

* * *

Kontrole w zakresie **czasu pracy w zakładach przemysłu piekarniczego** przeprowadzono u 366 pracodawców, którzy zatrudniali prawie 11,4 tys. pracowników, w tym 5,8 tys. kobiet oraz 848 młodocianych.

Jak wynika z ustaleń inspektorów, uchybienia najczęściej dotyczyły prowadzenia **ewidencji** czasu pracy. Wystąpiły one u blisko 16% skontrolowanych pracodawców i polegały głównie na niewłaściwym ewidencjonowaniu dziennych oraz tygodniowych wymiarów czasu pracy poszczególnych pracowników.

Kolejną nieprawidłowością (stwierdzoną u ponad 12% skontrolowanych pracodawców) było nieokreślenie w układzie zbiorowym pracy, regulaminie pracy lub w obwieszczeniu – **rozkładów oraz systemów czasu pracy**. Natomiast nieprawidłowości polegające na nieokreśleniu w układzie zbiorowym pracy, regulaminie pracy lub w obwieszczeniu – okresów rozliczeniowych dotyczyły blisko 7% pracodawców. Uchybienia te występowały przede wszystkim w mniejszych firmach (w których nie ma obowiązku tworzenia regulaminów pracy i gdzie nie obowiązują układy zbiorowe pracy), a wynikały przede wszystkim z nieznamości przepisów prawa (pracodawcy, w dużej mierze bowiem nie mieli świadomości ciężącego na nich obowiązku określania systemów i rozkładów czasu pracy oraz obowiązujących okresów rozliczeniowych – w obwieszczeniach).

W toku kontroli ujawniono także przypadki naruszeń przepisów dot. nieustalenia **w umowie o pracę pracowników zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy** – liczby godzin pracy ponad określony w umowie wymiar, za które pracownikowi przysługuje dodatek do wynagrodzenia jak za pracę w godzinach nadliczbowych. Uchybienie to dotyczyło 9% pracodawców, a błędy polegały bądź na nieokreśleniu ww. limitu, bądź na określeniu go na poziomie powszechnie obowiązujących norm czasu pracy.

Ponadto u blisko 7% pracodawców stwierdzono nieprawidłowości w zakresie **zatrudniania pracowników powyżej przeciętnie 5 dni** w tygodniu w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Podsumowując wyniki kontroli należy podkreślić, że **najwięcej nieprawidłowości stwierdzono u pracodawców zatrudniających od 10 do 49 osób** (przepisy o czasie pracy naruszało aż 59% skontrolowanych pracodawców tej grupy), a w następnej kolejności – w mikroprzedsiębiorstwach (24%) oraz w zakładach średniej wielkości, tj. o zatrudnieniu od 50 do 249 osób (15%). Natomiast w grupie objętych kontrolą dużych firm (zatrudniających powyżej 250 osób) naruszenia przepisów o czasie pracy ujawniano sporadycznie (niespełna 1% pracodawców).

W ocenie inspektorów PIP podstawową **przyczyną** występujących naruszeń przepisów o czasie pracy jest trudna sytuacja finansowa pracodawców z branży piekarniczej, wynikająca z silnej konkurencji oraz

wysokich kosztów prowadzenia działalności gospodarczej, w tym kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników. Nie bez znaczenia pozostaje również zatrudnianie zbyt małej liczby osób w stosunku do potrzeb pracodawcy. W konsekwencji takich działań dochodzi bowiem m.in. do nieudzielania pracownikom odpowiedniej liczby dni wolnych od pracy z naruszeniem 5-dniowego tygodnia pracy. Temu niekorzystnemu zjawisku towarzyszy obawa pracowników przed utratą pracy, co często powoduje niezgłaszanie roszczeń wynikających z nieprzestrzegania przez pracodawcę przepisów o czasie pracy.

W trakcie kontroli pracodawcy często tłumaczyli powstające u nich nieprawidłowości niezrozumiałością przepisów dot. czasu pracy, czy też brakiem odpowiedniej wiedzy u osób prowadzących sprawy kadrowe. W związku z tym, oprócz rutynowych kontroli, celowe wydaje się prowadzenie działalności popularyzatorskiej i szkoleniowej z zakresu czasu pracy, adresowanej do zakładów tej branży (zwłaszcza małych firm).

