признаки заболевания, а наличие ВИЧ-инфекции определяется присутствием в крови антител. Этот период может продолжаться от трех до восьми лет после первоначального заражения. По мере того, как вирус начинает разрушать иммунную систему, могут возникнуть такие симптомы, как потеря веса, повышенная температура, диарея и увеличение лимфатических узлов. С течением времени заболевание прогрессирует и переходит в стадию СПИДа, которая проявляется выраженным поражением иммунной системы. В этот период основной риск (вплоть до летального исхода) состоит в возможности присоединения других за-

болеваний, в первую очередь онкологических и инфекционных, патогенез которых связан с ограниченными возможностями иммунной системы организма человека.

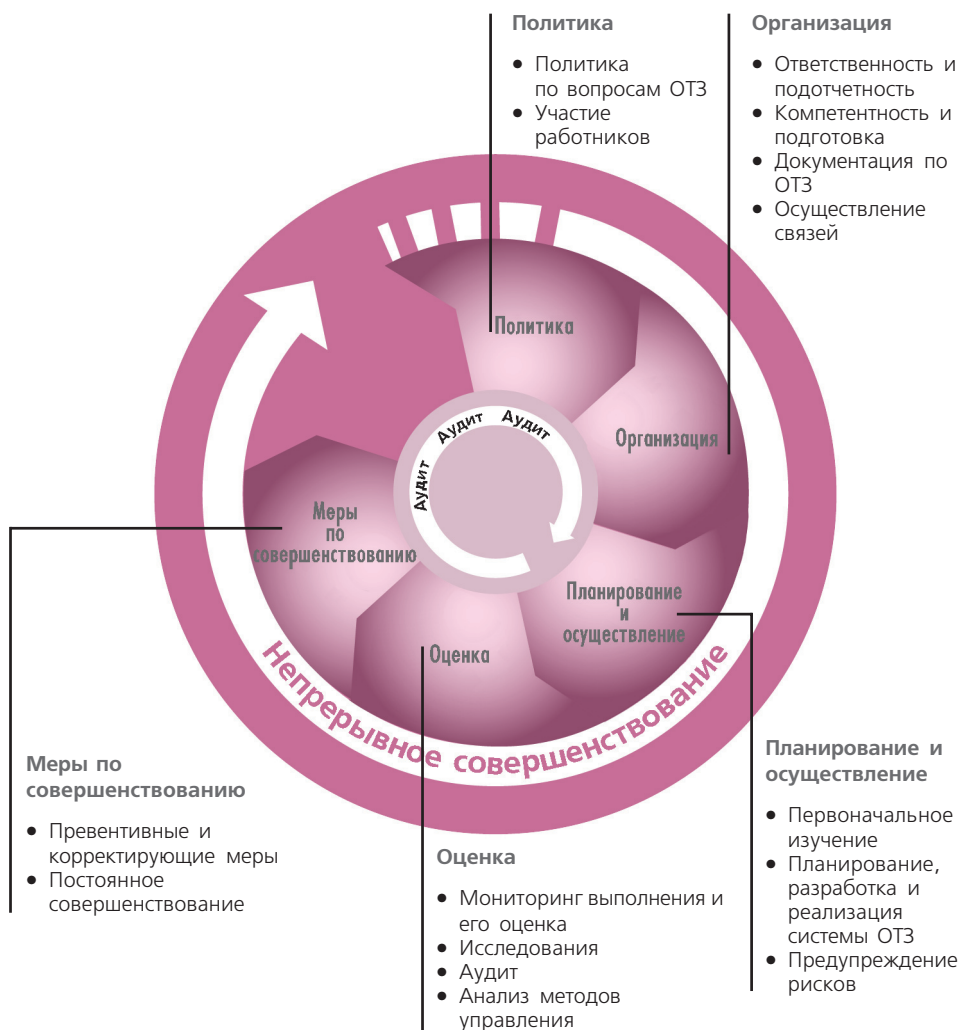
ВИЧ-инфекция не так заразна, как гепатит В или гепатит С, но передается аналогичными путями. Заражение ВИЧ может происходить через инфицированную кровь или другие биологические жидкости организма во время анального или вагинального полового контакта, при травмах, наносимых инфицированными острыми предметами (включая иглы для инъекций). ВИЧ-инфекция может также передаваться инфицированной матерью ребенку во время беременности, родов или грудного вскармливания.

ВИЧ обычно не передается при несексуальных контактах человека с человеком. Однако он может распространяться через инфицированные материалы, которые вступали/ют в непосредственный контакт с поврежденными и/или слизистыми (оболочкой глаз, носа или рта) покровами. Пользование разными лицами одной зубной щеткой или бритвой увеличивает риск передачи. Заражение в ходе трудового процесса может происходить при переливаниях крови — инфицированной или незараженной, но с использованием загрязненных игл — или при контактах со слизистой (при попадании жидких субстанций организма в рот, нос, глаза или на поврежденные кожные покровы). Хотя ВИЧ-инфекция может сохраняться в биологических жидкостях вне организма, она все-таки менее устойчива, чем вирусы гепатита.

В настоящее время медицина не располагает вакциной для защиты от ВИЧ-инфекции. Отсутствуют также данные, свидетельствующие о том, что ВИЧ передается насекомыми, пищей, водой или через столовые приборы и посуду, равно как при чихании, кашле, с выделениями потовых желез, слезами, при совместном использовании одежды, телефонными аппаратами, туалетами, писсуарами или плавательными бассейнами.

Досье практической информации № 2 Управление охраной труда и здоровья

Основные разделы и элементы системы управления охраной труда и здоровья (СУОТЗ) на рабочем месте разработаны на основе руководства МОТ по системам управления безопасностью и гигиеной труда, 2001 г. и графически представлены ниже:



За дополнительной информацией по руководству МОТ– Безопасность и гигиена труда, 2001 г., обращаться по адресу:
SafeWork, ILO, 4, route des Morillons, CH-1211 Geneva 22, Switzerland.
Tel: +41-22-799-6715. Fax: + 41-22-799-6878.
Email: safework@ilo.org <http://www.ilo.org/safework>, <http://www.ilo.ru/osh/index.html>

Досье практической информации № 3

Модель структуры управления охраной труда в медицинском учреждении ²¹

Настоящая модель подготовлена Департаментом гуманитарной службы штата Виктория (Австралия). В ней кратко представлены основные элементы структуры, необходимые любому стационару или службе здравоохранения для обеспечения комплексного подхода к организации охраны труда и связанных с ней обязательств, включая закрепленные юридически, а также для решения задач по созданию свободного от рисков рабочего места и обеспечения непрерывного совершенствования системы охраны труда и здоровья, сокращения расходов, связанных с производственным травматизмом, болезнями и компенсационными выплатами работникам.

Структура системы

1. ОТЗ: политика и обязательства. Наличие безопасного для здоровья рабочего места предполагает совместное участие, взаимные обязательства и постоянное партнерство между руководителями, работниками и/или их представителями, что должно быть закреплено в программных документах, определяющих обязанности организации по ОТЗ и пути их выполнения. В качестве одной из целей должно быть предусмотрено предупреждение травматизма и заболеваемости на работе.

2. Ответственность СУОТЗ. Охрана труда и здоровья может быть эффективной лишь тогда, когда за любые действия определена мера ответственности, и она возложена на тех, кто этой деятельностью руководит. Ответственность, возлагаемая на каждое лицо, должна соответствовать его полномочиям. Работники также несут ответственность за поддержание рабочего места в безопасном для здоровья состоянии, и это должно найти отражение в описании их служебных обязанностей.

3. Консультации по ОТЗ. Люди в большей степени будут осознавать свою ответственность за состояние системы управления охраной труда и здоровья, если они примут участие в ее становлении, а также будут получать необходимые консультации по всем вопросам охраны труда, которые касаются непосредственно их самих. Такие консультации способствуют совершенствованию системы, поскольку они не только представляют людям информацию о состоянии их здоровья и мерах по его охране, но одновременно дают возможность работникам поделиться своими мыслями и идеями о том, как лучше осуществлять руководство в этой области.

4. Подготовка, проводимая в СУОТЗ. О том, как организована работа по охране труда и здоровья на рабочем месте, должны знать все работники, если они хотят содействовать поддержанию высоких стандартов здоровья и безопасности на производстве. Необходимо также знать, как без риска для здоровья выполнять свою работу. Подготовка по охране труда особенно важна, когда люди впервые попадают в конкретную производственную среду и еще не знакомы с охраной труда и возможными рисками.

5. Процедуры СУОТЗ. Предписания и инструкции, изложенные в письменном виде, необходимы для более глубокого понимания принципов работы системы управления охраной труда и здоровья, а также применения необходимых мер безопасности в процессе труда. Указанные документы должны охватывать основные мероприятия системы, такие как управление рисками, материально-техническое обеспечение, планирование, чрезвычайные меры и т.д. Эти предписания составляют основу руководящих документов организации по вопросам охраны труда.

6. Руководство работающими по подряду. Учреждения здравоохранения часто используют лиц, нанимаемых по подряду для выполнения отдельных работ и ряда медицинских услуг. Требования к охране труда должны стать одним из критериев для найма наиболее компетентных в этом отношении лиц. Им следует обеспечить надлежащее руководство с тем чтобы, находясь на рабочем месте, они не подвергали опасности себя и других лиц.

7. Достижение целей и выполнение показателей СУОТЗ. Для обеспечения охраны труда и здоровья на рабочем месте следует установить определенные цели, а сама система управления ОТЗ должна быть ориентирована на достижение конкретных результатов по разработанным показателям. Цели определяют направление деятельности системы и дают возможность производить ее текущую оценку. При этом в целях совершенствования системы показатели деятельности должны постоянно корректироваться.

Функционирование системы

8. Процессы управления рисками. Определенные риски присутствуют на всех рабочих местах, и они могут представлять собой угрозу для здоровья и безопасности. Опасность могут представлять: операции, осуществляемые вручную; воздействие инфекций; вредные вещества; связанные с насильем формы поведения, а также опасность поскользнуться, споткнуться или потерять равновесие. Процесс выявления рисков должен быть непрерывным, так же как и эффективный контроль над ними. Опасности следует ликвидировать полностью или же организовать такой мониторинг рисков, который обеспечит должную безопасность людей.

