

RAHVUSVAHELINE EETIKAKOODEKS

TÖÖTERVISHOIUSPETSIALISTIDELE

KOLMAS VÄLJAANNE

Esimene väljaanne: 1992
 Teine trükk: 1994
 Kolmas trükk: 1996
 Teine väljaanne: 2002
 Teine trükk: 2006
 Kolmas trükk: 2009
 Kolmas väljaanne: 2014

Kolmanda väljaande toimetus:
 K. Kogi (eesistuja)
 G. Costa, B. Rogers, S. Iavicoli, N. Kawakami, S. Lehtinen,
 C. Nogueira, J. Rantanen, E. Santino, P. Westerholm.

Luba tõlkimiseks ja paljundamiseks

¹Rahvusvahelise Töötervishoiukomisjoni (RTTK) eetikakoodeksit võib vabalt levitada tingimusel, et allikale on viidatud. Ühisettepanek tõlkeks teistesse keeltesse peale inglise ja prantsuse keelte tuleb esitada RTTK presidendile ja peasekretärile. Tõlke teistesse keeltesse, peale ametlike keelte, peab teostama konkreetseks otstarbeks RTTK presidendi poolt määratud töögrupp. RTTK president võib vajadusel määrata tõlget hindama spetsialistide töörühma. Töörühma esimees edastab lõpliku redigeeritud tõlke nõusoleku saamiseks RTTK presidendile.

RTTK eetikakoodeksi tõlgitud versioon peab sisaldama koodeksi koopiat kas inglise või prantsuse keeles. RTTK eetikakoodeksi trükkimiseks peab eelnevalt nõusoleku andma RTTK president. Igasugusest trükkimiseks mõeldud finantsabist ükskõik, millise organisatsiooni poolt, tuleb eelnevalt teavitada RTTK presidenti ning saada temalt nõusolek.

*RTTK: Rahvusvaheline Töötervishoiukomisjon¹
 Peasekretariaat
 Aadress: Sergio Iavicoli MD, PhD
 INAIL
 Via Fontana Candida 1
 00040 - Monteporzio Catone (Rooma) - Itaalia
 Tel: +39 – 06 – 94181506
 Fax: +39 – 06 – 94181556
 E-posti aadress: icoh@inail.it

²International Commission on Occupational Health © 2014 ICOH
 Commission Internationale de la Santé au Travail © 2014 CIST

¹ RTTK - Rahvusvaheline Töötervishoiukomisjon, ²ICOH - International Commission on Occupational Health

EESSÕNA

1. Rahvusvaheline Töötervishoiu Komisjon (*International Commission on Occupational Health, ICOH*) võttis vastu „Rahvusvaheline töötervishoiuspetsialistide eetikakoodeksi“ kõikide meedikute eetikakoodeksist eraldiseisvana mitmetel põhjustel. Esiteks, üha suurenev tunnustus töötervishoiu- ja tööohutuse spetsialistide keerulise ja vahel ka konkureeriva vastutuse üle töötajate, tööandjate, avalikkuse, rahvatervise ja töö-ametivõimude ning teiste asutuste nagu sotsiaalkindlustusameti ja kohtuorganite suhtes. Teiseks, kasvav töötervishoiu- ja tööohutuse spetsialistide arv, mille põhjuseks on töötervishoiuteenistuste kohustuslik või vabatahtlik loomine. Oluliseks teguriks töötervishoius on ka multidistsiplinaarne lähenemine, mis eeldab erinevate spetsialistide kaasamist töötervishoiuteenistustesse.
2. „Rahvusvaheline töötervishoiuspetsialistide eetikakoodeks“ on asjaomane paljudele ametigruppidele, kes täidavad tööülesandeid ja omavad vastutust nii era- kui riigiettevõtete töökeskkonna ohutuse, tööhügieeni ja töötajate tervise ees. Töötervishoiuspetsialistide kategooria mõistes on koodeksi eesmärk määratud laiemale sihtgrupile, kelle ühiseks kutsumuseks on ametialane pühendumine töötervishoiu eesmärkide saavutamiseks. Koodeks hõlmab töötervishoiuspetsialistide tegevusi nii omal jõul kui ka organisatsiooni osana või teenuseosutajana klientidele ja töötervishoiuteenuse ostjatetele. Koodeks kehtib töötervishoiuspetsialistidele ja töötervishoiuteenistustele, olenemata sellest, kas teenuste pakkumine toimub vabaturu konkurentsi tingimustes või avalike terviseteenuste raames.
3. 1992. aasta rahvusvahelise eetikakoodeksiga kehtestati üldised põhimõtted töötervishoius. Need on endiselt siduvad, kuid vajavad ajakohastamist ja ümbersõnastamist, tugevdamaks põhimõtete osatähtsust muutuva keskkonna tingimustes, kus töötervishoidu praktiseeritakse. Arvesse tuleks võtta muutusi töötingimustes ja ühiskonna nõudluses, sealhulgas poliitikast ja ühiskonna sotsiaalsest arengust põhjustatud muutusi, nagu näiteks nõudlus kasumi väärtuse järele, jätkuv kvaliteedi täiustamine ja läbipaistvus, maailma majanduse globaliseerumine ja rahvusvahelise kaubanduse liberaliseerumine, kus tehniline areng ja infotehnoloogia kasutusele võtmine on tootmise ja teenusepakkumise terviklikuks elemendiks. Kõigil neil aspektidel on mõju töötervishoiu praktikat ümbritsevale kontekstile, mõjutamaks ka kutsealast käitumist ja töötervishoiuspetsialistide eetikat.
4. RTTK nõukogu arutas „Rahvusvahelise töötervishoiuspetsialistide eetikakoodeksi“ ettevalmistamist 1987. aastal Sydneys. Ettevalmistatud kavand oli ühisnõupidamise objektiks. 1992. aasta töötervishoiuspetsialistide eetikakoodeks kiideti heaks RTTK nõukogu poolt novembris 1991. aastal. See publitseeriti inglise ja prantsuse keeles 1992. a. ning järgnevatel aastatel anti välja arvukad kordustrükid ja tõlked teistesse keeltesse. 1993. a. moodustati töögrupp eesmärgiga kaasajastada „Rahvusvaheline eetikakoodeks töötervishoiuspetsialistidele“ ja pärast põhjalikku läbivaatamist RTTK nõukogu kinnitas selle 1997. Aastal. Eesmärgiks oli avaldada täiendatud koodeks uue väljaandena koos uute vajalike teemadega. Uuesti moodustatud „Rahvusvahelise töötervishoiuspetsialistide eetikakoodeksi“ töögrupp (J. F. Gaillard, G.H. Coppee ja P. Westerholm) alustas koodeksi ülevaatamise protsessiga 1999. aastal. Konsulteerinud

valitud ICOH liikmetega, kirjutati tekst ümber süstemaatilisemal moel, säilitades selle algstruktuuri.

5. RTTK nõukogu kiitis töötervishoiuspetsialistide eetikakoodeksi uuendatud versiooni heaks 2002. märtsis. 2002. aasta koodeks leidis laialdast tunnustust ning seda kasutati hariduslikel eesmärkidel ja riiklike eetikakoodeksite täpsustamiseks. See seati töötervishoiu ja tööohutuse raamseaduse referentstingimuseks Argentiinas ja Itaalias. Samuti lisati see Rosenstocki ja Culleni õpiku väljaandesse. Lisaks ametlikele RTTK keeltele tõlgiti RTTK eetikakoodeks hiina, kreeka, itaalia, jaapani, portugali, hispaania ja türgi keeltesse. 2010. aastal nõustus Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) meditsiinijuhtide töögrupp soovitusel, et iga ÜRO töötervishoiueetikat puudutav seisukoht peaks olema kooskõlas RTTK eetikakoodeksiga. Samuti kohandati seda mitmeti vabatahtlikkuse alusel standardiks, defineerimaks ja hindamaks ametialast käitumist ning viidates laialdaselt töötervishoiule ning sellega seotud valdkondadele.
6. RTTK juhatus otsustas 2008. aastal üle vaadata koodeksi 2002. a. versiooni ja andis selle ülesande Eetika Läbipaistvuse ja Töökomisjoni juhatusel (*Working Committee on Ethics and Transparency of the Board*) täitmiseks juhtkonna kohtumisel Kaplinnas 2009. a. märtsis. Komisjoni kuulusid järgmised juhtkonna liikmed: P. Westerholm (esimees), G. Costa, M. Guillemin, J. Harrison ja J. Howard Jr., kes täitsid ülesannet kui koodeksi ülevaatamise grupp RTTK juhatuse juures. Juhatuse liige M. Fingerhut oli ühinenud grupiga, et tugevdada võimekust ülesande globaalses ulatuses. Valdkondlike kontaktide tugevdamiseks liitusid koodeksi ülevaatamise gruppi J.F. Caillard (RTTK endine president) ja S. Iavicoli (RTTK peasekretär). Kontaktide laiendamiseks maailma regioonides ning Ladina- ja Lõuna-Ameerika, Aafrika ja Aasia erialavõrgustikes liideti grupiga ka J. Rodriguez-Guzman, L. London ja S. Horie. Lisaks moodustati koodeksi ülevaatamise grupi alarühm koosseisus G. B. Tangwa, R. B. Matchaba-Hove, A. Nyika, N. MKhize ja R. N. Nwabueze, kes tegeleks eetikakoodeksi kultuuriliste küsimustega Aafrika mandril. Ülevaatamise tööks viidi läbi järjekorras mitmeid teksti ülevaatamisi. Koodeksi ülevaatamise grupi liikmed kasutasid selleks RTTK konverentse Euroopas, Aafrikas, Aasias ning Lõuna- ja Ladina-Ameerikas, arutamaks koodeksi ülevaatamisega seotud teemasid teiste liikmete ja erialavõrgustikega.
7. Koodeksi ülevaatamise grupi tegevusaruanne oli esitatud arutamiseks RTTK juhatuse vahekohtumisel Milaanos 2011. aasta veebruaris. RTTK liikmeid kaasati esialgsete raporti tulemuste tutvustamisel RTTK sekretäridele ja teaduskomisjonide juhatajatele ning RTTK maade sekretäridele. Koodeksi ülevaatamise grupi raport esitati Eetika ja Läbipaistvuse Komisjoni esimehe P. Westerholmi poolt ja selle arutelu toimus 2011. aasta septembris koodeksi ülevaatamise nõupidamisel. See oli organiseeritud RTTK presidendi K. Kogi poolt ja seal osalesid RTTK juhatuse ning Eetika ja Läbipaistvuse Komisjon liikmed. Lepiti kokku, et koodeksi muudatuste hulka minimeeritakse, vaadates üle väljaandes muudatusi vajavad teemad. 2012. aasta märtsis Cancunis toimuva RTTK kongressi erisessioonil arutati veelkord ülevaatamisest tulenenud küsimuste üle. Koodeksi soovituslikke muudatusi arutati RTTK Eetikakoodeksi töötoas Töö- ja Keskkonnatervise Ülikoolis, Kitakyushus 2012. aasta augustis. Koodeksi ülevaatamise lõpetamiseks protsessi käigus tehtud parandusettepanekute valguses kutsus RTTK president K. Kogi kokku Koodeksi toimetusrühma, kuhu kuulusid RTTK asepresidendid S. Lehtinen ja B. Rogers, peasekretär S. Iavicoli, endine president J. Rantanen ning juhatuse liikmed G. Costa, N. Kawakami, C.

Nogueira, E. Santino ja P.Westerholm. Koodeksi toimetusrühmi koostumisel 2013. aasta juunis tunnustati koodeksi muudatused lõplikult. Lisaks me väga tunnustame koodeksi kolmanda väljaande toimetust: Carlo Petyx'it (koordinaator), Valeria Boccuni't, Erika Cannone'i, Pierluca Dionisi ja Antonella Oliverio't.