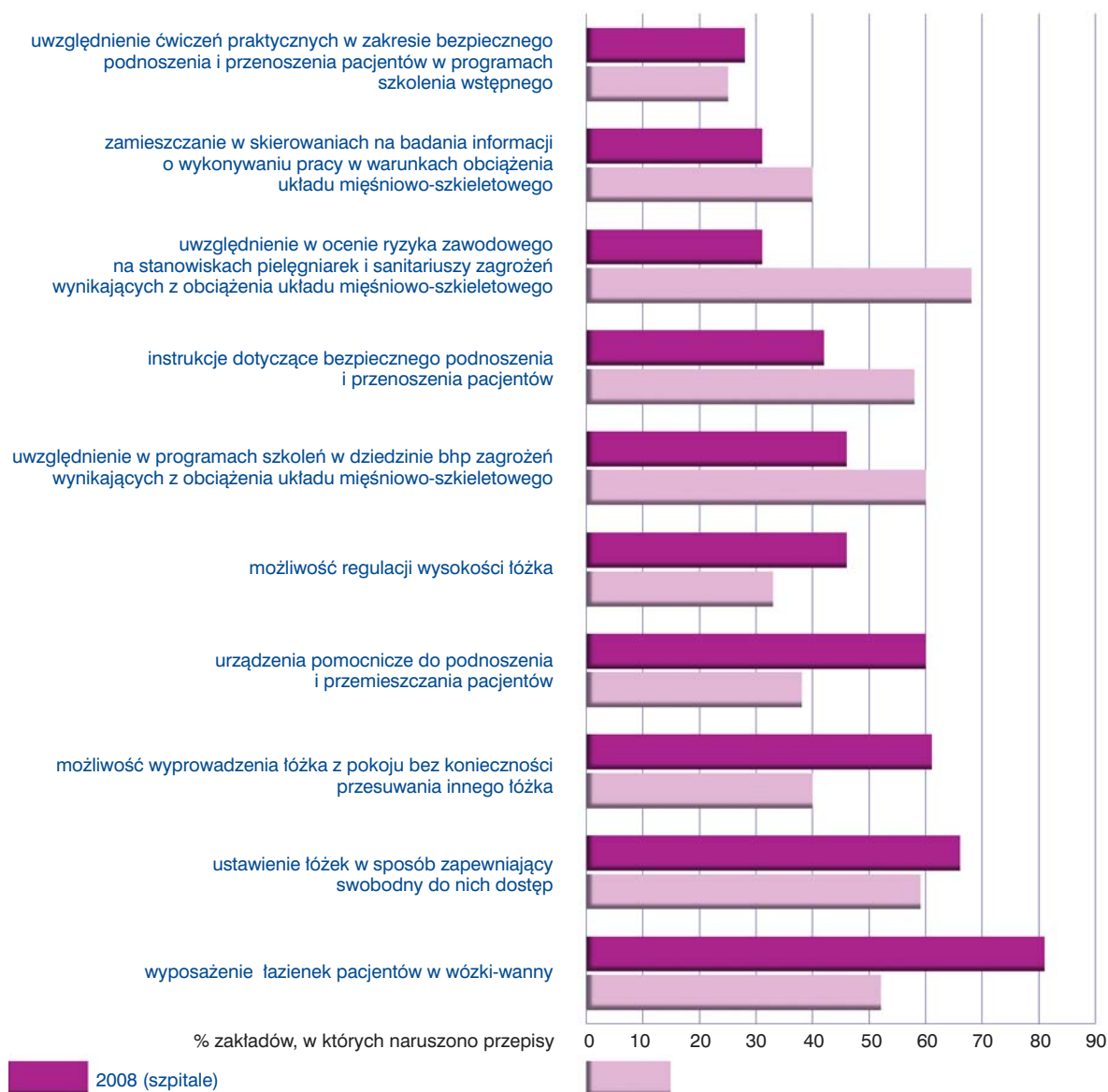
9. Zagrożenia układu mięśniowo-szkieletowego u osób pracujących w szpitalach przy ręcznych pracach transportowych

Skontrolowano 198 zakładów opieki zdrowotnej (szpitali) zatrudniających 103 tys. pracowników, w tym 84 tys. kobiet. Organem założycielskim 53 zoz był urząd marszałkowski, 74 – starostwo powiatowe, 28 szpitali należało do miasta na prawach powiatu, a pozostałe do spółek z o.o. lub innych (np. gminy, MSWiA).

Tylko 6 szpitali, spośród skontrolowanych, nie miało opracowanego programu dostosowawczego do wymagań określonych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*. Z własnej kuchni korzystało 95 zakładów. Pralnie funkcjonowały w 42 zakładach (w pozostałych prowadzenie tych usług pracodawcy zlecieli wyspecjalizowanym firmom zewnętrznym).