9. Инспекции, тестирование и корректирующие действия. Регулярные планируемые проверки на рабочем месте являются важным элементом обеспечения эффективности мониторинга рисков и предупреждения возникновения новых угроз. Проверки включают инспекции на местах, контроль состояния оборудования и проведение тестов на рабочем месте. Действия по исправлению недостатков в целях поддержания безопасной для здоровья производственной среды должны быть значимыми, регистрируемыми и реально осуществимыми.

10. Уведомление о несчастных случаях и помощь при чрезвычайных ситуациях. Хотя СУОТЗ на рабочем месте призвана предупреждать травматизм и заболеваемость, полностью устранить риск несчастных случаев невозможно. В этой связи на производстве должна действовать процедура уведомления о несчастных случаях, их расследования и предотвращения рецидивов. Особые процедуры необходимы для серьезных несчастных случаев, например, пожаров, выбросов химических веществ или вспышек насилия.

11. Лечение травм и возвращение на работу. Людям, получившим травму или заболевание в ходе трудового процесса, следует оказывать необходимую помощь и поддержку, обеспечивающих их скорейшее возвращение к работе. При этом возможно поэтапное возвращение, которое предполагает ограниченное рабочее время или выполнение работы, требующей меньших усилий, до тех пор, пока работник не сможет вернуться к полноценному исполнению своих трудовых обязанностей.

12. Контроль документации СОТ. Службы охраны труда готовят ряд важных документов, которые хранятся длительное время в качестве базиса, на основе параметров которого производится оценка работы системы в целом и документально подтверждается то, что ее деятельность осуществляется в соответствии с утвержденными планами.

Анализ работы системы

13. Анализ деятельности СУОТЗ. Функционирование СУОТЗ следует регулярно подвергать глубокому анализу, что позволит обеспечить нормальную работу и поддержание необходимых стандартов здоровья и безопасности на рабочем месте. Изучение работы системы должно проводиться на основе конкретных показателей деятельности.

14. Ревизия деятельности СУОТЗ. Периодически следует проводить ревизии СУОТЗ, которые позволят своевременно определить, насколько рациональной и соответствующей стандартам она является. Ревизия может быть как внутренней, так и внешней. Последняя обеспечивает независимую проверку деятельности системы.

15. Постоянное совершенствование СУОТЗ. Ни одна система не может рассматриваться как идеальная – всегда существуют возможности для ее улучшения. Усилия по совершенствованию системы управления охраной труда и здоровья следует направлять на достижение еще более высоких стандартов безопасности на рабочем месте.

Досье практической информации № 4 Иерархия методов мониторинга рисков, связанных с ГКИ

Методы устранения/снижения рисков на производстве традиционно рассматриваются в порядке приоритетов, исходя из их способности предупреждать потенциальную опасность или травматизм. Приведенная ниже таблица показывает, как применять иерархию методов мониторинга рисков, связанных с ГКИ.

Метод мониторинга

Эффективность мониторинга

Устранение опасности — полное исключение определенной опасности на рабочем месте. В качестве метода наиболее предпочтителен. Примеры: удаление всех острых предметов и инъекционных игл, а также отказ от необязательных инъекций. Альтернативой использованию традиционных шприцев и игл могут стать безыгольные инъекторы.

Безыгольные внутривенные системы зарекомендовали себя как эффективная мера, которая, по данным одногодичного исследования, проведенного в Канаде, на 78,7% сократила травматизм от уколов иглами во время внутривенных инъекций и переливаний.

Инструментальный контроль — система мероприятий, направленная на изоляцию или удаление опасности с рабочего места. Этот метод включает, например, использование контейнеров для удаления острых отходов (известных как «контейнеры безопасности») и самозачехляющихся игл.

На 2/3 сокращается производственный травматизм при использовании контейнеров для острых отходов.

По данным 7 проведенных исследований, использование более безопасных игл для инъекций обеспечило снижение травматизма на 23–100% или в среднем на 71%.

Административный контроль — система, ориентированная на ограничение воздействия определенного риска. Использование ее методов должно, в частности, показывать, что работодатель строго следует обязательствам по обеспечению безопасности работников. Эти целям служит внедрение плана по предупреждению травм, предусматривающего удаление всех острых предметов, и непрерывную подготовку по вопросам безопасности используемого оборудования.

Недостаточно безопасная производственная среда и малочисленный персонал, приводят к 50-процентному увеличению травм, наносимых иглами для инъекций.

Контроль трудового процесса — сокращение профессионального травматизма в связи с изменением поведения работников. Примеры: отказ от повторного изолирования игл после употребления, своевременное опорожнение контейнеров для острых предметов до того, как они наполнятся, обеспечение средствами для безопасного обращения и уничтожения острых предметов до начала какой-либо процедуры.

Отказ от повторного изолирования игл после инъекции привел к сокращению на две трети травм, наносимых иглами для инъекций.

Средства индивидуальной защиты (СИЗ) — создание барьеров между работником и существующим риском. Например, использование очков, перчаток, масок и халатов.

СИЗ предупреждают попадание брызг крови, но не ограждают полностью от уколов иглами. Двойные перчатки при осуществлении хирургических процедур сокращают вероятность прокола внутренней перчатки на 60–70%.

Досье практической информации № 5 Предупреждение внутрибольничного ВИЧ-инфицирования с помощью стандартных мер предосторожности

Что представляют собой эти меры?

Стандартные меры предосторожности сочетают в себе основные положения **Унифицированных мер предосторожности** (предназначенных для уменьшения опасности передачи ГКИ) и **Правил изоляции субстанций организма** (призванных уменьшить опасность передачи инфекционных возбудителей из биологических жидкостей организма). Стандартные меры предосторожности применяются по отношению к 1) крови; 2) любым биологическим жидкостям организма (*за исключением пота*) независимо от того, содержат они видимые признаки наличия крови или нет; 3) поврежденной поверхности кожи и 4) слизистым оболочкам. Стандартные меры предосторожности призваны уменьшить риск передачи микроорганизмов как из установленных, так и неизвестных источников инфекции в стационаре. В соответствии с принципами применения стандартных мер предосторожности вся кровь и другие биологические жидкости организма должны рассматриваться как потенциально инфицированные передаваемыми с кровью болезнетворными агентами, включая ВИЧ-инфекцию и гепатиты В и С, независимо от статуса или предполагаемых факторов риска конкретного лица.

Стандартные меры предосторожности включают:

- мытье рук;
- использование средств индивидуальной защиты (перчаток, халатов, масок в тех случаях, когда предполагается прикосновение к пациенту или воздействие биологических жидкостей организма пациента);
- правильное размещение пациента;
- действия, связанные с защитой окружающей среды (удаление отходов, уборку помещений, смену грязного белья);
- квалифицированное обращение с острыми предметами и их удаление;
- безопасную организацию трудового процесса;
- правильное обращение с образцами крови и тканей и их транспортировку;
- своевременный и качественный уход за инструментом и оборудованием (чистка, транспортировка и обслуживание).

В чем значение стандартных мер предосторожности?

С кровью или другими биологическими жидкостями организма могут передаваться инфекции, такие как гепатит В, С, бактерии, вирусы и ВИЧ-инфекция. Передача инфекции может быть очевидной (в тех случаях, например, когда использованная игла от шприца повреждает кожу) или незаметной (когда кровь или другие биологические жидкости организма инфицированного человека контактирует с небольшими повреждениями на коже того, кто оказывает помощь). Инфек-

ция может также передаваться от больного к больному, от больного к работнику здравоохранения, и от работника здравоохранения к больному (хотя последнее бывает достаточно редко).

Несоблюдение стандартных мер предосторожности увеличивает вероятность передачи инфекции, которой можно было бы избежать.

Как обеспечить применение стандартных мер предосторожности?

Прежде чем работники здравоохранения смогут применять стандартные меры предосторожности, национальные органы и учреждения здравоохранения должны выработать соответствующую политику и нормативные документы, а также предоставить оборудование и необходимые материалы. Для содействия выполнению правил по борьбе с инфекциями политика и нормативные акты на национальном уровне и в рамках отдельных учреждений должны:

- **Добиваться понимания работниками необходимости обращения с любыми биологическими жидкостями организма как с инфицированными.** Работники здравоохранения должны знать о профессиональных рисках, осознавать значение стандартных мер предосторожности и необходимость их постоянного применения ко всем лицам независимо от диагноза. Регулярная переподготовка без отрыва от производства должна обеспечиваться для всех медицинских и немедицинских работников в учреждениях здравоохранения. Кроме того, учеба всех работников здравоохранения должна предусматривать изучение стандартных мер предосторожности.
- **Обеспечивать укомплектованность кадрами и достаточное снабжение материально-технических средств.** Хотя просвещение работников здравоохранения играет очень важную роль, оно не является достаточным для того, чтобы стандартные меры предосторожности соблюдались повсеместно. Чтобы предотвратить нанесение вреда или инфицирование пациентов и персонала, медицинские учреждения должны располагать необходимыми материалами для оказания клинической помощи. Так, например, даже при ограниченных ресурсах всегда должно быть в наличии необходимое стерильное оборудование. Для каждой инъекции следует иметь разовый, подлежащий уничтожению инструмент. Также необходимы вода, перчатки, материалы для обработки и очистки, средства для дезинфекции и стерилизации, включая средства для мониторинга. Основой для предупреждения инфицирования при оказании медицинской помощи служит наличие легкодоступных запасов воды (когда отсутствует водопроводная вода, необходимо обеспечить ее достаточные запасы из других источников). Следует также создать условия для безопасного уничтожения медицинских и лабораторных отходов и фекалий.
- **Способствовать принятию подтвержденных практикой эффективных стандартов безопасности для пациентов и сотрудников.** Надлежащее использование оборудования, соответствующее обучение персонала и требования контроля должны быть четко определены в соответствующих нормативных документах. Кроме того, эти документы должны подкрепляться материальными ресурсами, установленными правилами проведения мониторинга и контроля. Регулярный контроль медико-санитарных учреждений будет спо-

способствовать устранению или снижению рисков на рабочем месте, связанных с выполнением трудовых обязанностей. Если в результате травмы или загрязнения произошел контакт с ВИЧ-инфицированным материалом, то консультирование, лечение, последующее наблюдение и уход должны быть гарантированы (что также делает необходимым разработку политики и руководящих документов).