8. Ülevaatamise protsessi põhiseisukohaks oli säilitada 2002. aasta koodeksi struktuur selle järjepidevuse huvides, eesmärgiga tunnustada selle sisu ka edukalt tulevastele RTTK liikmete põlvkondadele ning kõigile töötervishoiuspetsialistide kogukonna lugejatele üle kogu maailma. Ülevaatamise protsessi tulemusena on RTTK kodulehel lisadena koodeksi avaldamise järgselt saadaval ka töömaterjalid ja dokumentatsioon. Koodeksi muudatusettepanekud esitati RTTK juhatuse vahekoostumisel 2014. aasta veebruaris Helsingis. RTTK juhatuse vaatas veel kord üle muudatusettepanekud ning võttis uue Töötervishoiuspetsialistide Eetikakoodeksi vastu 10. veebruaril 2014. aastal.
9. Käesolev eetikakoodeks püüab sõnastada professionaalsete käitumisreeglite väärtused ja eetilised põhimõtted töötervishoius. Taotluseks on juhendada kõiki neid, kes tegutsevad töötervishoiu valdkonnas ja luua võrreldav tase, mille alusel saaks hinnata tööalaste kohustuste täitmist. Samuti on selle eesmärgiks panustada üldiste koostööpõhimõtete väljaarendamisse kõikide asjassepuutuvate spetsialistide vahel, et edendada meeskonnatööd ja multidistsiplinaarset lähenemist töötervishoius. Koodeks tagab raamistikku, mille alusel on võimalik dokumenteerida kõrvalekaldeid üldiselt tunnustatud praktikast ja kohustuslikest vastutusaladest nendele, kes ei ole oma tegude osas selgesõnalised. Samuti vajab äramärkimist asjaolu, et detailsemaid juhtnööre mitmetes erinevates küsimustes võib leida riiklikes eetikakoodeksites või konkreetsetele ametialadele mõeldud juhendmaterjalides. Veelgi enam, eetikakoodeksi eesmärgiks ei ole katta kõiki rakendusvaldkondi või töötervishoiuspetsialistide tegevusvaldkonna kõiki aspekte või nende suhteid sotsiaalpartnerite, teiste elukutsete esindajate või avalikkusega. Üldtunnustatud on, et mõnede erialade eetika aspektid võivad olla ametispetsiifilised ning vajavad täiendavaid eetika juhtnööre.
10. Oluline on rõhutada, et eetika puhul tuleks arvesse võtta, et teemavaldkond ei ole selgelt piiritletav ning vajab multidistsiplinaarset koostööd, suhtlemist, osalemist ja konsultatsioone. Protsess võib osutuda olulisemaks kui selle lõpptulemus. Töötervishoiuspetsialistide eetikakoodeksit ei tuleks võtta kui „lõplikku“, vaid kui dünaamilise protsessi teetähist, mis hõlmab kogu töötervishoiu kogukonda kui tervikut, RTTK-d ja teisi ohutuse, tervise- ja keskkonnaga seotud organisatsioone, sealhulgas tööandjate ja töötajate organisatsioone.
11. Äärmiselt oluline on rõhutada, et töötervishoiu valdkonnas on eetika põhioluliselt paljude partnerite koostöö tulemus. Hea töötervishoid on kõikehõlmav, mitte mingi välistav süsteem omaette. Professionaalse käitumise standardite täpsustamine ja rakendamine ei hõlma vaid töötervishoiuspetsialiste, vaid ka neid, kes nimetatud spetsialistide tööst kasu saavad või end sellest ohustatuna tunnevad, aga ka neid, kes aitavad kaasa eetikakoodeksi valutule kasutusele võtmisele või mõistavad hukka selle kitsaskohti. Seetõttu tuleks käesolevat dokumenti perioodiliselt üle vaadata ja vajadusel muuta. Kommentaarid koodeksi sisu täiustamiseks tuleks edastada RTTK sekretariaati.

12. „Rahvusvahelist töötervishoiuspetsialistide eetikakoodeksit“ võib vabalt levitada. Ühisettepanek tõlkeks teistesse keeltesse peale inglise ja prantsuse keelte tuleb ühiselt esitada RTTK presidendile ja peasekretärile. Tõlke teistesse keeltesse peale ametlike keelte peab teostama konkreetseks otstarbeks (*ad hoc*) RTTK presidendi poolt määratud töögrupp. RTTK president võib vajadusel määrata tõlget hindama spetsialistide töörühma. Töörühma esimees edastab lõpliku redigeeritud tõlke nõusoleku saamiseks RTTK presidendile. RTTK eetikakoodeksi tõlgitud versioon peab sisaldama koodeksi koopiat kas inglise või prantsuse keeles. RTTK eetikakoodeksi trükkimiseks peab eelnevalt nõusoleku andma RTTK president. Ükskõik, millise organisatsiooni poolt igasuguseks trükkimiseks mõeldud finantsabist tuleb eelnevalt teavitada RTTK presidenti ning saada temalt nõusolek.

Kazutaka Kogi, MD, Dr.Med.Sci
RTTK president

Sergio Iavicoli, MD, PhD
RTTK peasekretär

SISSEJUHATUS

1. Töötervishoiu eesmärgiks on kaitsta ja edendada töötajate tervist, hoida ja parandada nende töövõimekust ja -käitumist, panustada turvalise töökeskkonna rajamisse ja hoidmisse, edendada töötajate tööülesannete mugandamist, võttes seejuures arvesse nende tervislikku seisundit.
2. Töötervishoiu valdkond on lai ja katab kõigi tööst põhjustatud kahjustuste ennetamise, tööõnnetused ja tööga seotud tervisehäired, kaasa arvatud kutsehaigused ja kõik töö ja tervisega seotud aspektid. Töötervishoiuspetsialistid peaksid olema kaasatud, kus iganes võimalik, tervise- ja ohutusvahendite disainimisse ja valikusse, sobivate töövõtete, protseduuride ja turvaliste tööalaste tegevuste tervisenõustamisse. Nad peaksid julgustama töötajaid tegema koostööd ja andma kogemuste põhist tagasisidet.
3. Õigluse põhimõttel peaksid töötervishoiuspetsialistid nõustama töötajaid, aitamaks leida ja hoida töökohta, hoolimata tervise puudujääkidest või puuetest. Õigel ajal tuleks tunnistada, et konkreetsed töötervishoiu nõuded on määratletud teguritega nagu vanus, sugu, rahvus, füsioloogiline seisund, sotsiaalsed aspektid, suhtlemisbarjäärid jm. Niisuguste vajadustega tuleb tegeleda individuaalsel tasandil, kaitsmaks töötaja tervist seoses tööga, jätmata vähemutki võimalust diskrimineerimiseks.
4. Käesolevas koodeksis on mõistega *töötervishoiuspetsialist* tähistatud kõiki neid, kes oma ameti tõttu tegelevad töötervishoiu ja -ohutuse ülesannetega, pakkudes töötervishoiuteenust või tegelevad töötervishoiu praktikas. Terve rida erialasid on seotud töötervishoiuga, kuna need on seotud tehnoloogia ja tervist puudutavate tehniliste, meditsiiniliste ja õiguslike aspektidega. Töötervishoiuspetsialistide hulka kuuluvad töötervishoiuarstid ja töötervishoiuõed, tööinspektorid, tööhügieenikud ja tööpsühholoogid, ergonoomid, taastusraviarstid, tööõnnetuste ennetamise, töökeskkonna parandamise ning töötervishoiu ja tööohutusalase uurimistööga tegelevad spetsialistid. Töötervishoiuspetsialistide pädevus tuleks mobiliseerida multidistsiplinaarses meeskonnatöös koostöövõrgustiku põhimõttel.
5. Töötervishoiu praktikaga võivad olla mingil määral seotud paljud teised valdkonnad nagu keemia, toksikoloogia, tehnika, radioloogia, epidemioloogia, keskkonnatervis, rakendussotsioloogia, tervise- ja sotsiaalkindlustus ning terviseõpetus. Veelgi enam, rahvatervise- ja töövaldkonna ametnikel, tööandjatel, töötajatel ja nende esindajatel ning esmaabi andjatel, kuigi nad ei ole ameti poolest töötervishoiuspetsialistid, on oluline roll ja isegi otsene vastutus töötervishoiupoliitika ning -programmide rakendamisel. Lisaks on ka paljude teiste erialade esindajatel, näiteks juristidel, arhitektidel, ettevõtjatel, disaineritel, tööanalüütikutel, töökeskkonnaspetsialistidel, tehnikakoolide, ülikoolide ja teiste õppeasutuste õppejõududel, samuti ajakirjanikel, tähtis roll töökeskkonna ja töötingimuste parandamisel.
6. Termin *tööandjad* tähistab isikuid, kel on töötajate ees vastutus, pühendumine ja kohustused nende töös vastastikku sõlmitud lepetes mõlemapoolse vabatahtlikkuse alusel. Termin *töötajad* kehtib iga töötava isiku kohta, kas täiskoormuse, osalise tööaja või ajutise töölepinguga tööandja alluvuses; terminid on siin kasutatud laias

tähtsuses, tähistamaks kõiki töövõtjaid, kaasa arvatud juhtivpersonal ja füüsilisest isikust ettevõtjad (FIE-d, kes omavad nii tööandja kui ka töötaja kohustusi). Väljend *pädev institutsioon* tähistab ministrit, valitsuse allüksust või teist avaliku võimu esindajat, kellel on võim anda välja eeskirju, määruseid või teisi juhiseid, millel on seaduse jõud ja kes vastutab nende järelevalve ning rakendamise eest.

7. Tööohutuse ja -tervishoiu valdkonnaga seotud isikutel ning üksustel on suur hulk ülesandeid, kohustusi ja vastutust ning keerulisi suhteid. Üldiselt määratletakse kohustused ja vastutusvaldkonnad seadusandlikult. Iga tööandja vastutab oma töötajate tervise ja ohutuse eest. Iga eluala siseselt eksisteerivad selle spetsiifikast tulenevad kohustused. Sotsiaal-, keskkonna-, majandus- ja tervise poliitika rakendusvaldkonnas on oluline defineerida töötervishoiuspetsialistide rolli ja nende suhet teiste spetsialistidega, pädevate ametiasutusega ning erialaste liitude ja seltsidega. See eeldab selget arusaama töötervishoiuspetsialistide eetikast ja käitumisnormidest. Multidistsiplinaarse lähenemise korral, kui mitmete elualade spetsialistid töötavad koos, peaksid nad püüdma oma tegevuse üles ehitada ühistele väärtustele ning mõistma üksteise ülesandeid, kohustusi, vastutust ja erialaseid standardeid.
8. Seadusega on sätestatud töötervishoiuteenistuse toimimine ja mõned töötervishoiuspetsialistide ülesannete täitmise tingimused nagu tegevuste regulaarne planeerimine ja ülevaatamine ning pidev konsulteerimine töötajate ja juhtkonnaga. Täielik kutsealane sõltumatus on usaldusväärse töötervishoiualase teeninduse põhinõue, ehk töötervishoiuspetsialistid peaksid omama erialast sõltumatust oma funktsioonide täitmisel langetada iseseisvalt otsuseid ja anda ettevõtetes nõu, et kaitsta töötajate tervist ja tagada ohutus vastavalt oma teadmistele ja südametunnistusele. Töötervishoiuspetsialistid peaksid hea seisma selle eest, et töötervishoiualane tegevus vastaks hea tava ja kõrgeima professionaalse taseme nõuetele. See peaks endas hõlmama adekvaatset meeskonda, koolitust ja teadmiste arendamist, sealhulgas pidevat teadmiste ja oskuste kontrolli, toetust ja ligipääsu kõrgema juhtkonna tasemel.
9. Edasised põhitingimused vastuvõetavale töötervishoiupraktikale - sageli täpsustatud siseriiklike õigusaktidega – on vaba juurdepääs töökohale ja vajaliku adekvaatse info olemasolu töötervishoiu eesmärkide täitmiseks. Teised põhinõuded näevad ette tingimuste loomist töökeskkonna mõõtmiste läbiviimiseks, töökohtade hindamiseks, küsitluse läbiviimiseks ja konsulteerimiseks juhtkonnaga ohutuse- ja tervisestandardite rakendamisel. Erilist tähelepanu tuleks pöörata eetilistele dilemmadele, mis võivad tekkida, kui püütakse samaaegselt saavutada mitut potentsiaalselt vastandlikku eesmärki – näiteks töökoha säilitamine ja tervise kaitse, kus on õigus informatsioonile ja konfidentsiaalsusele ning tekivad konfliktid individuaalsete ja kollektiivsete huvide vahel.
10. Töötervishoiupraktika peaks vastama töötervishoiu seatud eesmärkidele, mis on määratletud Rahvusvahelise Tööorganisatsiooni (ILO, *International Labour Organization*) ja Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO, *World Health Organization*) poolt 1950. aastal ja uuendatud ILO/WHO Töötervishoiu Ühisnõukogu poolt 1995. aastal järgnevalt:

Töötervishoiu eesmärgid peaksid olema: kõikide ametialade töötajate kõrgeimal tasemel füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu edendamine ja säilitamine; töötingimustest põhjustatud tervisehäirete ennetamine; töötajate kaitsmine

tervisekahjustusi põhjustatvate riskide eest töökohal; töökeskkonna kohandamine vastavalt töötaja füsioloogilistele ja psühholoogilistele võimetele; ning kokkuvõtteks, töö kohandamine inimesele ja iga inimese kohandamine oma tööle. Tähelepanu keskpunkt töötervishoius tugineb peamiselt kolmel eesmärgil: (i) töötajate tervise ja töövõime säilitamine ja edendamine; (ii) töö ja töökeskkonna parandamine ohutuks ja tervist toetavaks; ja (iii) tervist ja ohutust toetava töökorralduse ning töökultuuri väljaarendamine suunas, mis edendaks seeläbi ka positiivset suhtlemiskliimat ja silutud töövõtteid ning tõsta ettevõtmiste tulemuslikkust. Mõiste 'töökultuur' peegeldab antud kontekstis töötajate poolt omaks võetud põhiväärtuste süsteemi, mis puudutab kohandatud ettevõtmisi. Niisugune kultuur kajastub juhtimissüsteemide praktikas, personalipoliitikas, osalemise põhimõtetes, koolituspoliitikas ja ettevõtte kvaliteetses juhtimises.

11. Pole võimalik liigselt rõhutada, et iga töötervishoiupraktika keskne eesmärk on kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste ning vigastuste vahetu ennetamine. Niisugust töötervishoiupraktikat tuleks rakendada kontrollitud tingimustes ja organiseeritud raamistikus, mis hõlmab kõikidele töötajatele kättesaadavaid universaalseid töötervishoiuteenuseid. See praktika peaks olema asjakohane ja teadmispõhine, juhinduma teaduslikest, eetilistest ja tehnilisest seisukohtadest, kohandatud töötajaskonna töötervishoiualastele vajadustele ja kutseriskidele ettevõttes.
12. Järjest enam mõistetakse, et kvaliteetse töötervishoiupraktika eesmärk ei ole ainult hinnangu andmine ja teenuste pakkumine, vaid kätkeb ka töötajate tervise ja töövõime eest hoolitsemist, et seda kaitsta, säilitada ja edendada ning võtta arvesse perekondlikku situatsiooni ja asjaolusid väljaspool tööd. Niisugune lähenemine töötervishoiupraktikale ja tervisedendamisele töö käsitseb töötajate tervist ja nende inimlikke ja sotsiaalseid vajadusi sidusalt ja kõikehõlmavalt. See sisaldab ennetavat tervishoidu, tervisedendust, ravile orienteeritud tervishoidu, esmast rehabilitatsiooni ja kohast kompensatsiooni, nii nagu ka paranemise ja tööle tagasipöördumise strateegiaid. Sarnaselt mõistetakse järjest enam seoste tähtsust töötervishoiu, keskkonnatervise, kvaliteetse juhtimise, tooteohutuse ja vastutustundliku disainimise ning käsitlemise, kogukonna ja rahvatervise ning julgeoleku vahel. See strateegia on töötervise ja -ohutuse juhtimissüsteemide arengut soodustav. Rõhk on laimatu tehnoloogial ja liitudel tootjatega, et muuta areng järjepidevaks, õiglaseks, sotsiaalselt kasulikuks ja inimvajadustele vastavaks.

PÕHIPRINTSIIBID

Kolm järgmist paragrahvi võtavad kokku eetikaprintsiibid ja hinnangud, millel põhineb Rahvusvahelise Töötervishoiuspetsialistide Eetikakoodeks.

Töötervishoiu eesmärk on teenida töötajate vaimse ja füüsilise tervise ning sotsiaalse heaolu kaitset ja edendada seda nii individuaalses kui kollektiivses võtmes. Töötervishoiualane tegevus peab vastama kõrgeimatele kutsenõuetele ja eetikaprintsiipidele. Töötervishoiuspetsialistid peavad panustama kogukonna- ja keskkonnatervisesse.

Töötervishoiuspetsialistide kohustuste hulka kuuluvad töötajate elu ja tervise kaitsmine, nende inimväärikuse austamine ja kõrgeimate eetiliste printsiipide edendamine töötervishoiupoliitikas ning -programmides. Aus ja õiglane kutsealane käitumine ning töötajate tervist ja eraelu puudutava informatsiooni konfidentsiaalsuse kaitse on osa nendest kohustustest.

Töötervishoiuspetsialistid on eksperdid, kes peavad oma ülesannete täitmisel olema kutsealaselt täiesti sõltumatud. Nad peavad omandama ja säilitama oma kohustuste täitmiseks vajaliku pädevuse ning nõudma tingimusi, mis võimaldavad neil täita oma ülesandeid vastavalt heakskiidetud praktikale ja kutseeetikale.

TÖÖTERVISHOIUSPETSIALISTI ÜLESANDED JA KOHUSTUSED

Eesmärgid ja nõustav roll

1. Töötervishoiualase praktika peamine eesmärk on kaitsta töötajate tervist ja edendada ohutut ning tervist säästvat töökeskkonda, kaitsta töötajate töövõimet ja nende ligipääsu tööturule. Selle eesmärgi saavutamiseks peavad töötervishoiuspetsialistid kasutama valideeritud riskihindamise ja tervise edendamise meetodeid, soovitama tõhusaid ennetavaid abinõusid ja jälgima nende rakendamist. Vastavalt töötervishoiu- ja -ohutuse vajadusele peavad töötervishoiuspetsialistid tööandjale, töötajale või ametivõimudele andma asjatundlikku nõu ennetavate tegevuste kohta tööohutuse ja tervise parandamiseks töö, tuginedes oma ametialasele pädevusele ja eetilistele otsustele. Töötervishoiuspetsialistid peavad andma tööandjale pädevaid ja ausaid nõuandeid, et nad saaksid täita oma kohustusi tööohutuse ja -tervise valdkonnas, sama hästi kaitsta ning edendada töötajate tervist töö. Töötervishoiuspetsialistid peavad hoidma otsekontakti töötervishoiu ja tööohutuse komisjoniga, kui see on seal olemas.

Teadmised ja ekspertiis

2. Töötervishoiuspetsialistid peavad pidevalt olema kursis töö ja töökeskkonnaga, samuti oma teadmisi täiendama ja olema hästi kursis teaduse ja tehnika edusammudega, kutseiskide ning kõige tõhusamate vahenditega võimalike riskide kõrvaldamiseks ja vähendamiseks. Põhirõhk peaks olema esmasel ennetusel, mis on määratud läbi poliitiliste hoiakute, kavandamise, laitmatute tehnoloogiate valiku ja tehnika kontrollimeetmete ning töökorralduse ja töökoha kohandamise töötajatele. Töötervishoiuspetsialistid peavad külastama töökohti regulaarselt ja igapäevaselt, kus igati võimalik ning andma nõu töötajatele ja juhtkonnale tehtava töö osas.

Poliitika ja programmi arendamine

3. Töötervishoiuspetsialistid peavad juhtkonda ja töötajaid nõustama ettevõttes esinevate töötajate tervist kahjustada võivate tegurite osas. Kutsetööst tulenevate ohtude riskihinnang peab viima töötervishoiu- ja tööohutuspoliitika ning kohandatud ennetusprogrammi saavutamisele, mis on kohandatud töökohtade ja ettevõtmiste vajadustele. Töötervishoiuspetsialistid peavad, toetudes kättesaadavale teaduslikule ning tehnilisele teabele ja oma teadmistele töökeskkonnast, soovitama just sellist poliitikat. Töötervishoiuspetsialistid peavad seisma sellise poliitika ja programmide eest, mis tuginevad hetkel kättesaadavatele teaduse ja tehnika saavutustele, samuti nende teadmistele töökorralduse ja -keskkonna kohta. Töötervishoiuspetsialistid peaksid olema veendunud, et nad omavad nõutud oskusi või tagama vajaliku ekspertiisi, kindlustamaks nõuanded ennetusprogrammi läbiviimiseks, mis sisaldaks vastavaid seiremeetmeid, tööohutuse- ja terviseriskide juhtimist ning õnnetuse korral tagajärgede minimeerimist, mõistvalt arvesse võttes riiklikke regulatiivseid nõudmisi. Järjepideva parandamise eesmärgi nimel tuleks töötervishoiuprogrammide kvaliteeti ja efektiivsust regulaarselt hinnata.

Rõhk ennetamisel ja kiirel tegutsemisel

4. Erilisel kaalutlusel tuleks anda kiireks kohaldamiseks lihtsad ennetusmeetmed, mis on tehniliselt kindlad ja kergesti rakendatavad. Edasised uuringud peavad selgitama, kas need abinõud on efektiivsed või vajaduse korral tuleb leida keerukamaid lahendusi. Ohuteguri tõsiduse kahtluse korral tuleb koheselt rakendada asjakohaseid ja sobivaid ennetavaid abinõusid. Kui on erinevaid arvamusi või ebamäärasusi riskide või ohutegurite olemuse osas, peavad töötervishoiuspetsialistid olema oma hinnangutes selgesõnalised, austama kõiki asjaosalisi, vältima oma arvamustes mitmetähenduslikkust ning vajadusel konsulteerima teiste spetsialistidega.

Parandustegevuste jälgimine

5. Adekvaatsete sammude tegemata jätmisel või lubamatu riski kõrvaldamisest keeldumisel või kui abinõud situatsioonis kujutavad ohtu töötaja tervisele või ohutuse ollukorrale, peavad töötervishoiuspetsialistid võimalikult kiiresti ja kirjalikult teavitama kõrgemalseisvat, otsuseid täidesaatvat ülemust. Sealjuures tuleb rõhutada teadusliku informatsiooni ja vastavate tervisekaitsenormide, sh piirnormide arvesse võtmise vajadust ja tuletada tööandjale meelde tema kohustust, rakendada õigusakte ja regulatsioone ning kaitsta töötajate tervist nende töökohustuste täitmisel. Asjassepuutuvaid töötajaid ja nende esindajaid tuleks ettevõttes informeerida ning kus iganes osutub tarvilikuks, võtta ühendust kompetentse institutsiooniga.

Informatsioon, suhtlemine ja koolitus

6. Töötervishoiuspetsialistid peavad kaasa aitama töötajate informeeritusele tööga seotud ohuteguritest, milledele võidakse olla eksponeeritud ning varjamata fakte, objektiivsel ja ettenägelikul viisil rõhutama ennetavate abinõude tähtsust. Töötervishoiuspetsialistid peavad tegema koostööd juhtkonna, töötajate ja nende esindajatega tagades adekvaatse informatsiooni ning koolituse tervise ja ohutuse küsimustes juhtkonnale ja töötajatele. Edastades teavet riskidest ja nende juhtimisest töökohal, peavad töötervishoiuspetsialistid arvestama keelebarjääri, rahvuste kultuuriliste ja teiste erisustega juhtkonna ja töötajate hulgas, mis võib mõjutada suhtlemise tõhusust. Töötervishoiuspetsialistid peavad edastama tööandjatele, töötajatele ja nende esindajatele asjakohast infot tuntud ja võimalike töökeskkonna ohutegurite kohta, mis on nii teaduslikult tõestatud kui ka mitte tõestatud.