W kontrolowanych szpitalach pod opieką lekarską przebywało ponad 18 tys. pacjentów. **Przy pracach związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego zatrudnionych było 18,7 tys. pracowników**, w tym przy pracach związanych z ręcznym dźwigniem i przenoszeniem pacjentów – 15 tys. (głównie pielęgniarki – 12,5 tys.) na oddziałach łóżkowych (m.in. neurochirurgii, chirurgii: urazowej, ogólnej, onkologicznej, a także ortopedii, anestezjologii i intensywnej terapii). Pozostali pracownicy narażeni na obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego, to przede wszystkim salowe (399 osób), pracownicy kuchni (1 392 osoby) i pralni (306 osób).

Wykres 43. Zagrożenia układu mięśniowo-szkieletowego u osób pracujących w szpitalach przy ręcznych pracach transportowych – naruszenia przepisów



Źródło: dane PIP.

W skontrolowanych zakładach, w latach 2005–2007, w wypadkach przy pracy związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego poszkodowanych zostało 654 pracowników. **Wypadki te stanowią ok. 20% wszystkich wypadków przy pracy w zakładach ochrony zdrowia.**

Jak już zaznaczono, poszkodowanymi na skutek nadmiernego obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego były głównie **pielęgniarki, które doznały urazów podczas wykonywania prac związanych z podnoszeniem i przenoszeniem pacjentów** (przede wszystkim – urazy kręgosłupa na odcinku lędźwiowo-krzyżowym i dyskopatie pourazowe kręgosłupa,

a ponadto naderwanie ścięgien, mięśni, przepuklina pachwinowa). Urazy te w większości skutkowały długotrwałymi zwolnieniami lekarskimi, nawet do roku. Średnio wskaźnik ciężkości tego rodzaju wypadków z lat 2005–2007 wyniósł **56 dni niezdolności do pracy na jednego poszkodowanego** i był znacznie wyższy od wskaźnika ciężkości wszystkich wypadków, jakie wydarzyły się w sektorze ochrona zdrowia i pomoc społeczna (36 dni).

W dużej części protokołów z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadków związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego, brak było opisu miejsca zdarzenia, informacji o ciężarze ciała podno-

szego pacjenta, o sposobie wykonywania czynności, przyjętej pozycji ciała przy dźwiganiu i technice podnoszenia. Zespoły powypadkowe – jako przyczyny większości wypadków – ustaliły: wykonywanie pracy w niedostatecznej obsadzie (jednoosobowo), brak właściwego sprzętu pomocniczego, przekroczenie norm dźwigania oraz brak ostrożności. Jednak tylko w 3% zbadanych przez inspektorów pracy protokołów zespół powypadkowy zalecił pracodawcy zakup urządzeń pomocniczych, ułatwiających dźwiganie. W pozostałych zalecano z reguły wykonywanie prac związanych z dźwiganiem pacjentów w obsadzie wieloosobowej (co wobec ograniczonej przestrzeni przy łóżku w wielu przypadkach jest praktycznie niemożliwe do wykonania), omówienie wypadku z pracownikami podczas szkolenia bhp, pouczenie poszkodowanego pracownika o zachowaniu ostrożności albo też nie określono żadnych wniosków profilaktycznych. Pracodawcy nie czuli się więc zobowiązani do podejmowania skutecznych działań w celu wyeliminowania przyczyn wypadków przy pracy. Świadczy to o niedostatecznym przygotowaniu fachowym pracowników służb bhp, niezbędnym przy ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy.

Podczas kontroli inspektorzy pracy ujawnili także, że **bagatelizowane były drobne zdarzenia wypadkowe i ich skutki** (zakłucia, gwałtowne bóle w układzie mięśniowo-szkieletowym w trakcie wykonywania czynności), dla których nie sporządzano dokumentacji powypadkowej. Wygzekwowali więc ich sporządzenie.

Wyniki kontroli wskazują, że w szpitalach problemem przy wykonywaniu prac związanych z ręcznym dźwiganiem, głównie pacjentów, jest niedostateczne uświadomienie pracownikom zagrożeń, jakie wiążą się z wykonywaną pracą oraz sposobów przeciwdziałania nadmiernym obciążeniom układu mięśniowo-szkieletowego. Brak odpowiedniej wiedzy i świadomości w tym zakresie przejawiają nie tylko pracownicy wykonujący bezpośrednio prace związane z dźwiganiem, ale również osoby z nadzoru oraz służby bhp.