- **Стремиться к сокращению необязательных процедур.** Соблюдение правил применения и проведения опасных процедур должно строго контролироваться. Следует четко определить, когда показаны представляющие потенциальную опасность процедуры, и надлежащим образом подготавливать к их проведению персонал. По возможности, следует стремиться к применению наиболее безопасных процедур (например, вместо переливания крови использовать соответствующие объемы растворов, ее заменяющих). Также необходимо исключить необязательные инъекции, заменив препараты в форме инъекций на пероральные (для приема внутрь) лекарственные средства.
- **Предусмотреть создание специальной группы для оценки использования стандартных мер предосторожности.** Деятельность группы должна быть направлена на решение вопросов профилактики: оценки существующей практики и имеющихся ресурсов для ее осуществления, создания системы надзора, а также для наблюдения за возможным инфицированием пациентов и сотрудников, выработки соответствующих процедур, подготовки персонала и проведения мониторинга.
- **Способствовать формированию мотивации к внедрению более безопасной практики в деятельности служб здравоохранения.** Мотивация к внедрению безопасных процедур, в частности, использования разового оборудования для инъекций или пероральных препаратов может содействовать закреплению в практике медицинских учреждений стандартных мер предосторожности.

Кадровые ресурсы, инфраструктура и средства материально-технического обеспечения

Помимо создаваемых на уровне учреждений нормативных документов по борьбе с инфекцией, необходимо обеспечить наличие упомянутых выше средств и условий, в частности, мест для мытья рук, устойчивого водоснабжения, принудительной вентиляции, оборудования для стерилизации, моющих средств, пероральных препаратов, стерильных одноразовых игл и шприцев, контейнеров для острых предметов, дезинфицирующих средств, лабораторного оборудования и реагентов, а также антиретровирусных препаратов. Удаление медико-санитарных отходов может потребовать строительства или перестройки существующих мусоросборников, а также применения печей для сжигания отходов или альтернативных средств их уничтожения.

Специалист по инфекционному контролю или специально назначенный для этих целей сотрудник администрации могут способствовать сокращению числа инфекций, ассоциируемых с оказанием медицинской помощи. Меры по предупреждению инфицирования должны стать частью подготовки работников здравоохранения, контроль за которой необходимо осуществлять непосредственно на рабочих местах. Особое внимание следует уделять проведению мониторинга в целях со-

крашения необязательных инвазивных процедур. Кроме того, участие в защите здоровья медицинских работников и содействию в выполнении принципа «прежде всего не навреди» должны принимать профессиональные ассоциации, включая ассоциацию медицинских сестер и национальную медицинскую ассоциацию.

Информация о стоимости

Затраты на оборудование, необходимое для обеспечения стандартных мер предосторожности (перчаток, мыла, дезинфицирующих средств и т.д.), приведут к увеличению текущих расходов служб здравоохранения, которые будут различными в зависимости от оборудования и расходных материалов, размеров медицинского учреждения и числа обслуживаемых больных. Тем не менее, применение стандартных мер предосторожности должно рассматриваться как не подлежащая обсуждению статья расходов медико-санитарных учреждений, поскольку эти меры принесут пользу как сотрудникам, так и пациентам. В тех случаях, когда опасность распространения ВИЧ-инфекции, гепатита и других инфекций является высокой, эффективность использования стандартных мер предосторожности значительно возрастает.

Основные источники

- *Руководство по профилактике передачи ВИЧ-инфекции в учреждениях здравоохранения*, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Глобальная программа по СПИДу, 1995 г. (GPA/TCO/HCS/95.1).
- *Best infection control practices for skin-piercing intradermal, subcutaneous and intramuscular needle injections*, Safe Injection Global Network and International Council of Nurses, World Health Organization, Geneva, 2001 (http://www.childrensvaccine.org/files/SIGNinf_control_best_practices.pdf).
- *Информационные бюллетени по ВИЧ/СПИДу для медицинских сестер и акушерок*, Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2000 г. (<http://www.who.int/health-services-delivery/hiv-aids/>).
- *Guideline for isolation precautions in hospitals*, US Center for Disease Control, (<http://www.cdc.gov/ncidod/hip/ISOLAT/Isolat.htm>).
- *Bloodborne infectious diseases: HIV/AIDS, hepatitis B virus, and hepatitis C virus*, US Center for Disease Control, National Institute of Occupational Safety and Health, (<http://www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/>).
- *Yale New Haven Hospital Infection Control Manual* (<http://info.med.yale.edu/ynhh/infection/precautions/intro.html>).

Досье практической информации № 6

Безопасность инъекций

Что это такое?

Безопасная инъекция — это такая инъекция, которая не причиняет вреда больному, не подвергает риску того, кто ее делает, и не создает отходов, опасных для окружающих. Она предполагает наличие всех условий для безопасного проведения процедуры при соблюдении всех необходимых правил.

Почему это важно?

Многие из инъекций, которые сегодня используются, небезопасны. К практике особого риска относится повторное использование шприцев и/или игл без стерилизации. По данным ВОЗ, ежегодно небезопасная практика инъекций становится причиной 20 млн. случаев инфицирования вирусом гепатита В, 2 млн. случаев заражения вирусом гепатита С и 260 тыс. случаев ВИЧ-инфицирования. Хронические инфекционные заболевания, развившиеся в 2000 г. в связи с практикой небезопасных инъекций, согласно расчетам, приведут к девяти миллионам лет утраченной жизни (с учетом инвалидности) в период между 2000 и 2030 гг.

Как достигается безопасность инъекций?

С учетом того, что обеспечение необходимых условий для безопасности инъекций является ответственностью национальных органов здравоохранения, учреждения здравоохранения и работники здравоохранения также несут ответственность за обеспечение безопасных и надлежащих инъекций.

Действия на национальном уровне

Создание национального многостороннего объединения, охватывающего различные подразделения министерства здравоохранения и других партнеров, является важным инструментом для разработки и осуществления национальной политики в этой области. После разработки политики элементами стратегии безопасного и надлежащего использования инъекций должны стать:

- изменение поведения больных и работников здравоохранения в целях уменьшения числа производимых инъекций и обеспечения их безопасности;
- достаточное обеспечение материалами и оборудованием для инъекций и контейнерами безопасности;
- использование эффективных методов удаления острых отходов.

Изменение поведения. Основой безопасного и надлежащего использования инъекций служит стратегия по изменению поведения, которая затрагивает как тех, кому необходимы инъекции, так и работников государственных и частных медицинских учреждений и близких к

ним организаций. Основные компоненты решения этой задачи — развитие национальной стратегии по изменению поведения, внедрение безопасной практики инъекций и самых простых стандартов оказания помощи, содействие использованию безопасных технологий и рациональному применению инъекций (нормативные документы должны рекомендовать использование там, где это возможно, пероральных лекарственных средств).

Материалы и оборудование. Ликвидация использованных материалов предполагает постоянное наличие в достаточном количестве во всех медико-санитарных учреждениях шприцев и материалов для их дезинфекции, включая контейнеры безопасности. Необходимо также саморазрушающиеся автоматические шприцы для иммунизации, шприцы и иглы для разового использования, утвержденные стандарты для всего оборудования, а также централизованная система закупок, хранения и распределения.

Острые/колющие отходы. Эффективное, безопасное и не наносящее ущерба окружающей среде удаление острых отходов является единственным способом, исключающим повторное использование разовых шприцев и игл и связанного с этим травматизма. Удаление острых отходов предполагает разработку мер, оценку существующих систем удаления отходов, выбор наиболее подходящей из них, создание соответствующих структур, подготовку персонала и обеспечение контроля.

Все направления работы должны быть обеспечены необходимыми ресурсами.

Действия на уровне учреждений

Оборудование для инъекций. Сегодня в учреждениях здравоохранения имеются три различных вида оборудования для инъекций. Многоцветные шприцы и иглы применяются до сих пор, и они могут быть стерилизованы паром, хотя, по имеющимся данным, требуемых результатов стерилизации при этом достигнуть трудно, а нарушения в ходе процесса во многих случаях приводят к недостаточной стерилизации инструментов. В связи с этим от использования многоцветных систем целесообразно отказаться. Использование одноразового оборудования для инъекций может повысить требовательность пациентов, способных изъявить желание лично видеть, как вскрывается стерильная упаковка нового оборудования. «Саморазрушающиеся шприцы», которые автоматически становятся непригодными после однократного использования, дают дополнительные гарантии того, что они не будут использованы повторно. Автоматически разрушающиеся шприцы для иммунизации теперь также широко доступны и могут быть приобретены на рынке по цене, близкой к стоимости обычных саморазрушающихся шприцев. Все более доступными становятся крупные шприцы с приспособлениями, не допускающими повторное использование при терапевтических инъекциях.

Отказ от необязательных инъекций. При назначении лекарственного лечения следует предусматривать преимущественное использование пероральных средств во всех случаях, когда это возможно.

Подготовка персонала. Должна быть обеспечена соответствующая подготовка всех врачей, медицинских сестер и других работников здра-

вохранения, привлекаемых к проведению инъекций. Процесс подготовки следует поставить под строгий контроль администрации.

Удаление отходов. Места для удаления отходов должны быть доступными. Следует также обеспечивать достаточное число контейнеров для острых отходов и других средств, используемых для их немедленного удаления.

Действия работников здравоохранения

Практика инъекций. Инъекции должны производиться только средствами одноразового использования или оборудованием, которое стерилизовано должным образом. Следует всячески избегать необязательных инъекций, заменяя их, по возможности, пероральными препаратами.

Удаление игл и шприцев. Использованные иглы и шприцы после процедуры должны незамедлительно, без повторного изолирования игл, удаляться в специальных закрытых, не пропускающих жидкости и не допускающих проколов контейнерах, которые герметически закрываются и уничтожаются значительно раньше, чем будут заполнены до конца.

Кадровые ресурсы, инфраструктура и снабжение

Деятельность национальной коалиции по вопросам безопасного и надлежащего использования инъекций должна быть скоординированной. Национальные руководящие документы по вопросам координации следует иметь во всех учреждениях здравоохранения. Пероральные лекарственные средства, стерильные, предназначенные для разового использования иглы и шприцы, а также контейнеры для острых отходов также необходимо иметь в наличии. Для безопасного удаления связанных с инъекциями отходов важно создать необходимые условия, такие как печи для сжигания, а также предназначенное для этих целей альтернативное оборудование.