Ärisaladused

7. Töötervishoiuspetsialistid on kohustatud mitte avaldama tööstus- või ärisaladusi, millede kohta on tööülesannete täitmisel teada saadud. Siiski ei tohi nad varjata informatsiooni, mis on vajalik töötajate või kogukonna tervise ja ohutuse kaitsmise seisukohalt. Vajaduse korral peavad töötervishoiuspetsialistid konsulteerima kompetentse asutusega, kes on vastutav konkreetse õigusakti rakendamise eest.

Meditsiinilised läbivaatused

8. Töötajate meditsiinilise läbivaatuse eesmärgid, meetodid ja protseduurid peavad olema töötervishoius selgelt määratletud, eelistamaks töökohtade kohandamist töötajale, kes peab olema sellest informeeritud. Meetodite ja protseduuride asjakohasus ja kehtivus

peab olema kooskõlas võimaliku teadusliku tõenduspõhisusega ja asjakohase hea tava praktikaga. Tervisekontroll tuleb läbi viia töötajate informeeritud nõusoleku vormis. Nõustumise taotlemise käigus tuleks läbi arutada kliiniliste analüüside ja tervisekontrolli protsessi potentsiaalsed positiivsed ja negatiivsed tagajärjed, mis on nõusoleku andmise üheks osaks. Meditsiinilise läbivaatuse peab läbi viima töötervishoiuarst, kellel on vastava asutuse poolt tõestatud pädevus.

Töötajate informeerimine

9. Meditsiinilises läbivaatuses osalenud töötajale tuleb selgitada selle raames teostatud uuringute tulemusi. Konkreetne tööle sobivuse otsus peaks antama töökoha ja töökohtade hea tundmise ning töötaja tervisehinnangu põhjal. Töötajad peavad olema informeeritud võimalusest vaidlustada nende töölesobivuse kohta tehtud otsust, juhul kui nad peavad seda oma huvidele mittevastavaks. Edasikaebamise puhuks peavad olema kindlaks määratud vastavad protseduurireed.

Tööandja informeerimine

10. Siseriiklikes õigusaktides või juhendites ettenähtud meditsiiniliste uuringute tulemustest tuleb juhtkonnale teatada ainult seda, mis on seotud töötaja sobimisega antud töökohale, meditsiinilistel näidustustel tööülesannete täitmise piirangutega või kokkupuutumisel kutseriskidega. Sellise info edastamisel peaks olema põhirõhk ettepanekutel kohandada tööülesanded ja töötingimused töötaja võimetele sobivateks. Üldist informatsiooni töötaja tööle sobivuse või tema tööga seotud tervise kohta või kutseriskidest võimalike või olemasolevate tervisemõjude kohta võib avaldada vaid töötaja nõusolekul ja juhul kui see on tarvilik tema tervise kaitsmise seisukohalt.

Oht kolmandatele osapooltele

11. Kui töötaja tervislik seisund ja tööülesannete täitmine võivad tõenäoliselt teisi ohustada, tuleb töötajat olukorrast kahtlemata informeerida. Eriti ohtliku olukorra puhul peab teiste isikute kaitseks rakendatavatest abinõudest informeerima ka juhtkonda ja kui seda nõuavad õigusaktid, siis ka pädevat asutust. Töötervishoiuspetsialist peab nõu andes püüdma lepitada töötaja töö jätkamist, tagades teiste töötajate ohutuse või tervise, juhul kui nad on ohustatud.

Bioloogiline seire ja uuringud

12. Bioloogilised testid ja teised uuringud tuleb valida lähtudes nende asjakohasusest ja usaldusväärsusest, arvestades nende tundlikkust, eripära ja ennustatavat väärtust ning kaitsmaks töötaja tervist. Töötervishoiuspetsialistid ei tohi kasutada uuringuid, mis ei ole usaldusväärsed või millel ei ole tööülesannete täitmise seisukohast küllaldast väärtust. Valikuvõimaluse korral tuleb alati eelistada mitteinvasiivseid meetodeid ja uuringuid, mis ei kujuta mingit ohtu töötaja tervisele. Invasiivseid uuringuid või läbivaatust, mis kujutab uuritava töötaja tervisele riski, võib soovitada ainult pärast kõigi eeliste ja ohtude hindamist. Niisugune uuring toimub töötaja nõusolekul ja seda tuleb teostada vastavuses kõrgeimate kutsenõuetega. Seda ei saa õigustada kindlustuse eesmärgiga või seoses kindlustusnõuetega.

Tervisedendus

13. Tegutsedes tervisehariduses, tervisedenduses, tervise sõeluuringus ja rahvatervise programmides, peavad töötervishoiuspetsialistid püüdma kaasata kavandamise ja rakendamise protsessi nii tööandjaid kui töötajaid. Samuti peavad nad kaitsma töötajate isiklikke terviseandmete konfidentsiaalsust ja ennetama nende väärkasutamist.

Kogukonna ja keskkonna kaitse

14. Töötervishoiuspetsialistid peavad olema teadlikud oma osast kogukonna ja keskkonna kaitses. Pidades silmas panust keskkonna- ja rahvatervisesse, peavad töötervishoiuspetsialistid võimalust mööda osalema ja algatama töökeskkonna ohutegurite väljaselgitamist, riskide hindamist ning nõustamisel juhtima tähelepanu töökeskkonna riskide ennetamise eesmärkidele.

Panus teadusesse

15. Töötervishoiuspetsialistid peavad teadlastele, avalikkusele ja tööjõu institutsioonidele andma objektiivset informatsiooni kutsetööga seotud uute või võimalike ohutegurite kohta. Samuti peavad nad informatsiooni jagama uute ja asjakohaste ennetusmeetodite kohta. Teadusuuringutesse kaasatud töötervishoiuspetsialistid peavad kavandama oma tegevusi teaduslikult tõestatud alustel, tegutsema täieliku ametialase iseseisvusega ning järgima terviseuuringutele ja meditsiinilisele teadustööle seatud eetika põhimõtteid. Need hõlmavad sotsiaalset ja teaduslikku väärtust, teaduslikku valiidsust, ausat teemavalikut, riski ja kasuteguri suhet, informeeritud nõusolekut, austust võimalike ja kaasatud subjektide vastu, iseseisva ja kompetentse eetikakomitee protokollide ülevaadet potentsiaalsetest huvide konfliktidest ja konfidentsiaalsete andmete kaitsest. Töötervishoiuspetsialistidel on kohustus teha oma uurimistulemused avalikkusele kättesaadavaks. Nad vastutavad oma raportite täpsuse eest.

TÖÖTERVISHOIUSPETSIALISTI ÜLESANNETE TÄITMISE TINGIMUSED

Pädevus, ausus ja erapooletus

16. Töötervishoiuspetsialistid peavad alati tegutsema esmajoones töötajate tervise ja ohutuse huvides. Töötervishoiuspetsialistide otsused peavad olema teaduslikult põhjendatud ning tehniliselt kompetentsed ja vajaduse korral ekspertidega kooskõlastatud. Töötervishoiuspetsialistid peavad hoiduma igasugustest otsustest, nõuannetest või tegevusest, mis võib ohustada usaldust nende erapooletusse ja aususesse.

Kutsealane sõltumatus

17. Töötervishoiuspetsialistid peavad nõudma ja säilitama täielikku kutsealast sõltumatust ja järgima oma ülesannete täitmisel konfidentsiaalsuse põhimõtet. Mitte ühelgi juhul ei tohi töötervishoiuspetsialistid oma otsustes lähtuda huvide konfliktist, eriti tööandjate, töötajate või nende esindajate nõustamisel töökeskkonna ohuteguritest tulenevate terviseriskide ja ohuolukordade kohta tervise või ohutuse suhtes.

Erapooletus, mittediskrimineerimine ja suhtlemine

18. Töötervishoiuspetsialistid peavad töötervishoiuteenuse osutajatega looma usaldusel, õiglusel ja konfidentsiaalsusel põhinevad suhted. Kõiki töötajaid tuleb kohelda õiglaselt, ilma igasuguse diskrimineerimiseta tervises seisundi, sotsiaalsete aspektide, usuliste tõekspidamiste suhtes või töötervishoiuspetsialisti külastamise põhjuste pärast. Töötervishoiuspetsialistid peavad looma ja säilitama selged suhtlemisliinid üksteisega, töötajate esindajate ja ettevõtte juhtidega, kes kõrgemal tasandil vastutavad töötingimuste, töökorralduse ning töökeskkonna eest.

Organisatsioonieetika ja töölepingud

19. Töötervishoiuspetsialistidele tööd andvad eraettevõtted või organisatsioonid peaksid vastu võtma organisatsioonieetika kava, mis on kooskõlas käesoleva koodeksi eetiliste põhimõtetega. Need institutsioonid ja organisatsioonid peaksid võimaldama ja toetama töötervishoiuspetsialistide käitumist käesoleva eetikakoodeksi järgi. Töötervishoiuspetsialistid peavad taotlema, et nende töölepingusse lisataks eetika klausel. See peaks igal juhul sisaldama töötervishoiuspetsialisti õigusi järgida oma kutsenõudeid, juhtnõore ja eetikakoodeksit. Töötervishoiuspetsialistid ei tohi nõustuda tingimustega, mis ei võimalda neil oma ülesandeid täita vastavalt kutsenõuetele ja eetika-printsipidele ning -juhtnõoridele. Töölepingud peaksid kirjeldama soovitatavaid rolle ja vastutust, kehtestama töötervishoiuspetsialistide iseseisvuse ja sisaldama juhtnõore juriidiliste, lepinguliste ja eetiliste aspektide kohta. Lähenedes konflikti juhtimisele peaks olema võimaldatud konfidentsiaalse informatsiooni kaitse ja ligipääs haiguslugudele. Töötervishoiuspetsialistid peavad olema kindlad, et nende leping ei sisalda klausleid, mis võiksid piirata nende kutsealast sõltumatust. Kahtluse korral tuleb otsida juriidilist abi ning konsulteerida pädeva ametiasutusega.

Dokumenteerimine

20. Töötervishoiuspetsialistid peavad töötervishoiu probleemide kindlaksmääramiseks ettevõttes koostama pädevaid dokumente, arvestades seejuures konfidentsiaalsuse nõuetega. Ülestähendused sisaldavad teavet töökeskkonna vaatlustest, samuti töötajate isikuandmeid nagu tööanamnees ja tööga seotud andmeid nagu kutseekspositsiooni ajalugu, individuaalse ekspositsiooni tulemusi kutseriskidele ja töölesobivuse tõendeid. Töötajatel peab olema ligipääs enda isiklikele terviseandmetele, samuti andmetele töökeskkonna seire tulemuste kohta.

Meditsiiniline konfidentsiaalsus

21. Meditsiinilisi isikuandmeid ja meditsiiniuuringute tulemusi peab säilitama konfidentsiaalsetes meditsiiniregistrites (failides), mida tuleb hoida turvaliselt töötervishoiuarsti või töötervishoiuõde vastutusel. Juurdepääs meditsiinifailidele, nende edasitoimetamine, samuti väljaandmine ning nendes toimikutes sisalduva informatsiooni kasutamine on määratud siseriiklike õigusaktide või juhenditega ning arstide eetikakoodeksiga. Toimikutes leiduvat informatsiooni tuleb kasutada vaid töötervishoiualastel eesmärkidel.

Kollektiivi puudutavad terviseandmed

22. Juhul kui individuaalse identifitseerimise võimalus on välistatud, võib rühma kohta käivat meditsiinilist informatsiooni avaldada juhtkonnale ja töötajate esindajatele või töökeskkonnanõukogule, kui need on olemas, eesmärgiga aidata neid oma kohustustes ohustatud töötajarühmade tervise ja ohutuse kaitsmisel. Töövigastustest ja tööga seotud haigestumistest tuleb teatada pädevale asutusele vastavalt siseriiklikes õigusaktides ja juhendites ettenähtud korrale.