Prawie połowa pracodawców nie uwzględniła w **programach szkoleń** w dziedzinie bhp zagrożeń związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego, a w co czwartym zakładzie nie przeszkolono pracowników, których praca wiązała się z dźwiganiem ciężarów, w tym pacjentów, w zakresie bezpiecznego wykonywania tych prac (dotyczyło 16% pracowników objętych kontrolą). W 28% szpitali, w których pracownicy zostali przeszkoleni, brak było w programach szkoleń – ćwiczeń praktycznych w zakresie prawidłowych sposobów wykonywania ręcznych prac transportowych, w tym związanych z podnoszeniem i przemieszczaniem pacjentów.

Pracownicy potwierdzają, że **system kształcenia w sposób marginalny traktuje zagadnienia ergonomii i obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego**. Problem ten występuje szczególnie w małych zakładach,

gdzie prowadzenie szkoleń bhp zleca się jednostkom zewnętrznym, które prowadzą je często według ogólnego programu, z reguły ramowego, przepisane go wprost z *rozporządzenia w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy*, niedostosowane do konkretnych stanowisk i warunków pracy.

Zapoznanie się z właściwymi sposobami dźwigania i przemieszczania ciężarów i ich zastosowanie w praktyce utrudnia również brak stosownych instrukcji bezpiecznego wykonywania ręcznych prac transportowych lub ich niewłaściwe opracowanie, co stwierdzono w ponad 40% szpitali (zarówno na stanowiskach przy podnoszeniu i przenoszeniu pacjentów, jak i w kuchni lub pralni).

Niedostateczna świadomość zagrożeń wynika również z niedokonania lub niewłaściwego dokonania **oceny ryzyka zawodowego**. Brak udokumentowanej oceny ryzyka związanego z wykonywaną pracą stwierdzono w 12% skontrolowanych zakładów. **Wielu pracodawców do obowiązku dokonania oceny ryzyka zawodowego podchodzi formalnie**. Zdarzają się przypadki pozyskiwania gotowych opracowań i przyjmowania ich w całości, bez uwzględnienia specyfiki (zagrożeń) własnego zakładu pracy. Pracodawcy ci nie traktują oceny ryzyka jako źródła informacji niezbędnych do planowania działań korygujących i zapobiegawczych w celu poprawy warunków pracy. W rezultacie takiego podejścia, w 31% zakładów, w których dokonano oceny ryzyka, nie uwzględniono w niej zagrożenia związanego z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego pracowników, a także szczególnych kryteriów dla kobiet, kobiet ciężarnych i osób młodocianych.

Niebagatelną kwestią jest sposób prowadzenia **profilaktycznej ochrony zdrowia** pracowników zatrudnionych przy podnoszeniu i przenoszeniu ciężarów. Inspektorzy pracy stwierdzili, że w 31% zakładów pracodawcy nie zamieszczali w skierowaniach na badania informacji o wykonywaniu pracy w warunkach obciążających układ mięśniowo-szkieletowy, a w 32% lekarze sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami nie przeprowadzali wizytacji stanowisk pracy.

Podkreślić należy, że w dwóch trzecich skontrolowanych szpitali ustawienie łóżek pacjentów nie zapewniało personelowi medycznemu możliwości dostępu do nich z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Natomiast w ponad połowie szpitali nie zapewniono wymaganych odległości pomiędzy łózkami, a modularna szerokość pokoi łóżkowych uniemożliwiała wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych. Takie zagęszczenie i rozstawienie łóżek wymuszało przyjmowanie przez personel nieergonomicznej postawy ciała podczas zabiegów i pielęgnacji chorych.

Znaczne narażenia układu mięśniowo-szkieletowego występują podczas ręcznego przytrzymywania pacjenta i podnoszenia go w celu przetransporto-

wania. Dla ułatwienia wykonywania tych czynności dostawcy oferują wiele urządzeń technicznych. Przykładem nowoczesnego urządzenia, testowanego w jednym z kontrolowanych szpitali, może być system przeznaczony do przenoszenia obłożnie chorych z łóżka na łóżko z wykorzystaniem poduszki powietrznej. Obsługuje go jedna pielęgniarka z użyciem niewielkiej siły. Niestety, w kontrolowanych szpitalach **wyposażenie w sprzęt ułatwiający wykonywanie czynności związanych z podnoszeniem i przenoszeniem pacjentów było niedostateczne**. Brak lub niewystarczającą liczbę sprzętu pomocniczego ułatwiającego podnoszenie pacjenta do pozycji pionowej i jego przemieszczanie (podnośników, pionizatorów) stwierdzono w 60% szpitali, a do przemieszczania pacjenta w pozycji leżącej (mat ślizgowych, rolek) – w co trzecim szpitalu. Szczególnie brakowało wózków-wanien do mycia pacjentów – w 81% szpitali. W wielu przypadkach istniejący w szpitalach sprzęt, ułatwiający dźwiganie i transportowanie chorych, stał bezczynnie w magazynach, ponieważ obiekty nie były dostosowane do jego użytkowania (np. podnośniki hydrauliczne mobilne nie mieściły się w drzwiach), albo też pracownicy nie umieli się nim posługiwać.