Обучение безопасным способам проведения инъекций должно стать частью подготовки всех работников здравоохранения, которую следует проводить на всех рабочих местах. Особое внимание необходимо уделить мониторингу и сокращению числа необязательных инъекций. Кроме того, участие в защите здоровья медицинских работников и содействии в выполнении принципа «прежде всего не навреди» должны принимать профессиональные ассоциации, включая ассоциацию медицинских сестер и национальную медицинскую ассоциацию.

Информация о стоимости

Исследование, проведенное ВОЗ и Всемирным банком, показало, что каждый скорректированный на инвалидность год жизни (DALY), сохраненный благодаря безопасному и надлежащему использованию инъекций, обходится в значительно меньшую сумму, чем средний ежегодный доход на душу населения, что делает такой подход одной из надежных инвестиций в сектор здравоохранения.

Экономия с учетом спасенных жизней, болезни, которых удалось избежать, и незначительные прямые расходы делают безопасность инъекций одним из ключевых направлений профилактики ВИЧ/СПИДа и других инфекций.

Основные источники

- Глобальная сеть безопасных инъекций (SIGN), www.injectionsafety.org.
- Hutin, Y. и др. Наилучшая практика контроля инфекции при внутрискожных, подкожных и внутримышечных инъекциях, *Бюллетень Всемирной организации здравоохранения*, 2003 г., 81(7), <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/7/en/Hutin0703.pdf>.
- Dziekan, G. и др. «Эффективность политики по безопасному и надлежащему использованию инъекций в медико-санитарных учреждениях», *Бюллетень Всемирной организации здравоохранения*, 2003 г., 81(4), <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/4/en/Dziekan0403.pdf>.
- *Руководство по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции в учреждениях здравоохранения..* Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1995 г. (GPA/TCO/HCS/95.1).
- *Наилучшая практика по борьбе с инфекциями при внутрискожном, подкожном и внутримышечном введении препаратов*, Глобальная сеть по безопасности инъекций и Международный совет медицинских сестер, Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2001 г. (http://www.childredivaccine.org/files/SIGNinf_control_best_practices.pdf).
- *Информационный бюллетень по ВИЧ/СПИДу для медицинских сестер и акушеров.* Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2000 г. (http://www.who.int/health-services-delivere/hiv_aids/).

Досье практической информации № 7 Меры по снижению рисков, связанных с хирургическим вмешательством

1. Указанные меры должны применяться как в хирургии, так и во всех других областях медицины, акушерства и стоматологии, где присутствует хирургическое вмешательство, включая общую практику. Стратегия снижения рисков имеет особое значение для акушерства, гинекологии и неотложной помощи.
2. Большинство чрескожных травм в ходе операций или во время акушерских процедур наносится острыми хирургическими иглами. Опасность чрескожных травм для медицинского работника связана с характером и продолжительностью процедуры, а также с бытующей практикой удерживать пальцами ткани при наложении шва. При этом достаточно часто происходит незаметная перфорация хирургических перчаток. Во время длительных процедур перчатки могут также стать пористыми за счет увлажнения латекса. Не исключают возможности подобного рода травм и двойные перчатки, но они до шести раз уменьшают вероятность проникновения внутрь любой жидкости и сокращают объем проникающей крови, благодаря фильтрации через слои перчаток.
3. Использование игл с затупленным концом может также уменьшить вероятность проколов перчатки и нанесения чрескожных травм. Хотя эти иглы мало пригодны для наложения швов на кожу и кишечник, они могут эффективно использоваться для всех других абдоминальных швов. Для кожи и кишечника надежной альтернативой острым хирургическим иглам является сшивающий аппарат.
4. Контакт с кровоточащей кожей также представляет собой угрозу передачи вирусной инфекции работнику здравоохранения, даже если его собственные кожные покровы не повреждены. Целостность кожного покрова на руках персонала, участвующего в операции, может быть нарушена в результате дерматита, связанного с частым мытьем, а также от порезов и царапин, полученных во время выполнения других операций.
5. Для того чтобы свести к минимуму риск травмы, следует четко определить задачи каждого участника бригады хирургов. Для каждого члена бригады должны быть определены особые риски и меры по их снижению, которые следует периодически пересматривать.

Снижение рисков чрескожного травматизма: методы, порядок работы и оборудование

6. Снижение рисков чрескожного травматизма может быть обеспечено за счет следующих мер, которые следует учитывать везде, где это возможно:
 - (а) единовременной работы только одного сотрудника над открытой раной/полостью тела пациента (за исключением тех случаев, от которых зависит успешный исход операции);
 - (б) использования приема «свободных рук», когда к какому-либо острому инструменту в каждый момент времени прикасается толь-

ко один человек, что предполагает также отказ от передачи острых инструментов во время операции из рук в руки;

- (в) обязательного прохождения необходимых острых предметов и игл через «нейтральную зону»; при этом должно быть объявлено, что острый инструмент или игла находятся именно там. В качестве «нейтральной зоны» может использоваться поднос, почечный тазик или иная аналогичная им поверхность в операционном поле;
- (г) незамедлительного удаления сестрой скальпелей и острых игл из операционного поля сразу после того, как хирург или его ассистент поместят инструмент в «нейтральную зону» после его использования;
- (д) использования инструментов, а не рук, для извлечения и сохранения в определенной позиции тканей во время наложения шва;
- (е) применения инструментов для удержания хирургических игл и удаления лезвий скальпеля;
- (ж) удаления игл и острых инструментов из рук тех, кто в данный момент не осуществляет операционных действий;
- (з) изъятия острых хирургических игл из операционного поля, прежде чем начнут завязывать швы (это следует делать инструментами, а не руками);

7. Использование альтернативного оборудования и иного порядка работы, если это будет сочтено возможным, в том числе:

- (а) исключив любое необязательное применение острых инструментов и игл, например, за счет электрокоагуляции, затупленных игл и сшивающей аппаратуры;
- (б) используя альтернативные и менее инвазивные хирургические процедуры;
- (в) применяя разовые скальпели, скальпели, которые имеют удаляемые или убирающиеся лезвия, что позволит избежать ранений при их подготовке к работе и действиях после завершения операции;
- (г) избегая использования острых зажимов для хирургических повязок (тупые зажимы могут быть использованы так же, как и разовые салфетки, которые крепятся с помощью липкой ленты);
- (д) при помощи двойной пары перчаток, используя большой размер перчаток для внешней защиты.

Уменьшение рисков контакта кровь – кожа

8. Следующие меры помогут сократить угрозу, связанную с возможным контактом крови с кожей:

- (а) при подозрении на то, что перчатка была проколота, снимите ее как можно скорее и наденьте новую;
- (б) регулярно меняйте перчатки в ходе выполнения длительной хирургической процедуры, даже в том случае, когда на перчатке нет видимых проколов;
- (в) обеспечьте защиту тела, глаз и лица;
- (г) для участия в хирургических операциях, для защиты от брызг крови и при процедурах, связанных со значительной потерей кро-

ви, применяйте водонепроницаемые халаты или хирургические халаты с водонепроницаемыми рукавами и манжетами, а также пластиковым передником под ним;

- (д) если угрозе загрязнения кровью подвергаются ноги или ступни, закрывайте их водонепроницаемым передником, а ноги обувайте в водонепроницаемую обувь (высокие сапоги являются более предпочтительными по сравнению с другой обувью или тапочками; специальные хирургические передники, снабженные емкостями для улавливания и задержки жидкости могут быть использованы для уменьшения риска загрязнения кровью ног или ступней);
- (е) обязательно используйте защитный головной убор и хирургическую маску (мужчинам для защиты свежесбритых щек и шеи следует надевать капюшоны, а не шапочки);
- (ж) удаляйте следы крови с кожи пациента в конце операции, но до того, как он покинет операционную;
- (з) снимайте всю защитную одежду, включая обувь, перед выходом из операционной; вся загрязненная и подлежащая повторному использованию защитная одежда, включая обувь, должна проходить очистку и дезинфекцию или стерилизацию с применением соответствующих мер предосторожности (особой очистке от следов крови после использования подлежит обувь).

Меры по защите глаз и лица

9. Слизистая глаз должна изолироваться специальными защитными приспособлениями. Это поможет предотвратить попадание разбрызгиваемой жидкости (включая латеральное), но сохранить остроту зрения и избежать дискомфорта. Специальная защита лица должна быть предусмотрена для процедур, в которых существует риск контакта с брызгами крови, в том числе распыленными, и другими инфицированными материалами. Для глаз и лица предусмотрен целый ряд защитных устройств.

10. На случай контакта крови и других биологических жидкостей организма с глазами должны быть предусмотрены специальные пункты обработки глаз. При этом контактные линзы следует удалять до начала процедуры промывания глаз.

Досье практической информации № 8 Методы стерилизации и интенсивной дезинфекции

Общие принципы

Загрязненное оборудование, одежда и другие предметы могут сохранять целый ряд микроорганизмов, в различной степени поддающихся инаktivации (обеззараживанию). Стерилизация инаktivирует даже резистентные бактериальные эндоспоры. Предлагаемые здесь методы дезинфекции могут не обеспечить инаktivации резистентных спор, но эффективны для инаktivации целого ряда микроорганизмов. Хотя настоящий документ рассматривает, в основном, мероприятия, связанные с ВИЧ и вирусами гепатита, следует учитывать необходимость инаktivации и других инфекционных возбудителей. Можно считать, что стерилизация с помощью высокой температуры является наиболее предпочтительным методом обработки загрязненных материалов. Следует также иметь в виду, что инструменты, используемые для чрескожных манипуляций должны быть стерильными.

При выборе конкретного метода — стерилизации или дезинфекции — следует ознакомиться с инструкциями производителя относительно совместимости отдельных материалов. Оборудование, используемое для стерилизации или дезинфекции, должно быть установлено в наиболее подходящих для этого местах, подлежит планомерному обслуживанию и поддержанию в рабочем состоянии. Контрольные тесты оборудования должны проводиться регулярно в соответствии с инструкциями производителя, национальным регламентом или стандартами, а также действующими международными правилами.