Suhted teiste tervishoiuspetsialistidega

23. Töötervishoiuspetsialistid ei tohi nõuda isikuandmeid, mis ei ole seotud töötajate tervise kaitsmise, säilitamise ja edendamisega või töötajaskonna üleüldise tervisliku seisundiga tööl. Töötervishoiuarstid võivad töötaja informeeritud nõusolekul taotleda meditsiinilist informatsiooni või andmeid tema raviarstilt või haigla meditsiini-personaalilt, kuid ainult eesmärgiga kaitsta, säilitada ja edendada antud töötaja tervist. Sealjuures peab töötervishoiuarst informeerima töötaja raviarsti või haigla meditsiini-personali oma rollist ja taotlusest, millist meditsiinilist informatsiooni või andmeid vajatakse. Töötaja nõusolekul võib töötervishoiuarst või -õde vajadusel anda asjakohast informatsiooni töötaja raviarstile, muuhulgas kutsetööga seotud ohtudest, eksponeeritusest ja piirangutest tööl, mis kujutavad endast ohtu töötaja tervise-seisundile.

Võitlus väärkäitumisega

24. Töötajate meditsiiniliste ja terviseandmete salastatuse kaitseks peavad töötervishoiuspetsialistid tegema koostööd teiste tervishoiuspetsialistidega. Töötervishoiuspetsialistid peavad kindlaks määrama, hindama ja juhtima tähelepanu

protseduuridele või praktikatele, mis on nende arvates vastuolus käesoleva koodeksi põhimõtetega ja vajadusel informeerima sellest pädevat asutust. See tähendab eeskätt töötervishoiu andmete väärkasutamist, leidude varjamist või edastamata jätmist, meditsiinilise konfidentsiaalsuse rikkumist või ebaadekvaatset andmekaitset ja seda eriti arvutitesse sisestatud informatsiooni osas.

Sidemed sotsiaalpartneritega

25. Töötervishoiuspetsialistid peavad teavitama tööandjaid, töötajaid ja nende esindajaid täieliku kutsealase sõltumatuse vajadusest ja kohustusest kaitsta meditsiinilist konfidentsiaalsust, et austada inimväärikust ning suurendada töötervishoiu tegevuste vastuvõetavust ja tõhusust.

Kutsealase käitumise ja eetika edendamine

26. Selleks, et rakendada töötervishoiupraktikas kõrgeimaid eetika standardeid, peavad töötervishoiuspetsialistid taotlema tööandjate, töötajate ja nende organisatsioonide, samuti pädevate asutuste, erialaseltside ja teadusühingute ning teiste asjakohaste riiklike ja rahvusvaheliste organisatsioonide toetust ja koostööd. Sobivate nõuete kehtestamiseks ja võimalike puuduste avastamiseks ning kõrvaldamiseks peaksid töötervishoiuspetsialistid alatama oma ametialase tegevuse auditeerimise programme, veendumaks, et vastavad standardid on saavutatud ning juhul kui on avastatud mõningaid puudujääke, on need parandatud ja ettevõetud samme, mis kindlustaks professionaalse arengu järjepidevuse.

KIRJANDUS JA VIITED

1. Meditsiinieetika koodeks. Vastu võetud 3nda Maailma Meditsiiniassotsiatsiooni peaassamblee poolt. London, Inglismaa, oktoober 1949, täiendatud 22. Maailma Meditsiiniassamblee poolt. Sydney, Austraalia, august 1968 ja 35. Maailma Meditsiiniassamblee poolt. Veneetsia, Itaalia, oktoober 1983.
2. Helsingi deklaratsioon: juhised arstidele biomeditsiinilise uurimistöö läbiviimiseks inimsubjekti korral. Vastu võetud 18. Maailma Meditsiiniassamblee poolt, Soomes, 1964, läbi vaadatud 29. Maailma Meditsiiniassamblee poolt. Tokyo, Jaapan, 1975, ja 41. Maailma Meditsiiniassamblee poolt. Hong Kong, september, 1989.
3. Töötervishoiu harta (vastu võetud Brüsselis, 1969, üle vaadatud Kopenhaagenis, 1979, ja Dublinis, 1980). Euroopa Liidu Arstide Alaline Komisjon, CP 80-1-182, 11. detsember 1980.
4. Ohutuselukutsete eetikakoodeks. Ameerika Ohutusspetsialistide Kogu. ATSK assamblee poolt vastu võetud, 1974.
5. Eetilise käitumise koodeks kutsemeditsiiniteenust pakkuvatele arstidele. Vastu võetud Ameerika Kutsemeditsiini Direktorite Nõukogu poolt 23. juulil 1976. Uuesti heaks kiidetud Ameerika Kutsemeditsiini Kolledži Direktorite Nõukogu poolt 28. oktoobril 1988.
6. Code de Deontologie Mediale. Conseil national de l'Ordre des Medecins, Decret no 95-1000 portant Code de deontologie medicale (J.O. de la Republique francaise du 8 septembre 1995).
7. Eetikakoodeks. Ameerika Töötervishoiuõdede Assotsiatsioon, vastu võetud ATA Täitevkomitee poolt 1977. a. (üle vaadatud 1991, JOEM, Vol. 38, Nr. 9, september 1996).
8. Eetikaalased juhtnöörid töötervishoiuarstidele. Londoni Kuninglik Arstide Kolledž, kutsemeditsiini teaduskond. 3. väljalase, detsember 1986; 4. väljalase, november 1993 (esmakordselt publitseeritud 1980).
9. Töötervishoiuteenuste konventsioon (nr 161) ja soovitus (nr 171). Rahvusvaheline Tööorganisatsioon. Genf, 1985.
10. Ottawa tervisedenduse harta. Rahvusvaheline tervisedenduse konverents: Uued suunad rahvatervises, Ottawa, Kanada, 17-21 november 1986.
11. Eetika töötervishoiu arstidele. Austraalia Kutsemeditsiini Kolledži raport. Melbourne, veebruar 1987.
12. Eetika kutseepidemioloogias (välja pakutud lisamärkus NII ja MRC epidemioloogilise uurimistöö eetika raportitele). Austraalia Kutsemeditsiini Kolledž.

13. Töötervishoiuteenuste korraldus: juhtkiri arstidele. Kanada Meditsiiniassotsiatsioon, detsember 1988.
13. Kutsealane praktika ja eetika töötervishoiuõdedele. Raamatus ``Giid töötervishoiuteenusesse: käsiraamat tööandjatele ja meditsiiniõdedele``. Publitseeritud Kuninglikule Õendusteaduse Kolledžile Scutari Projecti poolt. London, 2e väljalase, 1991.
14. Rahvusvahelised juhtnöörid epidemioloogiliste uuringute ülevaatuseks. Meditsiiniteaduste Rahvusvaheliste Organisatsioonide Nõukogu. Genf, 1991.
16. Eetilised juhtnöörid epidemioloogidele. Toim. L. Beauchamp et al, *J. Clin. Epidemiol.*, Vol. 44, lisa 1, lk 151S-169S, 1991.
17. Juhtnöörid heaks epidemioloogiapraktikaks kutse- ja keskkonnaepidemioloogilises uurimistöös. *Journal of Occupational Medicine*, Vol. 33, Nr. 12, detsember, 1991.
18. Juhtnöörid uurimistöö alaseks käitumiseks rahvatervise teenuse valdkonnas. Ühendriikide Tervise- ja Inimteenuste Ministeerium, 1. jaanuar 1992.
19. Eetilised probleemid epidemioloogilises uurimistöös. *COMAC Epidemiology* – Euroopa epidemioloogilise uurimustöö etiki harmoniseerimise töötuba. Euroopa Kogukondade Komisjon, 1992.
20. Rahvusvahelised eetilised juhtnöörid biomeditsiiniliseks uuringuks inimsubjektidega. Ettevalmistatud Rahvusvahelise Meditsiiniteaduste Organisatsioonide Nõukogu poolt koostöös Maailma Terviseorganisatsiooniga. Genf, 1993.
21. Rahvusvahelise Tööhügieenikute Assotsiatsiooni liikmete eetikakoodeks, mai, 1993.
22. Kemikaalide töökohal kasutamise praktikakoodeks: võimalik lähenemine konfidentsiaalse informatsiooni kaitsmisele (Annex). Rahvusvaheline Tööorganisatsioon. Genf, 1993.
23. Seisukohavõtt ohutusest töökohal. Maailma Meditsiiniassotsiatsiooni AS, 45. Maailma Meditsiiniassamblee. Budapest, Ungari, oktoober, 1993.
24. Patsiendi õiguste deklaratsioon. Kutse- ja Keskkonnameditsiini Kliinikute Assotsiatsioon. Washington, DC, vastu võetud 1987, üle vaadatud 1994.
25. Tõenduspõhisus teadusuuringutes ja teaduses – kolme nõukogu poliitiline seisukohavõtt. Kanada Meditsiiniuuringute Nõukogu, Kanada Loodusteaduste ja Tehnikauuringute Nõukogu, Kanada Sotsiaalteaduste ja Humanitaaruuringute Nõukogu, jaanuar, 1994.
26. Kutse-eetika koodeks tööstushügieenikutele. Ameerika Tööstushügieenikute Assotsiatsioon, Ameerika Riiklik Tööstushügieenikute Nõukogu, Ameerika Tööstushügieeni Akadeemia, Ameerika Tööstushügieeni Kolleegium, brožüüri töötas välja Ameerika Tööstushügieenikute Assotsiatsiooni Eetikakomitee, 1995-1996.

27. Ameerika Kutse- ja Keskkonnameditsiini Kolledži eetilise käitumise koodeks. *JOEM*, 1993, Vol. 38, Nr. 9, september 1996.
28. Brodtkin, C.A., Fromkin, H., Kirkland, K.H., Orris, P. ja Schenk, M. Kutse- ja Keskkonnameditsiini Kliinikute Assotsiatsiooni positsioonivõtt eetilise käitumise osas organisatsioonis. *JOEM*, Vol. 38, Nr. 9, september 1996.
29. Käitumiskodeks töötajate isikuandmete kaitseks. Rahvusvaheline Tööorganisatsioon. Genf, 1997.
30. Tööhügieenikute eetikakoodeks. Šveitsi Tööhügieenikute Assotsiatsioon, SSHT 2/97
31. Jakarta deklaratsioon tervisedenduse 21. sajandisse juhatamiseks. Neljas Rahvusvaheline tervisedenduse konverents. Jakarta, juuli 1997.
32. Luksemburgi Euroopa Liidu Töötervisedenduse Deklaratsioon. Euroopa Töötervisedenduse Võrgustik. Luksemburg, november 1997.
33. Tehnilised ja eetilised juhtnöörid töötajate tervisekontrolliks. Tööohutuse ja –tervise seeria nr. 72, Rahvusvaheline Tööorganisatsioon. Genf, 1998.
34. Juhtnöörid koosoleku rahastamiseks. *ICOH Quarterly Newsletter*, 1998.
35. Recommendations: Deontologie et bonnes pratiques en epidemiologie. ADELFI, ADEREST, AEEMA, EPITER, Dec. 1998.
36. Code de deontologie de la FMH, Directive a l'intention des medecins du travail (Annexe 4). *Bulletin des Medecins Suisses*, 1998: 79, No. 42, pp. 2129-2134.
37. Euroopa Riiklike Inseneride Ühenduste Liidu käitumiskodeks, 1999.
38. Töölevõtmisele ja/või erakindlustusele eelnevad meditsiinilised uuringud: Euroopa juhtkirja ettepanek. Euroopa Nõukogu, aprill 2000.

INTERNATIONAL
CODE OF ETHICS

FOR OCCUPATIONAL
HEALTH PROFESSIONALS

THIRD EDITION

First edition: 1992
 Second printing: 1994
 Third printing: 1996
 Second edition: 2002
 Second printing: 2006
 Third printing: 2009
 Third edition: 2014

Editorial Group of the third edition

K. Kogi (Chair)

G. Costa, B. Rogers, S. Iavicoli, N. Kawakami, S. Lehtinen,
 C. Nogueira, J. Rantanen, E. Santino, P. Westerholm.

Permission for translation and reproduction

The Code of Ethics of the International Commission on Occupational Health may be freely reproduced provided that the source is indicated. Proposal of translation into other languages, other than English and French, must be addressed jointly to ICOH President and Secretary General. Translation into other languages, other than the official ones, must be done by an ad hoc Working Group appointed by ICOH President. ICOH President could nominate a Peer Reviewing Group to revise the translated version, if necessary. The Chair of the Working Group will submit the final revised translated text for approval by ICOH President. Translated versions of ICOH Code of Ethics must include a copy of the Code either in English or French. Printing of ICOH Code of Ethics is subject to prior authorization by ICOH President. Any printing financial support by any kind of organizations have to be preliminary communicated and approved by ICOH President.