Należy podkreślić, że wykonywanie przez kobiety (pielęgniarki, sanitariuszki) prac związanych z dźwiganiem pacjentów, bez stosowania urządzeń pomocniczych, nadto w niewystarczającej obsadzie osobowej (szczególnie w porze nocnej), było główną przyczyną **przekraczania dopuszczalnych norm dźwignia**. Nieprawidłowości te stwierdzono w 16% kontrolowanych szpitali. Sytuację pogarszał fakt, że prawie połowa łóżek nie posiadała możliwości regulacji wysokości, co wymuszało przyjmowanie niewłaściwej pozycji ciała podczas pielęgnacji pacjenta (w tym dźwignia).

Przyczyny naruszeń prawa według inspektorów pracy:

- brak dostatecznej wiedzy pracodawców i ich służb w zakresie zagrożeń wynikających z ręcznego przemieszczania rzeczy i osób oraz sposobów eliminacji lub ograniczania tych zagrożeń;
- niezajomość przez pracodawców i pracowników przepisów i zasad ergonomii dotyczących ręcznych prac transportowych;
- lokalizacja szpitali często w zaadaptowanych obiektach, które nie spełniają wymagań technicznych;
- brak odpowiedniej obsady na stanowiskach pielęgniarek;
- nierzetelne wykonywanie obowiązków przez służby bhp lub przez osoby, którym pracodawcy zlecieli wykonywanie zadań tej służby;
- niedostateczna współpraca pracodawców z lekarzami sprawującymi profilaktyczną opiekę nad pracownikami;

- brak należytej dbałości o sprawy związane z bezpieczeństwem i higieną pracy.

Pracodawcy natomiast wskazywali – jako przyczyny uchybień – głównie brak dostatecznych środków finansowych na dostosowanie pomieszczeń i stanowisk pracy do aktualnie obowiązujących przepisów, a także na zakup nowych urządzeń technicznych i innych środków pomocniczych ułatwiających pielęgnację pacjentów oraz ograniczających do minimum wysiłek fizyczny.

Ze względu na wysoką skalę stwierdzonych nieprawidłowości, zagrożeń oraz wypadków konieczne jest:

- kontynuowanie w tym obszarze działań kontrolnych Państwowej Inspekcji Pracy;
- upowszechnianie wiedzy na temat zagrożeń i sposobów ograniczania ryzyka zawodowego związanego z przeciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego (Państwowa Inspekcja Pracy wydała broszurę pt: „Jak chronić układ mięśniowo-szkieletowy podczas pracy” oraz plakat i ulotkę nt. bezpiecznej opieki nad chorym bez narażania się na obciążenie mięśniowo-szkieletowe; publikacje te będą nadal rozpowszechniane w zakładach opieki zdrowotnej);
- promowanie wdrażania *systemów zarządzania bezpieczeństwem* w zakładach opieki zdrowotnej;
- poszerzenie programów kształcenia pielęgniarek o zagadnienia dotyczące bezpiecznych sposobów i technik dźwignia ciężarów, w tym pacjentów, z uwzględnieniem zajęć praktycznych;
- znowelizowanie rozporządzeń: *Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych* oraz *Rady Ministrów z 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet*, w kierunku wzmocnienia ochrony zdrowia pracowników, szczególnie kobiet, wykonujących prace związane z dźwiganie i przemieszczaniem osób;
- ujęcie w *wykazie chorób zawodowych* – schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, w szczególności kręgosłupa, powodowanych dźwigniem osób podczas sprawowania nad nimi opieki.

10. Ergonomiczne czynniki ryzyka (praca powtarzalna i postawa przy pracy) przy produkcji artykułów motoryzacyjnych oraz sprzętu AGD/RTV

Kontrole ergonomicznych czynników ryzyka przeprowadzono w 158 zakładach zatrudniających ponad 63,9 tys. osób, w tym 23 tys. kobiet. Wśród