Во **всех** случаях тщательная обработка должна предшествовать стерилизации или дезинфекции инструментов или оборудования. Сотрудники, которые заняты в этих процессах, обязаны работать в специальных комбинезонах и использовать перчатки. Поскольку вирус иммунодефицита человека способен передаваться от человека к человеку через нестерильные иглы, шприцы и другие способные поранить кожу инвазивные инструменты, для предупреждения инфицирования ВИЧ исключительно важна надлежащая стерилизация всех медицинских инструментов. ВИЧ весьма чувствителен к стандартным методам стерилизации и дезинфекции, а также методам инаktivации других вирусов (например, вируса гепатита B), которые также могут служить для его инаktivации.

Высокая температура является наиболее эффективным методом инаktivации вируса иммунодефицита человека, поэтому методы стерилизации (1) и интенсивной дезинфекции (2), основанные на высоком температурном режиме, наиболее предпочтительны. Тщательная дезинфекция с помощью кипячения также применима в большинстве случаев, поскольку требует лишь наличия источника высокой температуры, контейнера и воды. На практике и в полевых условиях качественная дезинфекция с помощью химических препаратов оказывается менее надежной.

Очень важно, чтобы все инструменты были тщательно очищены перед стерилизацией или дезинфекцией с использованием любого техноло-

гического процесса. В условиях медицинских учреждений, где среди больных широко распространена ВИЧ-инфекция, до очистки медицинские инструменты на 30 минут следует погрузить в раствор химического дезинфицирующего вещества. Это обеспечит дополнительную защиту персонала, занятого в процессе очистки.

Физические методы

Стерилизация с помощью пара (автоклава) является предпочтительным методом для медицинских инструментов многократного использования, включая иглы и шприцы. Возможной альтернативой ему может служить соответствующим образом модифицированный стерилизатор. (3) Автоклав и стерилизатор должны работать как минимум 20 минут при температуре 121°C (250°F), что соответствует превышению на одну атмосферу (101 кПа) атмосферного давления.

Стерилизация сухим жаром в электрической печи часто является наиболее подходящим методом для инструментов, которые могут выдержать температуру 170°C (340°F). Этот метод, с учетом температурного режима, не пригоден для пластиковых шприцев многократного использования. Обычная электрическая духовка также пригодна для сухой стерилизации при высоких температурах. Время стерилизации составляет 2 часа при температуре 170°C (340°F).

Интенсивная дезинфекция инструментов игл и шприцев обеспечивается также кипячением в течение 20 минут. Кипячение — наиболее простой и надежный метод инактивации большинства инфекционных возбудителей, включая ВИЧ, при отсутствии специального оборудования для стерилизации. Вирус гепатита В инактивируется после нескольких минут кипячения, ВИЧ, который очень чувствителен к высоким температурам, также инактивируется после нескольких минут кипячения. Однако чтобы быть уверенным в положительном результате дезинфекции, кипячение необходимо продолжать в течение 20 минут.

Химические методы

Лабораторные исследования показали, что многие дезинфицирующие вещества, используемые в медицинских учреждениях, также инактивируют ВИЧ. Вместе с тем, на практике химические дезинфицирующие вещества не могут считаться надежными, поскольку сами могут быть инактивированы кровью или другими органическими веществами. Методы химической дезинфекции следует применять для не подлежащих стерилизации предметов и поверхностей, чувствительных к высокой температуре или кипячению. Использование химических агентов ограничивается целым рядом факторов, включая разное воздействие на различные микроорганизмы, несовместимость с целым рядом поверхностей, меньшую эффективность при наличии органического вещества, ухудшение качества при длительном хранении, а также их токсичность. Химические дезинфицирующие вещества следует использовать лишь при отсутствии соответствующей требованиям альтернативы. Рекомендации по использованию дезинфицирующих веществ для инактивации ВИЧ и вирусов гепатита не могут считаться удовлетворительными из-за отсутствия достаточных данных в отношении многих химических агентов. Хотя в целом ряде публикаций содер-
жатся утверждения об эффективности для инактивации ВИЧ цело-

го ряда дезинфицирующих очищающих составов, достоверность многих из таких заявлений представляется сомнительной. Более того, они не могут быть применимы в клинических ситуациях, когда одновременно с ВИЧ необходимо обеспечить инактивацию вируса гепатита В, который считается более резистентным.

Соединения, выделяющие хлор

(а) Гипохлорит натрия: Растворы гипохлорита натрия (жидкий стиральный порошок, раствор хлорноватистокислого натрия и другие) являются отличными дезинфицирующими химическими реагентами: они обладают бактерицидными свойствами, убивают вирусы, недороги и широко доступны. Вместе с тем, у них есть два существенных недостатка:

- *Вызывают коррозию.* Коррозии подвержены никель, хромированная сталь, железо и другие металлы. Растворы, в которых содержание хлора превышает 0,1%, не должны многократно использоваться для дезинфекции предметов, изготовленных из нержавеющей стали (даже высокого качества). Контакт с раствором при этом не должен превышать 30 минут. После дезинфекции предметы следует тщательно промыть и высушить. Из-за ускоренной коррозии раствор нельзя готовить в металлическом контейнере.
- *Достаточно быстро распадаются.* Растворы должны готовиться непосредственно перед применением, а в случае хранения быть защищенными от высокой температуры и света. Быстрый распад на компоненты является основной проблемой в странах с жарким климатом. Два других раствора, выделяющих хлор (гипохлорит кальция, дихлороизоцианнитрат натрия), могут оказаться более пригодными, поскольку более стабильны, а также легче транспортируются и дешевле стоят. Оценка их эффективности, однако, до сих пор не проводилась.

(b) Гипохлорит кальция (5) (порошок, гранулы или таблетки). Это вещество также не отличается высокой стойкостью и постепенно подвергается разложению, если не защищено от высоких температур и света (однако разложение происходит более медленно, чем раствора гипохлорита натрия). Известны две разновидности вещества: «апробированный» гипохлорит кальция и хлорированная известь или порошок для отбеливания. Выпадение осадка в растворе считается нормальным.

(c) Дихлороизоцианнитрат натрия (6) (NaDCC). При растворении в воде NaDCC образует гипохлорит (хлорноватистую кислоту), который является гораздо более стойким, чем раствор гипохлорита натрия или гипохлорита кальция, и обычно выпускается в форме таблеток.

(d) Хлорамин (тосиламин натрия; хлорамин Т). Более стоек, чем гипохлорит натрия и гипохлорит кальция, однако его следует хранить в защищенном от влаги, света и высоких температур месте. Выпускается в форме порошка или таблеток.

Дезинфицирующая способность выделяющих хлор соединений выражается в количестве «активного хлора» (в процентах для твердых соединений; в процентах или частях на миллион для растворов) в соответствии с уровнем концентрации. Таким образом, 0,0001 % = 1 мг/л = 1 промилле и 1% = 10 г/л = 10 000 промилле.

Составы, высвобождающие хлор: рекомендованная степень разведения

	В чистом состоянии (для прошедшего очистку медицинского оборудования)	Загрязненное состояние (пятна крови, загрязненное оборудование)
Необходимое наличие хлора	0,1% (1 г/л, 1000 промилле)	0,5% (5 г/л, 5000 промилле)
Раствор		
Раствор гипохлорита натрия (5% хлора)	20 мл/литр	100 мл/литр
Гипохлорит кальция (70% хлора)	1,4 г/литр	7,0 г/литр
NaDCC (60% хлора)	1,7 г/литр	
NaDCC в таблетках (1,5 г хлора в таблетке)	1 таблетка/литр	4 таблетки/литр
Хлорамин (25% хлора)	20 г/литр*	20 г/литр

*Хлорамин высвобождает хлор более медленно, чем гипохлорит. С учетом этого более высокая концентрация хлора требуется для аминовых растворов для достижения той же эффективности. С другой стороны, растворы хлорамина не инактивируются биологическими материалами (например, белками и кровью) в той же степени, как гипохлориты. С учетом этого концентрация в 20г/литр (0,5% «имеющегося» хлора) рекомендуется и для очищенных, и для грязных предметов.

Этанол и пропанол-2

Этанол (этиловый спирт) и пропанол-2 (изопропиловый спирт) обладают одинаковой способностью к дезинфекции. Они являются бактерицидными для растительных форм бактерий, грибковых и микобактерий и вирусов после нескольких минут контакта с ними. Однако они не эффективны против бактериальных спор. Для достижения наилучшего результата их следует использовать в концентрации приблизительно 70% (70% спирта, 30% воды); более высокие и более низкие концентрации менее эффективны. Этанол может применяться в денатурированном виде, что экономически более выгодно.

Йодистый поливидон (PVI)

PVI является йодофором (комбинированным препаратом, содержащим йод), водный раствор которого обладает сильными дезинфицирующими свойствами, аналогичными свойствам растворов гипохлорита, однако он более устойчив и не вызывает столь сильной коррозии металлов. Вместе с тем, PVI не следует использовать для алюминия и меди. Обычный состав представляет собой 10% раствор (1% йода). Может использоваться раствор, содержащий 2,5% PVI (1 часть 10% раствора на 3 части кипяченой воды). В течение 15 минут 2,5% раствор обеспечивает высокую степень дезинфекции для чистого оборудования. Слабые растворы (2,5%) для дезинфекции инструментария должны готовиться ежедневно.

Глютараль (глицериновый альдегид)

Глютараль обычно представляет собой 2% водный раствор, который перед использованием необходимо активировать. Активация предпо-

лагают добавление в раствор порошка или жидкости, которые делают его щелочным. Активированный раствор уничтожает растительные и грибковые бактерии, а также вирусы менее чем за 30 минут. За десять часов раствор уничтожает споры. После завершения дезинфекции все оборудование должно быть тщательно обработано для удаления малейших остатков глютарала. После активации раствор не должен храниться более двух недель. В случае помутнения он становится непригодным к использованию. В последнее время были созданы устойчивые растворы глютарала, которые не требуют активации, хотя пока достоверные данные, позволяющие рекомендовать их использование, отсутствуют. Растворы глютарала являются дорогостоящими.