*ICOH: International Commission on Occupational Health
 Secretariat General
 Address: Sergio Iavicoli MD, PhD
 INAIL
 Via Fontana Candida, 1
 00040 - Monteporzio Catone (Rome) - Italy
 Tel: +39 - 06 - 94181506
 Fax: +39 - 06 - 94181556
 Email Address: icoh@inail.it

PREFACE

1. There are several reasons why the International Commission on Occupational Health (ICOH) has committed itself in the development of an International Code of Ethics for Occupational Health Professionals, as distinct from codes of ethics for all medical practitioners. The first one is the increased recognition of the complex and sometimes competing responsibilities of occupational health and safety professionals towards the workers, the employers, the public, public health and labour authorities and other bodies such as social security and judicial authorities. The second one is the increasing number of occupational health and safety professionals as resulting from the compulsory or voluntary establishment of occupational health services. Yet another factor is the emerging development of a multidisciplinary approach in occupational health which is implying an involvement in occupational health services of specialists who belong to various professions.

2. The International Code of Ethics for Occupational Health Professionals is relevant to many professional groups carrying out tasks and having responsibilities in enterprises as well as in the private and public sectors concerning safety, hygiene, health and the environment in relation to work. The term occupational health professionals category is for the purpose of the Code defined as a broad target group whose common vocation is a professional commitment in pursuing an occupational health agenda. The scope of this Code covers activities of occupational health professionals both when they are acting in individual capacity and as part of organizations or undertakings providing services to clients and customers. The Code applies to occupational health professionals and occupational health services regardless of whether they operate in a free market context subject to competition or within the framework of public sector health services. 3. The 1992 International Code of Ethics first edition laid down general principles of ethics in occupational health. These are still valid but need to be updated and rephrased to reinforce their relevance in the changing environment where occupational health is practiced. Changes in working conditions and in social demand should be taken into account including those brought about by political and social developments in societies; demands on utility value, continued quality improvements and transparency; globalization of the world economy and liberalization of international trade; technical development and introduction of information technology as an integral element of production and services. All these aspects have repercussions on the context surrounding the occupational health practice and thereby influence the professional norms of conduct and the ethics of occupational health professionals.

4. The preparation of an International Code of Ethics for Occupational Health Professionals dates back to 1987 when it was discussed by the Board of the ICOH in Sydney. The prepared draft was subject to a process of consultations. The 1992 Code of Ethics for Occupational Health Professionals was approved by the ICOH Board in November 1991 and published in English and French in 1992, with many reprints and translation into other languages in the following years. A Working Group was established in 1993 with the aim of updating the International Code of Ethics for Occupational Health Professionals and agreed with the ICOH Board in 1997 that an in-depth revision of the Code of Ethics was necessary aiming at supplementing the Code with new issues and themes needing to be addressed. The reconstituted Working Group on Ethics in Occupational Health (J.F. Caillard, G.H. Coppée and

P. Westerholm) started the revision process of the Code in 1999 in consultation with selected ICOH members retaining its original structure and reorganizing the text in a more systematic manner.

5. The updated version of the Code of Ethics for Occupational Health Professionals was approved by the ICOH Board in March 2002. The 2002 Code was widely recognized and used for the elaboration of national codes of ethics and for educational purposes. It was adopted as terms of reference in Argentina and Italy in the Framework Act for occupational safety and health. It was also included into the Rosenstock and Cullen text edition. Apart from the ICOH official languages, the ICOH Code of Ethics was translated into Chinese, Greek, Italian, Japanese, Portuguese, Spanish and Turkish. In 2010, the United Nations Medical Directors Working Group agreed to advise that any organizational statements of ethics in occupational health matters should be guided by, and consistent with the ICOH Code of Ethics. Furthermore there have been many adoptions on a voluntary basis as a standard for defining and evaluating professional conduct and it was widely referred to in occupational health and related fields.

6. The ICOH Board decided in 2008 to review the 2002 Code, and commissioned the Working Committee on Ethics and Transparency of the Board to perform the task at a Board meeting in Cape Town in March 2009. The committee consisted of Board Members P. Westerholm (chair), G. Costa, M. Guillemin, J. Harrison and J. Howard Jr. acting as the ICOH Board Code Review Group. Board member M. Fingerhut was affiliated to the Group to strengthen capacity for liaison in view of the global scope of the task. For strengthening field contacts, the Code Review Group was expanded by affiliating J.F. Caillard (ICOH Past President) and S. Iavicoli (ICOH Secretary-General). For expanding contacts with world regions and professional networks in Latin and South Americas, Africa and Asia, J. Rodriguez-Guzman, L. London and S. Horie were commissioned and affiliated to the Code Review Group. In addition, a task group was constituted as a subgroup of the Code Review Group to address Ethical Code issues related to the cultural context on the African continent, with G. B. Tangwa, R. B. Matchaba-Hove, A. Nyika, N. Mkhize and R. N. Nwabueze. The review work was carried out by drafting a series of text reviews. The Code Review Group members used opportunities at ICOH conferences in Europe, Africa, South and Latin Americas and Asia to discuss Code review matters with the members they met and with other professional networks.

7. A progress report of the Code Review Group was presented and discussed at the ICOH Board Midterm Meeting in Milan in February 2011. The ICOH Membership became involved through communication of the preliminary review results to ICOH scientific Committees Chairs and Secretaries and ICOH National Secretaries. The Code Review Group's report submitted by P. Westerholm, Chair of the Ethics and Transparency Committee, in September 2011 was discussed at a Code review meeting organized by ICOH President K. Kogi and attended by ICOH Officers and the members of the Ethics and Transparency Committee. It was agreed to minimize the changes in the Code by examining the issues requiring revisions. A special session at the ICOH Congress held in Cancun in March 2012 further discussed these issues based on the review results. The changes required for the Code were discussed at a workshop on the ICOH Code of Ethics organized at the University of Occupational and Environmental Health in Kitakyushu in August 2012. To finalize the Code revision work in view of the suggested amendments generated throughout the review process, ICOH President K.

Kogi organized a Code Editing Group comprising ICOH Vice-Presidents S. Lehtinen and B. Rogers, Secretary-General S. Iavicoli, Past President J. Rantanen and Board members G. Costa, N. Kawakami, C. Nogueira, E. Santino and P. Westerholm. In the meeting of the Code Editing Group held in June 2013, the draft revisions of the Code were finalized. In addition, we greatly acknowledge the editorial support for this third edition of Mr. Carlo Petyx (Coordinator), Ms. Valeria Boccuni, Ms. Erika Cannone, Mr. Pierluca Dionisi and Ms. Antonella Oliverio. 8. In the review process, the fundamental point of departure and aim have been to retain the already existing structure of the 2002 Code throughout the review, for the purpose of serving continuity and recognition of its contents by the successive generations of ICOH members and all readers within the occupational health professional community of the world. The review process has resulted in working materials and documentation envisaged to be made available as supplementary entries on the ICOH website following the adoption of the revised Code by the ICOH Board. The proposed Code revisions were presented to the ICOH Board Midterm Meeting held in Helsinki in February 2014. By further revising the proposed changes, the ICOH Board adopted the new International Code of Ethics for Occupational health Professionals on 10 February 2014.

9. This Code of Ethics represents an attempt to translate in terms of professional conduct the values and ethical principles in occupational health. It is intended to guide all those who carry out occupational health activities and to set a reference level on the basis of which their performance can be assessed. Its purpose is also to contribute to the development of a common set of principles for cooperation between all those concerned as well as to promote teamwork and a multidisciplinary approach in occupational health. It provides a framework against which to document and justify departures from accepted practice and places a burden of responsibility on those who do not make their reasons explicit. It should also be noted that more detailed guidance on a number of particular aspects can be found in national codes of ethics or guidelines for specific professions. Furthermore, the Code of Ethics does not aim to cover all areas of implementation or all aspects of the conduct of occupational health professionals or their relationships with social partners, other professionals and the public. It is acknowledged that some aspects of professional ethics may be specific to certain professions and need additional ethical guidance. 10. It should be stressed that ethics should be considered as a subject that has no clear end boundaries and requires interactions, multidisciplinary co-operation, consultations and participation. The process may turn out to be more important than its ultimate outcome. A code of ethics for occupational health professionals should never be considered as «final» but as a milestone of a dynamic process involving the occupational health community as a whole, the ICOH and other organizations concerned with safety, health and the environment, including employers' and workers' organizations.

11. It cannot be overemphasized that ethics in occupational health is by essence a field of interactions between many partners. Good occupational health is inclusive, not exclusive. The elaboration and the implementation of professional conduct standards do not involve only the occupational health professionals themselves but also those who will benefit from or may feel threatened by their practice as well as those who will support its sound implementation or denounce its shortcomings. This document should therefore be kept under review and its revision should be undertaken when deemed necessary. Comments to

improve its content should be addressed to the Secretary-General of the International Commission on Occupational Health.

12. The Code of Ethics of the International Commission on Occupational Health may be freely reproduced. Proposals of translation into other languages, other than English and French, must be addressed jointly to ICOH President and Secretary-General. Translation into other languages, other than the official ones, must be done by an ad hoc Working Group appointed by ICOH President. ICOH President could nominate a Peer Reviewing Group to revise the translated version, if necessary. The Chair of the Working Group will submit the final revised translated text for approval by ICOH President. Translated versions of ICOH Code of Ethics must include a copy of the Code either in English or French. Printing of the ICOH Code of Ethics is subject to prior authorization by ICOH President. Any financial support for printing by any kind of organizations has to be preliminarily communicated and approved by ICOH President.

Kazutaka Kogi, MD, DMSc
ICOH President

Sergio Iavicoli, MD, PhD
ICOH Secretary-General

INTRODUCTION

1. The aim of occupational health practice is to protect and promote workers' health, to sustain and improve their working capacity and ability, to contribute to the establishment and maintenance of a safe and healthy working environment for all, as well as to promote the adaptation of work to the capabilities of workers, taking into account their state of health.
2. The field of occupational health is broad and covers the prevention of all impairments arising out of employment, work injuries and workrelated disorders, including occupational diseases, the protection and promotion of workers' health and all aspects relating to the interactions between work and health. Occupational health professionals should be involved, whenever possible, in the design and choice of health and safety equipment, appropriate work methods and procedures and safe work practices relevant to health, safety and work ability of workers. They should encourage workers' participation in this field as well as feedback from experience.
3. On the basis of the principle of equity, occupational health professionals should assist workers in obtaining and maintaining employment notwithstanding their health deficiencies or their handicap. It should be duly recognized that there are particular occupational health needs of workers as determined by factors such as gender, age, ethnicity, physiological condition, social aspects, communication barriers or other factors. Such needs should be met on an individual basis with due concern to protection of health in relation to work and without leaving any possibility for discrimination.
4. For the purpose of this Code, the expression «occupational health professionals» is meant to include all those who, in a professional capacity, carry out occupational safety and health tasks, provide occupational health services or are involved in an occupational health practice. A wide range of disciplines are concerned with occupational health since it is at an interface between technology and health involving technical, medical, social and legal aspects. Occupational health professionals include occupational health physicians and nurses, labour inspectors, occupational hygienists and occupational psychologists, specialists involved in ergonomics, in rehabilitation therapy, in accident prevention and in the improvement of the working environment as well as in occupational health and safety research. The competence of these occupational health professionals should be mobilized within the framework of a multidisciplinary team approach.
5. Many other professionals from a variety of disciplines such as chemistry, toxicology, engineering, radiation health, epidemiology, environmental health, environmental protection, applied sociology, health and social insurance and health education may also be involved, to some extent, in occupational health practice. Furthermore, public health and labour authorities, employers, workers and their representatives and first aid workers have an essential role and even a direct responsibility in the implementation of occupational health policies and programmes, although they are not occupational health specialists by profession. Finally, many other professions such as lawyers, architects, manufacturers, designers, work analysts, work organization specialists, teachers in technical schools, universities and other institutions as well as the media personnel have an important role to play in relation to the improvement of the working environment and of working conditions.
6. The term «employers» means persons with recognized responsibility, commitment and duties towards workers in their employment by virtue of a mutually agreed relationship. The term «workers» applies to any persons who work, whether full time, part time or temporarily for an employer; this term is used here in a broad sense covering all employees, including management staff, the self-employed and informal sector workers (a self-employed person is regarded as having the duties of both an employer and a worker). The expression «competent authority» means a minister, government department or other public authority having the power to issue regulations, orders or other instruction having the force of law, and who is in charge of supervising and enforcing their implementation.

7. There is a wide range of duties, obligations and responsibilities as well as complex relationships among those concerned and involved in occupational safety and health matters. In general, these duties, obligations and responsibilities are defined by statutory regulations. Each employer has the responsibility for the health and safety of the workers in his or her employment. Each profession has its responsibilities which are related to the nature of its duties. It is important to define the role of occupational health professionals and their relationships with other professionals, with the competent authority and with social partners in the purview of economic, social, environmental and health policies. This calls for a clear view about the ethics of occupational health professionals and standards in their professional conduct. When specialists of several professions are working together within a multidisciplinary approach, they should endeavour to base their action on shared sets of values and have an understanding of each other's duties, obligations, responsibilities and professional standards.
8. Some of the conditions of execution of the functions of occupational health professionals and the conditions of operation of occupational health services are often defined in statutory regulations, such as regular planning and reviewing of activities and continuous consultation with workers and management. Basic requirements for a sound occupational practice include a full professional independence, i.e. that occupational health professionals must enjoy independence in the exercise of their functions which should enable them to make judgments and give advice for the protection of the workers' health and for their safety within the undertaking in accordance with their knowledge and conscience. Occupational health professionals should make sure that the necessary conditions are met to enable them to carry out their activities according to good practice and to the highest professional standards. This should include adequate staffing, training and competence development, which includes the continuous updating of knowledge and skills, and support from and access to an appropriate level of senior management.
9. Further basic requirements for acceptable occupational health practice, often specified by national regulations, include free access to the workplace, and to relevant information needed for occupational health objectives. Other basic requirements are the possibility of taking samples and assessing the working environment, making job analyses and participating in enquiries and consulting the competent authority on the implementation of occupational safety and health standards in the undertaking. Special attention should be given to ethical dilemmas which may arise from pursuing simultaneously objectives which may be competing such as the protection of employment and the protection of health, the right to information and confidentiality, and the conflicts between individual and collective interests.
10. The occupational health practice should meet the aims of occupational health which have been defined by the ILO and WHO in 1950 and updated as follows by the ILO/WHO Joint Committee on Occupational Health in 1995:

Occupational health should aim at: the promotion and maintenance of the highest degree of physical, mental and social well-being of workers in all occupations; the prevention amongst workers of departures from health caused by their working conditions; the protection of workers in their employment from risks resulting from factors adverse to health; the placing and maintenance of the workers in an occupational environment adapted to his physiological and psychological capabilities; and, to summarise, the adaptation of work to man and of each man to his job. The main focus in occupational health is on three different objectives: (i) the maintenance and promotion of workers' health and working capacity; (ii) the improvement of working environment and work to become conducive to safety and health; and (iii) development of work organisations and working cultures in a direction which supports health and safety at work and in doing so also promotes a positive social climate and smooth operation and may enhance productivity of the undertakings. The concept of working culture is intended in this context to mean a reflection of the essential value systems adopted by the undertaking concerned. Such a culture is reflected in practice in the Managerial systems, personnel policy, principles for participation, training policies and quality management of the undertaking.

11. It cannot be overemphasized that the central purpose of any occupational health practice is the primary prevention of occupational and work-related diseases and injuries. Such practice should take place under controlled conditions and within an organized framework involving competent occupational health services universally accessible for all workers. This practice must be relevant, knowledge-based, sound from scientific, ethical and technical points of view, and appropriate to the occupational risks in the enterprise and to the occupational health needs of the working population concerned.
12. It is increasingly understood that the purpose of a sound occupational health practice is not merely to perform assessments and to provide services but implies caring for workers' health and their working capacity with a view to protect, maintain and promote them and taking into account the family situation and the life circumstances outside work. This approach of occupational health practice and occupational health promotion addresses workers' health and their human and social needs in a comprehensive and coherent manner which includes preventive health care, health promotion, curative health care, first-aid rehabilitation and compensation where appropriate, as well as strategies for recovery and reintegration into the working environment. Similarly, the importance of considering the links between occupational health, environmental health, quality management, product safety and stewardship, public and community health and security is increasingly understood. This strategy is conducive to the development of occupational safety and health management systems, an emphasis on the choice of clean technologies and alliances with those who produce and those who protect in order to make development sustainable, equitable, socially useful and responsive to human needs.

BASIC PRINCIPLES

The following three paragraphs summarize the principles of ethics and values on which is based the International Code of Ethics for Occupational Health Professionals.

The purpose of occupational health is to serve the protection and promotion of the physical and mental health and social well-being of the workers individually and collectively. Occupational health practice must be performed according to the highest professional standards and ethical principles.

Occupational health professionals must contribute to environmental and community health. The duties of occupational health professionals include protecting the life and the health of the worker, respecting human dignity and promoting the highest ethical principles in occupational health policies and programmes. Integrity in professional conduct, impartiality and the protection of the confidentiality of health data and of the privacy of workers are part of these duties.

Occupational health professionals are experts who must enjoy full professional independence in the execution of their functions. They must acquire and maintain the competence necessary for their duties and require conditions which allow them to carry out their tasks according to good practice and professional ethics.

Duties and obligations of occupational health professionals

Aims and advisory role

1. The primary aim of occupational health practice is to safeguard and promote the health of workers, to promote a safe and healthy working environment, to protect the working capacity of workers and their Access to employment. In pursuing this aim, occupational health professionals must use validated methods of risk assessment and health promotion, propose effective preventive measures and follow up their implementation. While responding to the health and safety needs expressed by employers, workers or authorities, the occupational health professionals should be proactive in terms of improving health and safety at work on the basis of their professional competence and ethical judgment. The occupational health professionals must provide competent and honest advice to the employers on fulfilling their responsibility in the field of occupational safety and health as well as to the workers on the protection and promotion of their health in relation to work. The occupational health professionals should maintain direct contact with safety and health committees, where they exist.

Knowledge and expertise

2. Occupational health professionals must continuously strive to be familiar with the work and the working environment as well as to develop their competence and to remain well informed in scientific and technical knowledge, occupational hazards and the most efficient means to eliminate or to minimize the relevant risks. As the emphasis must be on primary prevention defined in terms of policies, design, choice of clean technologies, engineering control measures and adapting work organization and workplaces to workers, occupational health professionals must regularly and routinely, whenever possible, visit the workplaces and consult the workers and the management on the work that is performed.

Development of a policy and a programme

3. The occupational health professionals must advise the management and the workers on factors at work which may affect workers' health. The risk assessment of occupational hazards must lead to the establishment of an occupational safety and health policy and of a programme of prevention adapted to the needs of undertakings and workplaces. The occupational health professionals must propose such a policy and programme on the basis of scientific and technical knowledge currently available as well as of their knowledge of the work organization and environment. Occupational health professionals must ensure that they possess the required skill or secure the necessary expertise in order to provide advice on programmes of prevention which should include, as

appropriate, measures for monitoring and management of occupational safety and health hazards an understanding of national regulatory requirements, and, in case of failure, for minimizing consequences. The quality and effectiveness of occupational health programmes should be regularly audited in the objective of continual improvement.

Emphasis on prevention and on a prompt action

4. Special consideration should be given to the rapid application of simple preventive measures which are technically sound and easily implemented. Further evaluation must check whether these measures are effective or if a more complete solution must be sought. When doubts exist about the severity of an occupational hazard, prudent precautionary action must be considered immediately and taken as appropriate. When there are uncertainties or differing opinions concerning nature of the hazards or the risks involved, occupational health professionals must be transparent in their assessment with respect to all concerned, avoid ambiguity in communicating their opinion and consult other professionals as necessary.

Follow-up of remedial actions

5. In the case of refusal or of unwillingness to take adequate steps to remove an undue risk or to remedy a situation which presents evidence of danger to health or safety, the occupational health professionals must make, as rapidly as possible, their concern clear, in writing, to the appropriate senior management executive, stressing the need for taking into account scientific knowledge and for applying relevant health protection standards, including exposure limits, and recalling the obligation of the employer to apply laws and regulations and to protect the health of workers in their employment. The workers concerned and their representatives in the enterprise should be informed and the competent authority should be contacted, whenever necessary.

Information, communication and training

6. Occupational health professionals must contribute to the information for workers on occupational hazards to which they may be exposed in an objective and understandable manner which does not conceal any fact and emphasizes the preventive measures. The occupational health professionals must co-operate with the employer, the workers and their representatives to ensure adequate information and training on health and safety to the management personnel and workers. In communicating about risks at work and their management, occupational health professionals are required to address language barriers, crosscultural differences and other diversities among the management personnel and workers that may affect the effectiveness of communication. Occupational health professionals must provide appropriate information to the employers, workers and their representatives about the level of scientific certainty or uncertainty of known and suspected occupational hazards at the workplace.

Commercial secrets

7. Occupational health professionals are obliged not to reveal industrial or commercial secrets of which they may become aware in the exercise of their activities. However, they must not withhold information which is necessary to protect the safety and health of workers or of the community. When needed, the occupational health professionals must consult the competent authority in charge of supervising the implementation of the relevant legislation.

Health surveillance

8. The occupational health objectives, methods and procedures of health surveillance must be clearly defined with priority given to adaptation of workplaces to workers who must receive information in this respect. The relevance and validity of these methods and procedures should be consistent with available scientific evidence and relevant good practice. The surveillance must be carried out with the noncoerced informed consent of the workers. The potentially positive and negative consequences of participation in screening and health surveillance programmes should be discussed as part of the consent process. The health surveillance must be performed by an occupational health professional approved by the competent authority.

Information to the worker

9. The results of examinations, carried out within the framework of health surveillance must be explained to the worker concerned. The determination of fitness for a given job, when required, must be based on a good knowledge of the job demands and of the work-site and on the assessment of the health of the worker. The workers must be informed of the opportunity to challenge the conclusions concerning their fitness in relation to work that they feel contrary to their interest. An appeals procedure must be established in this respect.

Information to the employer

10. The results of the examinations prescribed by national laws or regulations must only be conveyed to management in terms of fitness for the envisaged work or of limitations necessary from a medical point of view in the assignment of tasks or in the exposure to occupational hazards. In providing such information, the emphasis should be placed on proposals to adapt the tasks and working conditions to the abilities of the worker. General information on work fitness or in relation to health or the potential or probable health effects of work hazards, may be provided with the informed consent of the worker concerned, in so far as this is necessary to guarantee the protection of the worker's health.

Danger to a third party

11. Where the health condition of the worker and the nature of the tasks performed are such as to be likely to endanger the safety of others, the worker must be clearly informed of the situation. In the case of a particularly hazardous situation, the management and, if so required by national regulations, the competent authority must also be informed of the measures necessary to safeguard other persons. In his advice, the occupational health professional must try to reconcile employment of the worker concerned with the safety or health of others that may be endangered.

Biological monitoring and investigations

12. Biological tests and other investigations must be chosen for their validity and relevance for protection of the health of the worker concerned, with due regard to their sensitivity, their specificity and their predictive value. Occupational health professionals must not use screening tests or investigations which are not reliable or which do not have a sufficient predictive value in relation to the requirements of the work assignment. Where a choice is possible and appropriate, preference must always be given to non-invasive methods and to examinations, which do not involve any danger to the health of the worker concerned. An invasive investigation or an examination which involves a risk to the health of the worker concerned may only be advised after an evaluation of the benefits to the worker and the risks involved. Such an investigation is subject to the worker's informed consent and must be performed according to the highest professional standards. It cannot be justified for insurance purposes or in relation to insurance claims.

Health promotion

13. When engaging in health education, health promotion, health screening and public health programmes, occupational health professionals must seek the participation of both employers and workers in their design and in their implementation. They must also protect the confidentiality of personal health data of the workers, and prevent their misuse.