Перекись водорода

Является сильным дезинфицирующим средством, эффективность которого обеспечивается выделением кислорода. Погружение очищенного оборудования в 6% раствор дает высокую степень дезинфекции менее чем за 30 минут. Такой раствор должен готовиться непосредственно перед использованием на основе 30% устойчивого раствора (1 часть устойчивого 30% раствора добавляется к 4 частям кипяченой воды). Концентрированный устойчивый 30% раствор хранится в прохладном и защищенном от света месте. Перекись водорода не годится для использования при высоких температурах. С учетом способности вызывать коррозию перекись водорода не может использоваться для медных, алюминиевых, цинковых или латунных изделий.

Правила стерилизации и интенсивной дезинфекции на местах: приемы, эффективные против ВИЧ. После очистки инструменты должны стерилизоваться при высокой температуре (паром или горячим воздухом). Если стерилизация невозможна, следует проводить дезинфекцию методом кипячения. Химическую дезинфекцию не следует использовать для игл и шприцев. Для других инвазивных инструментов химическая дезинфекция является наименее пригодной и допустима лишь в том случае, когда обеспечивается необходимая концентрация и активность химического вещества, а сами инструменты хорошо очищены до их погружения в дезинфицирующий раствор.

Стерилизация: инактивирует (убивает) все вирусы, бактерии и споры	
Стерилизация паром под давлением не менее 20 минут	В автоклаве или паровом стерилизаторе
1 атмосфера (101 кПа,) выше атмосферного давления, 121°C (250°F)	
Стерилизация горячим воздухом: 2 часа при температуре 170°C (340°F)	В электрической духовке
Интенсивная дезинфекция: инактивирует все вирусы и бактерии, но не споры	
Кипячение в течение 20 минут	В соответствующем контейнере
Погружение в концентрированный дезинфицирующий раствор на 30 минут (<i>С практической точки зрения и на местах качественная дезинфекция с помощью химических препаратов является менее надежной, чем кипячение</i>)	например, гипохлорит натрия 0,5% хлорамин 2% этанол 70% пропанол-2 70% йодистый поливидон 2,5% формальдегид 4% глутараль {глутаральдегид} 2% перекись водорода 6%

Примечания

- (1) Под стерилизацией понимают инактивацию всех микробов, включая споры.
- (2) Качественная дезинфекция — это инактивация всех микробов за исключением спор.
- (3) Дополнительную информацию о методах стерилизации и дезинфекции можно получить в Расширенной программе иммунизации, ВОЗ или ЮНИПАК (Центр по поставкам ЮНИСЕФ), Фрипорт, DK 2100, Копенгаген, Дания.
- (4) В связи с тем, что формальдегид, входящий в категорию химических стерилизующих растворов, отнесен Международным агентством по изучению рака (МАИР) и рядом национальных органов в разряд опасных для человека канцерогенных веществ, он не включен в настоящее издание.
- (5) Гипохлорит кальция и дихлорсоцианнитрат натрия (NaDCC) в растворе могут предположительно инактивировать ВИЧ, поскольку в растворе оба дают гипохлоровую кислоту, и поэтому, предположительно, действуют также как гипохлорит натрия.
- (6) См. предыдущую сноску.

Досье практической информации № 9

Безопасное удаление медико-санитарных отходов

1. Удаление медико-санитарных отходов (УМСО) — процесс, призванный обеспечить должное гигиеническое состояние медицинских учреждений, безопасность работников здравоохранения и населения. УМСО включает планирование, вопросы материально-технического снабжения, создание необходимых условий труда, подготовку персонала, включая формы поведения, квалифицированное использование инструментов и оборудования, а также фармацевтического препаратов, надлежащие методы уничтожения отходов как внутри, так и за пределами стационара, а также оценку проводимых мероприятий. Многие из перечисленных аспектов деятельности требуют более глубокой проработки при участии не только специалистов здравоохранения, но и инженерных кадров.

Преимущества надлежащего УМСО

2. В течение долгого времени не признавалась необходимость создания отлаженной системы УМСО, хотя она призвана выполнять в системе здравоохранения очень важные функции:

- содействовать борьбе с возникающими в стационарах заболеваниями (больничными инфекциями), подтверждая значимость должной обработки/мытья рук;
- способствовать снижению угрозы для населения со стороны бактерий, резистентных к значительному числу лекарственным средствам;
- содействовать существенному сокращению распространения ВИЧ/СПИДа, сепсиса и гепатита, не допуская использования грязных игл и другого плохо обработанного или подлежащего уничтожению медицинского оборудования;
- оказывать содействие борьбе с зоонозами (заболеваниями, передаваемыми человеку насекомыми, птицами, крысами и другими животными);
- способствовать сокращению цикличности определенных инфекций;
- обеспечивать простое и экономически эффективное решение вопросов безопасности работников здравоохранения, включая угрозу инфицирования использованными иглами;
- препятствовать нелегальному повторному использованию и перепродаже загрязненных игл;
- содействовать уменьшению негативного воздействия на здоровье в долгосрочной перспективе, например, снижению заболеваемости раком из-за выброса в окружающую среду таких токсических веществ, как диоксин, ртуть и другие.

3. МСО можно подразделить на различные категории (Таблица 1), что очень важно для их надлежащего удаления. Приблизительно 80% всех МСО могут быть уничтожены на основе обычных, принятых в быту методов. Остальные 20% способны создавать серьезную угрозу здоровью работающих и населения, если они не будут уничтожены

должным образом. Методы уничтожения различаются в зависимости от характера отходов, особенностей окружающей среды, имеющихся технологий, связанных с этим расходов и финансирования, а также социальной приемлемости (с учетом религиозных установок, обычаев и т.д.). Каждое медицинское учреждение или орган здравоохранения должны произвести оценку местных условий, и принять решение по УМСО, поскольку не существует какого-либо одного или нескольких методов наилучшего решения проблемы. В Таблице 2 в сводном виде представлены имеющиеся в настоящее время методы удаления отходов и указаны их преимущества и недостатки.

Таблица 1. Установленные ВОЗ категории медико-санитарных отходов

Категории отходов	Описание и примеры
Инфекционные отходы	Отходы, потенциально содержащие инфекционные возбудители (например выращиваемые в лабораториях культуры, отходы из изоляторов, ткани/тампоны, материалы или оборудование, которые находились в контакте с инфицированными больными, экскременты).
Патологические отходы	Ткани или биологические жидкости организма (например части человеческого тела, кровь, человеческие эмбрионы).
Острые инструменты	Острые отходы (например, иглы, капельницы, скальпели, лезвия, ножи, разбитое стекло).
Фармацевтические отходы	Отходы, содержащие фармацевтические препараты (например, фармацевтические препараты с истекшим сроком годности или более не используемые в медицинской практике, а также предметы, содержащие фармацевтические препараты, или материалы, загрязненные ими – флаконы, коробки).
Генотоксичные отходы	Отходы, содержащие субстанции, которые могут нанести ущерб ДНК (например, отходы, содержащие цитостатические генотоксичные химические препараты).
Химические отходы	Отходы, содержащие химические вещества (например, лабораторные реагенты, проявители для фильмов, дезинфицирующие составы, срок годности которых истек, растворители).
Отходы с высоким содержанием тяжелых металлов	Батарейки, сломанные термометры, приборы для измерения кровяного давления и другие.
Контейнеры для хранения материалов под высоким давлением	Газовые цилиндры, газовые баллоны, аэрозольные упаковки.
Радиоактивные отходы	Отходы, содержащие радиоактивные вещества (например, неиспользованные растворы после проведения радиотерапевтических или лабораторных исследований, загрязненная и использованная стеклянная тара, упаковки или поглощающие жидкость салфетки, моча, экскременты от больных, проходивших обследование или лечение на основе неизолированных радионуклидов, их упаковка).

Таблица 2. Факторы, влияющие на эффективность технологий обработки

Тип обработки и метод уничтожения	Факторы, влияющие на эффективность	Проблемы
Захоронение, помещение в капсулу (простейший, наиболее недорогой способ)	<ul style="list-style-type: none"> – глубина залегания грунтовых вод – глубина и размеры рва/котлована – материал, которым выстлано дно котлована (непористый) – метод захоронения/материал 	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие дезинфекции – пригодно лишь для небольших объемов – вероятность вскрытия (в том случае, если котлован покрыт лишь землей или отходы не заключены в капсулы) – представляет угрозу населению в случае несоблюдения правил захоронения
Сжигание (обеспечивает дезинфекцию и значительно снижает объем отходов, хотя и создает вторичные отходы)	<ul style="list-style-type: none"> – турбулентность/смешение – содержание влаги в отходах – заполнение камеры для сжигания – температура/затрачиваемое время – эксплуатация/ремонт 	<ul style="list-style-type: none"> – может давать выбросы и пепел, содержащий диоксины, металлы и фураны, в зависимости от характера уничтожаемых отходов – может потребовать специального оборудования для контроля загрязнения, с тем чтобы обеспечить выполнение местных требований в отношении стандартов окружающей среды – общественность негативно относится к самому процессу сжигания отходов – оборудование слишком дорого для возведения, эксплуатации и сохранения в рабочем состоянии
Паровой автоклав (лишь для дезинфекции, некоторое уменьшение объема при использовании с дезинтегратором, также создает вторичные отходы)	<ul style="list-style-type: none"> – температура и давление – проникновение пара – размещаемые объемы отходов – продолжительность цикла обработки – удаление воздуха – модель аппарата (имеется значительное разнообразие) 	<ul style="list-style-type: none"> – пригоден в основном для подлежащих вторичному использованию материалов и инструментов, а также для стерилизации подлежащих уничтожению острых предметов до их окончательного уничтожения – может использоваться лишь для некоторых видов медицинских отходов – некоторые модели не могут перерабатывать больших объемов – требует электроснабжения и воды – некоторые модели являются дорогостоящими, и их поддержание в рабочем состоянии требует значительных расходов
Микроволновая печь (обеспечивает дезинфекцию, предусматривает некоторое сокращение обрабатываемых объемов, создает вторичные отходы)	<ul style="list-style-type: none"> – характеристика отходов – содержание влаги в отходах – мощность источника для микроволновой печи – длительность обработки в микроволновой печи – показатель смешиваемости отходов 	<ul style="list-style-type: none"> – дорогостоящее оборудование, требует хорошей инфраструктуры – требует подготовки и контроля для обеспечения средней или высокой эффективности – эффективность в значительной мере зависит от типа используемой технологии

Продолжение таб. 2

Тип обработки и метод уничтожения	Факторы, воздействующие на эффективность	Проблемы
Химическая/ механическая обработка (дезинфицирует, не обеспечивает уменьшения объема, может способствовать увеличению объема, создает вторичные отходы)	<ul style="list-style-type: none">– химическая концентрация– температура и pH среды– время для химического контакта– смешение отходов/химических элементов– рециркуляция или отток	<ul style="list-style-type: none">– может увеличивать объем отходов– возникают вопросы безопасности работников– требует значительных затрат труда– может не обеспечивать необходимой дезинфекции шприцев– процесс дезинфекции требует подтверждения

Обращение с МСО и их уничтожение

4. Основными этапами УМСО являются:

- производство отходов в больничной палате;
- сортировка отходов;
- хранение отходов в палате;
- перемещение и обработка (при наличии таковой) на месте;
- централизованное хранение на месте;
- транспортировка с места, где отходы были получены;
- обработка отходов; и
- окончательное уничтожение.