Protection of community and environment

14. Occupational health professionals must be aware of their role in relation to the protection of the community and of the environment. With a view to contributing to environmental health and public health, occupational health professionals must initiate and participate, as appropriate, in identifying, assessing, advertising and advising for the purpose of prevention on occupational and environmental hazards arising or which may result from operations or processes in the enterprise.

Contribution to scientific knowledge

15. Occupational health professionals must report objectively to the scientific community as well as to the public health and labour authorities on new or suspected occupational hazards. They must also report on new and relevant preventive methods. Occupational health professionals involved in research must design and carry out their activities on a sound scientific basis with full professional independence and follow the ethical principles relevant to health and medical research work. These

include social and scientific value, scientific validity, fair subject selection, favourable risk benefit ratio, informed consent, respect for potential and enrolled subjects, review of protocols and potential conflicts of interest by an independent and competent ethics committee and protection of confidential data. The occupational health professionals have a duty to make their research results publicly available. They are accountable for the accuracy of their reports.

Conditions of execution of the functions of occupational health professionals

Competence, integrity and impartiality

16. Occupational health professionals must always act, as a matter of prime concern, in the interest of the health and safety of the workers. Occupational health professionals must base their judgments on scientific knowledge and technical competence and call upon specialized expert advice as necessary. Occupational health professionals must refrain from any judgment, advice or activity which may endanger the trust in their integrity and impartiality.

Professional independence

17. Occupational health professionals must seek and maintain full professional independence and observe the rules of confidentiality in the execution of their functions. Occupational health professionals must under no circumstances allow their judgment and statements to be influenced by any conflict of interest, in particular when advising the employer, the workers or their representatives in the undertaking on occupational hazards and situations which present evidence of danger to health or safety. Such conflicts may distort the integrity of the occupational health professionals who must ensure that the harm does not accrue with respect to workers' health and public health as a result of conflicts.

Equity, non-discrimination and communication

18. The occupational health professionals must build a relationship of trust, confidence and equity with the people to whom they provide occupational health services. All workers should be treated in an equitable manner, without any form of discrimination as regards their condition, gender, social aspects, convictions or the reason which led to the consultation of the occupational health professionals. Occupational health professionals must establish and maintain clear channels of communication among themselves, the senior management responsible for decisions at the highest level about the conditions and the organization of work and the working environment in the undertaking, and with the workers' representatives.

Organizational ethics and contracts of employment

19. The public or private institutions and organizations employing occupational health professionals should adopt a programme of organizational ethics that is aligned with the ethical principles of this Code. These institutions and organizations should enable and support the conduct of occupational health professionals according to the Principles of the Code. Occupational health professionals must request that a clause on ethics be incorporated in their contract of employment. This clause on ethics should include, in particular, their right to apply professional standards, guidelines and codes of ethics. Occupational health professionals must not accept conditions of occupational health practice which do not allow for performance of their functions according to the desired professional standards and principles of ethics. Contracts of employment should describe advisory roles and responsibilities, state professional independence of occupational health professionals and contain the guidance on the legal, contractual and ethical aspects. Approaches for the management of conflict, access to medical records and the protection of confidential information should also be addressed. Occupational health professionals must ensure that their contract of employment or service does not contain provisions which could limit their professional independence. In case of doubt about the terms of the contract legal advice must be sought and the competent authority must be consulted as appropriate.

Records

20. Occupational health professionals must keep good records with the appropriate degree of confidentiality for the purpose of identifying occupational health problems in the enterprise. Such records include data relating to the surveillance of the working environment, personal data such as

the employment history and occupational health data such as the history of occupational exposure, results of personal monitoring of exposure to occupational hazards and fitness certificates. Workers must be given access to the data relating to the surveillance of the working environment and to their own occupational health records.

Medical confidentiality

21. Individual medical data and the results of medical investigations must be recorded in confidential medical files which must be kept secured under the responsibility of the occupational health physician or the occupational health nurse. Access to medical files, their transmission and their release are governed by national laws or regulations on Medical data where they exist and relevant national codes of ethics for health professionals and medical practitioners. The information contained in these files must only be used for occupational health purposes.

Collective health data

22. When there is no possibility of individual identification, information on aggregate health data on groups of workers may be disclosed to management and workers' representatives in the undertaking or to safety and health committees, where they exist, in order to help them in their duties to protect the health and safety of exposed groups of workers. Occupational injuries and work-related diseases must be reported to the competent authority according to national laws and regulations.

Relationships with health professionals

23. Occupational health professionals must not seek personal information which is not relevant to the protection, maintenance or promotion of workers' health in relation to work or to the overall health of the workforce. Occupational health physicians may seek further Medical information or data from the worker's personal physician or hospital medical staff, with the worker's informed consent, but only for the purpose of protecting, maintaining or promoting the health of the worker concerned. In so doing, the occupational health physician must inform the worker's personal physician or hospital medical staff of his or her role and of the purpose for which the medical information or data is required. With the agreement of the worker, the occupational health physician or the occupational health nurse may, if necessary, inform the worker's personal physician of relevant health data as well as of hazards, occupational exposures and constraints at work which represent a particular risk in view of the worker's state of health.

Combating abuses

24. Occupational health professionals must co-operate with other health professionals in the protection of the confidentiality of the health and medical data concerning workers. Occupational health professionals must identify, assess and point out to those concerned procedures or practices which are, in their opinion, contrary to the principles of ethics embodied in this Code and inform the competent authority when necessary. This concerns in particular instances of misuse or abuse of occupational health data, concealing or withholding findings, violating medical confidentiality or of inadequate protection of records in particular as regards information placed on computers.

Relationships with social partners

25. Occupational health professionals must increase the awareness of employers, workers and their representatives of the need for full professional independence and commitment to protect medical confidentiality in order to respect human dignity and to enhance the acceptability and effectiveness of occupational health practice.

Promoting ethics and professional conduct

26. Occupational health professionals must seek the support and cooperation of employers, workers and their organizations, as well as of the competent authorities, professional and scientific associations and other relevant national and international organizations, for implementing the highest standards of ethics in occupational health practice. Occupational health professionals must institute a programme of professional audit of their activities to ensure that appropriate standards have been set, that they are being met, that deficiencies, if any, are detected and corrected and that steps are taken to ensure continuous improvement of professional performance.

Bibliography and references

1. International Code of Medical Ethics, adopted by the 3rd General Assembly of the World Medical Association, London, England, Oct. 1949, amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, Aug. 1968, and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, Oct. 1983.
2. Declaration of Helsinki: Recommendations guiding medical doctors in biomedical research involving human subjects, adopted by the 18th World Medical Assembly, Finland, 1964, and as revised by the 29th World Medical Assembly, Tokyo, Japan, 1975, and the 41st World Medical Assembly, Hong Kong, Sep. 1989.
3. Occupational Health Charter (as adopted at Brussels, 1969, and revised at Copenhagen, 1979, and Dublin, 1980), Standing Committee of Doctors of the EEC, CP 80 1 182, 11 Dec. 1980.
4. Code of Ethics for the Safety Profession, American Society of Safety Engineers, adopted by the ASSE Assembly in 1974.
5. Code of Ethical Conduct for Physicians Providing Occupational Medical Services, adopted by the Board of Directors of the American Occupational Medical Association (AOMA) on 23 July 1976. Reaffirmed by the Board of Directors of the American College of Occupational Medicine on 28 Oct. 1988.
6. Code de Déontologie médicale, Conseil national de l'Ordre des Médecins, Décret no. 95-1000 portant Code de déontologie médicale (J.O. de la République française du 8 septembre 1995).
7. Code of Ethics, American Association of Occupational Health Nurses, adopted by the AAOHN Executive Committee in 1977 (revised 1991, JOEM, Vol. 38, No. 9, Sep. 1996).
8. Guidance on ethics for occupational physicians, Royal College of Physicians of London, Faculty of Occupational Medicine, 3rd edition, Dec. 1986; 4th edition, Nov. 1993 (first published in 1980).
9. Occupational Health Services Convention (No. 161) and Recommendation (No. 171), 1985, International Labour Organisation, ILO, Geneva.
10. Ottawa Charter for Health Promotion, International Conference on Health Promotion: The move towards a new public health, Ottawa, Canada, 17-21 Nov. 1986.
11. Ethics for occupational health physicians. A Report prepared by the Australian College of Occupational Medicine, Melbourne, Feb. 1987.
12. Ethics in occupational epidemiology (proposed supplementary note to NII and MRC report on ethics in epidemiological research), The Australian College of Occupational Medicine.
13. Provision of occupational health services: A guide for physicians, Canadian Medical Association, Dec. 1988.
14. Professional practice and ethics for occupational health nurses, in «A guide to an occupational health service: A handbook for employers and nurses». Published for the Royal College of Nursing by Scutari Projects, London. 2nd edition, 1991.
15. International guidelines for ethical review of epidemiological studies, Council for International Organisations of Medical Sciences (CIOMS), Geneva, 1991.
16. «Ethical guidelines for epidemiologists», Tom L. Beauchamp et al., in J. Clin Epidemiol., Vol. 44, Suppl. 1, pp. 151S-169S, 1991.
17. «Guidelines for good epidemiology practices for occupational and environmental epidemiologic research», in Journal of Occupational Medicine, Vol. 33, No. 12, Dec. 1991.
18. Guidelines for the conduct of research within the public health service, US Department of Health and Human Services, 1 Jan. 1992.
19. Ethical issues in epidemiological research, COMAC Epidemiology – Workshop on issues on the harmonisation of protocols for epidemiological research in Europe, Commission of the European Communities, 1992.
20. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects, prepared by the Council for International Organisations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organisation (WHO), Geneva, 1993.
21. Code of Ethics for members of the International Occupational Hygiene Association, IOHA, May, 1993.
22. Code of practice in the use of chemicals at work: A possible approach for the protection of confidential information (Annex), ILO, Geneva, 1993.
23. Statement on safety in the workplace, The World Medical Association Inc., 45th World Medical Assembly, Budapest, Hungary, Oct. 1993.

24. Patients' Bill of Rights, Association of Occupational and Environmental Clinics (AOEC), Washington, DC, adopted 1987, revised 1994.
25. Integrity in research and scholarship – A tri council policy statement, Medical Research Council of Canada, Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, Jan. 1994.
26. Code of professional ethics for industrial hygienists, American Industrial Hygiene Association (AIHA), American Conference of Industrial Hygienists (ACGIH), American Academy of Industrial Hygiene (AAIH) and American Board of Industrial Hygiene (ABIH), Brochure developed by the AIHA Ethics Committee, 1995-96.
27. «Code of Ethical Conduct of the American College of Occupational and Environmental Medicine» (ACOEM), 1993, in JOEM, Vol. 38, No. 9, Sep. 1996.
28. «AOEC position paper on the organisational code for ethical conduct», C. Andrew Brodtkin, Howard Frumkin, Katherine H. Kirkland, Peter Orris and Maryjeson Schenk, in JOEM, Vol. 38, No. 9, Sep. 1996.
29. Code of practice on the protection of workers' personal data, ILO, Geneva, 1997.
30. Code d'éthique de l'hygiéniste du travail, Société suisse d'hygiène du travail, SSHT 2/97.
31. The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century, Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, July 1997.
32. Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union, European Network for Workplace Health Promotion, Luxembourg, Nov. 1997.
33. Technical and ethical guidelines on workers' health surveillance, Occupational Safety and Health Series No. 72, ILO, Geneva, 1998.
34. Guidelines on financing meeting, ICOH Quarterly Newsletter, 1998.
35. Recommandations: Déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie, ADELFI, ADEREST, AEEMA, EPITER, Déc. 1998.
36. «Code de déontologie de la FMH», Directive à l'intention des médecins du travail (Annexe 4), Bulletin des médecins suisses, pp. 2129-2134, 1998; 79, No. 42.
37. Code of Conduct of the Fédération Européenne des Associations Nationales d'Ingénieurs (FEANI), 1999.
38. Medical examinations preceding employment and/or private insurance: A proposal for European guidelines, Council of Europe, Apr. 2000.