5. Удаление МСО затрагивает деятельность многих учреждений здравоохранения и является достаточно трудной задачей. Целый ряд организаций (ВОЗ, Всемирный банк) и НПО (Медицинская помощь без нанесения ущерба) разработали полезные рекомендации по этому вопросу. Следует иметь в виду, что эта работа становится эффективной, когда на каждом ее этапе от планирования и поставок до уничтожения самих отходов применяются надлежащие методы. В первую очередь должны быть выработаны реалистичные подходы к УМСО с учетом бюджета, технологии и отношения к проблеме местного населения. При выборе технологии обработки отходов необходимо учитывать различные формы медико-санитарной помощи, которая и определяет параметры отходов (масштабы, температурный режим, характер – жидкие или твердые, степень инфицированности).

6. Персонал должен быть подготовлен к тому, чтобы совершать в соответствии с установленными правилами определенные действия с имеющимися отходами, начиная с правильной сортировки и маркировки каждого мешка/контейнера до надлежащего хранения на каждом этапе цикла, последующей безопасной транспортировки и уничтожения. В свою очередь, администрации следует быть готовой к проведению мониторинга мероприятий на каждом этапе цикла и контролю за соблюдением установленных правил.

Безопасность работников, занятых УМСО, и вопросы поставок

7. Для обеспечения безопасности работников необходимо снабдить рабочее место пластиковыми мешками, мусорными урнами, контейнерами для острых отходов. В ряде случаев рекомендуется обеспечивать работников имеющих доступ к иглам, шприцам, лабораторному оборудованию, составам для дезинфекции, а также трубкам/шлангам и другим видам оборудования, необходимого для отделений диагностики и интенсивного ухода, разовыми перчатками и другими видами защитной одежды для персонала (например, обувью, передниками и толстыми резиновыми перчатками). Разовое оборудование увеличивает объемы МСО в каждом стационаре или учреждении здравоохранения и ведет к увеличению стоимости, необходимой для его удаления.

8. Представляется целесообразным проводить гигиеническую обработку подлежащих вторичному использованию предметов (белья, одежды, хирургических инструментов многократного использования) и продуктов питания. Медицинское учреждение должно быть оборудовано канализацией, иметь водоснабжение с горячей и/или холодной водой, электричество, отопление и т.д. Также должны быть учтены связанные с этим расходы. В отдельных случаях новое оборудование приобретается без учета местных условий, предстоящих текущих расходов и стоимости ремонта. В результате оборудование остается неиспользованным, так как либо расходы по эксплуатации оказываются слишком велики, либо оно вообще не может быть подключено к муниципальным сетям (например, канализации).

9. Подготовка работников здравоохранения к использованию нового медицинского оборудования или новых приспособлений является очень важной для УМСО. Все работники учреждения обязаны пройти определенную подготовку с учетом требований по УМСО и возлагаемой на них ответственности. Им должны быть доступны информация о способах очистки отходов и соответствующие инструкции. Всем сотрудникам, которые имеют отношение к МСО, включая инженерных работников и тех, кто производит уборку помещений, необходимо пройти вакцинацию, а также иметь защитные средства (перчатки, маски и т.д.).

Кто несет ответственность за УМСО?

10. В рутинной практике за повседневную работу по УМСО отвечают медицинские сестры и персонал, который убирает помещения, инспекторы, инженеры и водители. Вопросы финансирования, снабжения, управления и подготовки персонала находятся в ведении администрации. В стационарах за обработку и уничтожение отходов, производимых в подразделениях, несут ответственность их руководители. Удаление отходов должно рассматриваться как важное направление деятельности и осуществляться при участии старших руководителей в каждом медицинском учреждении. Обычно наблюдаются значительные различия в организации этой работы в городских и сельских районах, в разных регионах и странах, поэтому важно, чтобы контроль за деятельностью по УМСО медицинских учреждений осуществлялся постоянно и повсеместно.

11. Правильно организованное УМСО выходит за пределы стационара и распространяется до того места, где эти отходы уничтожаются. Традиционно существовал определенный разрыв между тем, как поставлена эта работа в медицинском учреждении, и тем, что происходит с медицинскими отходами за пределами его территории. Сегодня ситуация все чаще меняется в лучшую сторону, поскольку общественные организации и местное население активно выступают против медицинских учреждений, которые не обеспечивают мониторинга на месте уничтожения отходов. Руководителям настоятельно рекомендуется отслеживать весь «маршрут следования» отходов до их окончательно уничтожения, контролируя и то, что происходит со вторичными отходами.

Что следует и чего не следует делать

СЛЕДУЕТ обеспечить создание надежной системы сортировки различных видов отходов с тем, чтобы каждый из них удалялся надлежащим и безопасным образом.

СЛЕДУЕТ наладить подготовку всех работников здравоохранения (администраторов, врачей, медицинских сестер, тех, кто производит уборку, лаборантов и инженеров) для обеспечения правильного выбора средств и методов удаления отходов и последовательного осуществления всех необходимых действий.

СЛЕДУЕТ организовать вакцинацию всех работников, которые контактируют с медицинскими отходами, для профилактики заражения вирусом гепатита В.

СЛЕДУЕТ осуществлять мониторинг расходов во время осуществления работ по УМСО с целью проверки правильности расчетов и более точного исчисления расходов в будущем.

СЛЕДУЕТ производить разумные корректировки в организации работы, ее мониторинге и производимых расходах.

СЛЕДУЕТ проявлять реализм в подходах к работе. Многие страны хотели бы получить наилучшие и соответствующие новейшим стандартам технологии, но не располагают при этом необходимыми ресурсами для их использования. Умело организованное УМСО – это разумный поэтапный процесс, обеспечивающий определенный прогресс каждые несколько лет. Главная цель состоит в том, чтобы обеспечить охрану здоровья и безопасность работников здравоохранения и местного населения. В качестве важнейшего источника инициатив в этой области выступает ВОЗ (см. Основные ссылки).

НЕ СЛЕДУЕТ забывать об участии самих работников медицинских учреждений в решении вопросов УМСО. Обычно те, кто занимается УМСО, могут выдвинуть серьезные идеи и предложения по совершенствованию этой работы с учетом местных условий.

НЕ СЛЕДУЕТ забывать об учете интересов и консультациях с местным населением. Приемлемость проекта для жителей является основным элементом успеха. Поэтому руководители должны проводить консультации с населением, учитывать местные условия и возможные социально-экономические последствия. Жители могут весьма эмоционально реагировать на УМСО, особенно, если это касается каких-либо культурных традиций в отношении различного вида отходов. Очень важно серьезно подойти и в сжатые сроки решить эти вопросы, поскольку

проект, который рассматривается организаторами как успешный, может негативно восприниматься населением.

Основные источники

- Healthcare waste and its safe management (HCWM):
<http://www.healthcarewaste.org>.
- Health Care Without Harm:
<http://www.noharm.org>.
- Partnership for Quality Medical Donations:
<http://pqmd.org>.
- World Bank. Public health topics:
<http://www.worldbank.org/phataglance>.
- Safe Injection Global Network (SIGN):
<http://www.who.injectionsafety/sign/en>.

Досье практической информации № 10

Основные принципы защиты от ГКИ, проведение ПКП ³²

Стандартные показания к ПКП

- Повреждение кожи острым предметом (укол полый или режущей иглой, порез осколком стекла), загрязненным кровью, жидкостью с видимой примесью крови или другим потенциально инфицированным материалом, а также иглой из вены или артерии больного.
- Укушенная рана, если укус сделан ВИЧ-инфицированным с заметным источником кровотечения во рту.
- Попадание крови, жидкости с видимой примесью крови или другого потенциально инфицированного материала на слизистые оболочки (рот, нос, глаза).
- Попадание крови, жидкости с видимой примесью крови или другого потенциально инфицированного материала на поврежденную кожу (например, при наличии дерматита, участков обветренной кожи, потертостей или открытой раны).

Стандартные действия по оказанию неотложной помощи (обработка пострадавших тканей)

- Обработать раны и кожу водой и с мылом.
- Промыть слизистую оболочку чистой водой.

Определение степени риска, связанного с воздействием в зависимости от:

- типа жидкости (например, крови, жидкости, которая по виду содержит кровь, других потенциально опасных видов биологических жидкостей или тканей);
- характера травмы (например, кожной травмы, травмы слизистой оболочки, касания поврежденного участка кожи или укуса с последующим выделением крови).

Оценка источника воздействия

- Дать оценку опасности инфекции, используя имеющуюся информацию.
- Оценить источники для определения целесообразности тестирования на HBsAg, anti-HCV, и на антитела ВИЧ (рассмотреть возможность использования быстрых тестов).
- Для неизвестных источников оценить угрозу, связанную с инфицированием вирусами гепатита В, С или ВИЧ.
- Не проводить тестирования использованных игл или шприцев на загрязнение определенными видами вируса.

Оценка пострадавшего

- Оценить иммунный статус в отношении гепатита В (например, проверив наличие вакцинации против гепатита В и ответную реакцию на вакцину).

Назначение ПКП для случаев, которые представляют угрозу передачи инфекции

- **ВГВ:** ПКП в зависимости от статуса вакцинации:
 - невакцинированные: ИГТВ + НВ вакцинация;
 - вакцинирован ранее, реакция известна: лечение не назначать;
 - вакцинирован ранее, реакция не известна: ИГТВ + НВ вакцинация;
 - реакция на антитела неизвестна: проведение теста и назначение ИГТВ + НВ вакцинация, если результаты неудовлетворительные.
- **ВГС:** ППВ не рекомендуется.
- **ВИЧ:** обследовать на ВИЧ пациента, с биологическими жидкостями организма которого контактировал медицинский работник.
 - Обследование таких лиц проводится только после получения информированного согласия, которое должно включать консультирование и, при необходимости, направление на получение помощи.
 - Соблюдать конфиденциальность. Следует провести стандартный экспресс-тест на антитела к ВИЧ и как можно быстрее выяснить результаты тестирования.

Обеспечение тестирования и консультирования

- Клиническое обследование и тестирование на ВИЧ пострадавшего медицинского работника следует проводить только после получения информированного согласия.
- Консультант должен провести беседу о снижении риска инфицирования на рабочем месте, проанализировав вместе с пострадавшим медицинским работником последовательность событий, предшествовавших контакту. Беседу следует вести деликатно, ни в коем случае не осуждая пострадавшего.
- Предложить пострадавшему в последующем незамедлительно обращаться к врачу с целью оценки опасности при любом остром заболевании.

В зависимости от результатов тестирования на ВИЧ следует предпринять следующие действия:

- если у пациента – возможного источника инфекции получен отрицательный результат тестирования на ВИЧ, то медицинский работник в ПКП не нуждается;
- если у медицинского работника результат тестирования положительный, то он не нуждается в ПКП, но его следует направить к специалистам для дальнейшего консультирования и получения необходимой помощи по поводу ВИЧ-инфекции;
- если у медицинского работника результат тестирования на ВИЧ отрицательный, а у пациента – возможного источника инфекции – положительный, то медицинскому работнику следует провести 4-недельный курс АРВ профилактики, во время которого отслеживаются возможные побочные эффекты; через 1, 3 и 6 месяцев после контакта повторить тестирование на ВИЧ; если у медицинского работника за этот период произойдет сероконверсия, то ему предоставляют необходимую помощь, в том числе консультирование, направление к специалисту и долгосрочное лечение ВИЧ-инфекции;

если в течение полугода сероконверсии не происходит, медицинскому работнику сообщают, что у него нет ВИЧ-инфекции;

- если определить ВИЧ-статус пациента – возможного источника инфекции невозможно, то его считают ВИЧ-инфицированным и выполняют стандартные мероприятия;
- провести лабораторные исследования с целью выявления противопоказаний к АРВ препаратам и определения исходных показателей для дальнейшей оценки потенциальных побочных эффектов лечения:
 - тест на беременность;
 - общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и числа тромбоцитов;
 - биохимические показатели функции печени (активность АСТ, АЛТ, ЩФ и уровень билирубина);
- если есть показания к ПКП, необходимо организовать консультацию специалиста по ВИЧ-инфекции или другого специалиста, имеющего опыт проведения ПКП;
- начать курс ПКП как можно скорее, лучше всего в первые два часа после контакта, но не позднее, чем через 72 часа;
- пациента следует обеспечить комплектом АРВ препаратов, рассчитанным на полный курс химиопрофилактики (4 недели).

Последующая тактика при потенциальном заражении вирусом гепатита В

- Провести последующее тестирование на вирус гепатита В у лиц, которые получали вакцину против гепатита В:
 - тест на анти-НВs в течение 1–2 месяцев после последней дозы вакцины.

Последующая тактика при потенциальном заражении вирусом гепатита С

- Провести основное и последующее тестирование на анти-ВГС и аминотрансферазу аланина (ALT) через 4–6 месяцев после воздействия.
- Провести ВГС – RNA через 4–6 недель после ранней диагностики инфицирования вирусом гепатита С.
- Неоднократно подтвердить реактивную анти-ВГС иммунооценку энзима (EIAs) на основе дополнительных тестов.

Последующая тактика при потенциальном заражении ВИЧ

- Проводить тестирование на ВИЧ по крайней мере в течение 6 месяцев после заражения (т.е. в самом начале, через 6 недель, 3 месяца и 6 месяцев).
- Проводить тестирование на ВИЧ, если имеет место заболевание, сравнимое с острым ретровирусным синдромом.
- Провести оценку состояния заразившихся лиц, принимающих ПКП, через 72 часа после заражения и осуществлять мониторинг токсичности используемых для АРТ препаратов по крайней мере в течение двух недель.

Досье практической информации № 11

Обучение и подготовка на рабочем месте ^{6, 13, 20}

Работодатели призваны обеспечить информирование, обучение и подготовку работников здравоохранения в соответствии с программами по охране труда и здоровья:

- поскольку все работники здравоохранения подвергаются угрозе заражения инфекционными возбудителями, они должны пройти необходимое обучение и подготовку для принятия соответствующих профилактических и защитных мер;
- все работники здравоохранения должны быть обеспечены необходимыми материалами и подготовлены для усвоения технических и научных знаний, включая сбор, анализ и передачу данных;
- необходимо сделать обучение новых работников здравоохранения, студентов и добровольцев частью программ и инструктажа;
- следует рассмотреть и оценить основные принципы организации охраны труда и здоровья, включая профилактику и меры защиты, а также принципы руководства по ОТЗ;
- необходимо обеспечить информированность работников в отношении общих и конкретных опасностей, связанных с выполнением ими своих обязанностей, особенно в связи с опасностью заражения ВИЧ-инфекцией и другими ГКИ;
- целесообразно рассмотреть этические, гендерные и социальные аспекты проблемы ВИЧ/СПИДа и других ГКИ с учетом их влияния на безопасность и здоровье работников, а также на жизненный уровень и соблюдение прав больных;
- следует обеспечить периодическую переподготовку сотрудников для поддержания и обновления имеющихся знаний и навыков, и там, где это необходимо, подтверждения профессионального соответствия;
- необходимо наладить с учетом конкретных задач взаимную связь с общими мероприятиями служб здравоохранения;
- своевременно обеспечивать персонал новыми сведениями о таких ГКИ, как ВИЧ, ВГБ, ВГС и туберкулез;
- регулярно предоставлять необходимую информацию при изменении порядка и правил осуществления трудового процесса;
- целесообразно организовать особую подготовку для случаев неотложной помощи, обучение соответствующим приемам и способам, включая те из них, которые используются при возникновении опасности заражения ВИЧ и другими инфекционными возбудителями;
- следует предоставить необходимую информацию и обеспечить подготовку работников по использованию нового оборудования;
- работники должны быть информированы об имеющихся возможностях тестирования после заражения, консультирования и последующего лечения;

- также следует информировать работников о программах вакцинации и содействовать ее проведению;
- необходимо учить работников правильно использовать меры по защите и профилактике заражения;
- целесообразно использовать набор просветительных и учебных материалов, а также других способов, поощряющих работников к активному участию в борьбе против ВИЧ/СПИДа;
- работники должны быть информированы об их правах и обязанностях, связанных с охраной труда и здоровья;
- следует сообщить работникам сведения о других надежных источниках информации по данной проблеме.

Досье практической информации № 12 **Некоторые международные источники информации об основных направлениях, средствах и методах борьбы с ВИЧ/СПИДом, представленные в Интернете**

- European Union Commission, Brussels:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/aids_en.htm
- Family Health International, Research Triangle Park (NC, United States): <http://www.fhi.org>
- Global Business Coalition on HIV/AIDS, New York:
<http://www.businessfighsaids.org>
- Global Health Initiative, World Economic Forum, Geneva:
<http://www.weforum.org/globalhealth>
- International Commission on Occupational Health, Rome:
<http://www.icoh.org.sg>
- International Confederation of Free Trade Unions:
<http://www.icftu.org>
- International Council of Nurses, Geneva: <http://www.icn.ch>
- International Federation of Social Workers, Bern:
<http://www.ifsw.org>
- International Labour Office, Geneva:<http://www.ilo.org>
- International Organisation of Employers, Geneva:
<http://www.ioe-emp.org>
- International Pharmaceutical Federation The Hague:
<http://www.fip.org>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva:
<http://www.unaids.org>
- Pan American Health Organisation, Washington:
<http://www.paho.org>
- Public Services International, Ferney-Voltaire:
<http://www.world-psi.org>
- United Nations Development Programme, New York:
<http://www.undp.org/hiv>
- World Bank, Washington: http://www1.worldbank.org/hiv_aids/
- World Health Organisation, Geneva: <http://www.who.int/hiv/>
- World Medical Association (WMA), Ferney-Voltaire:
<http://www.wma.net>

Эпидемия ВИЧ/СПИДа — это глобальный кризис и серьезный вызов развитию и социальному прогрессу. Ее влияние особенно пагубно сказывается на развитии, когда общество теряет работников, обладающих редкими специальностями и высокой профессиональной и управленческой подготовкой. Последствия этих процессов становятся критическими, если они затрагивают структуры и службы, находящиеся на переднем крае борьбы с ВИЧ/СПИДом, в первую очередь, органы национальной системы здравоохранения.

В настоящее время еще не созданы ни вакцина для предупреждения ВИЧ-инфекции, ни лекарство, способное вылечить СПИД. Применяемые профилактические меры базируются на требующих значительного времени и терпения кампаниях по информированию населения и изменению индивидуального поведения в соответствии с условиями труда и жизни. Все более доступной и эффективной становится антиретровирусная терапия (АРТ), которая помогает людям, имеющим возможность получать лекарства, на длительное время сохранить здоровье, продлить жизнь и не остаться при этом без средств к существованию.

Учитывая взаимодополняющие мандаты Международной организации труда и Всемирной организации здравоохранения, их долговременное и тесное взаимодействие в области охраны труда, а также опыт партнерства в качестве соучредителей Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу, стороны решили объединить усилия в деле оказания помощи службам здравоохранения. Принято решение создать в обеих организациях необходимый потенциал, способный обеспечить их служащим безопасные и достойные условия труда в целях предотвращения дальнейшего распространения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и других гемоконтактных инфекций (ГКИ), а также повышения качества помощи, оказываемой пациентам. Решение этой задачи имеет особую значимость для тех структур, в которых работники здравоохранения оказывают не только обычную, но и связанную с ВИЧ/СПИДом медико-санитарную помощь, в том числе по долгосрочному проведению АРТ и ее мониторингу. Это относится в первую очередь к тем странам, где медицинские работники сами подвергаются риску заражения ВИЧ.