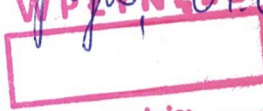


Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

dnia:



Nr:

Podpis:

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ON-HK.9020.143.2024

przeprowadzonej przez

Złotów, dnia 23 kwietnia 2024 r.
(miejsowość i data)

Wiesława Sagan, leg służbowa 13, Beata Opielka – Chodziutko, leg służbowa 11 - Sekcja Higieny Pracy; Julia Mahsel leg służbowa 10, Delfina Skowrońska leg służbowa 3 - sekcja Epidemiologii; Lucyna Biernikowicz, leg służbowa nr 8, Anita Łosoś, leg służbowa nr 6 - Sekcja Higieny Komunalnej
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Złotowie
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024r. poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego, ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów, tel. 67 263 22 33, fax. 67 263 58 78, e-mail: sekretariat@szpital.zlotow.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego, ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów, tel. 67 263 22 33, fax. 67 263 58 78, e-mail: sekretariat@szpital.zlotow.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego, ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 767 14 49 305, REGON 0003-00009, PKD 8610 Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

lek. Artur Bobruk, Kierownik Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* Malwina Rozmus – Kierownik Sekcji Infrastruktury i Logistyki, Koordynator ds. zarządzania środowiskowego, Sebastian Urbański – koordynator ds. bezpieczeństwa i higieny pracy, Irena Bednarowska - kierownik sekcji kadr, Karina Manikowska – Pielęgniarka epidemiologiczna, Anna Wiśniewska -pielęgniarka epidemiologiczna (imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 23 kwietnia 2024 r. godz. 9.30 (HP, HK)

W P I N I E
 []

24 kwietnia 2024 r. godz. 12.00 (HK)
 26 kwietnia 2024 r. godz. 10.00 (Ep)

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy
 3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: podmiot nie podlega pod ustawę z dnia 6 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236).

4. Data i godzina zakończenia kontroli 23 kwietnia 2024 r. godz. 14.00 (HP, HK)
 24 kwietnia 2024 r. godz. 13.30 (HK)
 29 kwietnia 2024 r. godz. 14.00 (Ep)

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

1. ocena stanu sanitarno-technicznego i porządkowego obiektu, gospodarka wodno-ściekowa, postępowanie z narzędziami, odpadami i bielizną, ocena pomieszczeń, ocena w zakresie szczepień ochronnych, dezynfekcja i sterylizacja, ocena procedur, apteczka pierwszej pomocy przedmedycznej, dokumentacja zdrowotna
2. ocena realizacji przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne środowiska pracy, a zwłaszcza zapobieganie powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy,
3. ocena realizacji przepisów ustawy o substancjach chemicznych i ich mieszaninach,
4. ocena przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* nie dotyczy.
 (nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
 – nr i nazwa protokołu/ów* nie dotyczy.

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* nie dotyczy.

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

– w zakresie pola elektromagnetycznego i formaldehydu z dnia 02.04.2024 r. wykonane przez firmę Biosan

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

W zakresie Higieny Komunalnej:

- Umowa Nr 13/2021 z dnia 01.03.2021r. zawarta z Zakładem Utylizacji Odpadów Sp. z o.o., ul. Sulańska 11, 62-210 Konin dotycząca odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych; Faktura za odbiór odpadów o kodach: 18.01.02*, 18.01.03*, 18.01.06*, 18.01.09 wystawiona przez Zakład Utylizacji Odpadów Sp. z o.o., ul. Sulańska 11, 62-210 Konin; Faktura z dnia 29.02.2024 r. nr 564/02/2024/FS; Karty przekazania odpadów wg BDO z dnia 22.04.2024r. nr 00085/2024/KPO/0001/000092629,
- Umowa Nr 63/2023 z dnia 03.10.2023r. dotycząca prania (oraz suszenie, prasowanie, dezynfekcja, maglowanie, segregacja, pakowanie) zawarty z „HOLLYWOOD TEXTILE SERVICE” Sp. z o.o. z Sierpca; Faktura VAT nr 030/03/2024/FVS/ST z dnia 31.03.2024r.,
- Umowa nr 27/2024 z 27.03.2024r. zawarta pomiędzy Szpitalem Powiatowym im. A. Sokołowskiego w Złotowie a firmą EVER (konsorcjum z siedzibą w Warszawie) na usługę w zakresie utrzymania czystości oddziałów szpitalnych i innych komórek Szpitala Powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie; Faktura VAT CL/US 00028/03/2024 z dnia 31.03.2024r. wystawiona jeszcze przez poprzednią firmę tj.: DGP PROVIDER Sp. z o. o. z siedzibą w Legnicy, ul. Środkowa 20, 59-220 Legnica (dotyczy wcześniejszego okresu rozliczeniowego);

- Faktura VAT Nr 22/0657/2024 z dnia 29.02.2024r. wystawiona przez MZWik Sp. z o.o., ul. Wodociągowa 1A, 77-400 Złotów, za dostawę wody oraz za odbiór ścieków i wody deszczowej ze szpitala,
- Deklaracja do Związku Gmin Krajny w Złotowie z dnia 27.02.2024 r.;
- Umowa nr 03/2022 z dnia 12.01.2022 r. zawarta z firmą: ENDO-ELEKTRONIK.PL Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie dot. gwarancji na 5 lat na sprzętu w Pracowni Diagnostyki Sonograficznej i Endoskopowej; przegląd techniczny sprzętu z dnia 25.03.2024r.;
- Protokoły nr (...) 2023 z okresowych kontroli przewodów kominowych (...) w budynkach będących własnością Szpitala Powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie przeprowadzonych w dniu 29 lutego 2023r. przez Zakład Kominiański Mariusz Stuba, Luchowo 21a, 89-310 Łobżenica;
- Protokoły z wykonania prac serwisowych nr 2-8/05/2023 z dnia 31 maja 2023r. z *Przeгляdu i konserwacji urządzeń wentylacyjnych wraz z naprawami w przypadku awarii* wykonanych przez VMI Invest Hamlet Mkrтчyan, Błękwit 29, 77-400 Złotów;
- Protokoły z wykonania prac serwisowych nr 01/05/2023 z dnia 5 maja 2023r. dot. klimatyzatorów w Szpitalu Powiatowym w Złotowie przez VMI Invest Hamlet Mkrтчyan, Błękwit 29, 77-400 Złotów;
- Protokoły 1/2023 - 25/2023 z okresowej „rocznej” kontroli stanu technicznego budynków z dnia 30.11.2023r. wykonanej przez Jakub Sztekel (w protokole dot. łądowiska informacja o wyłączeniu z użytkowania ze względu na zły stan techniczny obiektu, w protokole dot. oddziału Ginekologiczno - Położniczego z Pododdziałem Noworodków, informacja o wyłączeniu z użytku ze względu na pęknięcie ściany);
- Protokół B1/2022 z kontroli bezpiecznego użytkowania – dotyczy łądowiska dla helikopterów - wykonanej przez Jakub Sztekel z dnia 21.09.2018r. -zakaz wykonywania operacji lotniczych;
- Protokół z przeprowadzonego przeglądu instalacji gazowej 01/11/2023 (kotłownia) i 02/11/2023 (kuchnia) z dnia 28.11 2023r. wykonanego przez Zakład Usługowo Handlowy DPM Paweł Dąbrowski, ul. Miodowa 9, 64-800 Chodzież.

W zakresie epidemiologii:

- Zarządzenie nr 5/2019 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie z dnia 16 stycznia 2019 r. w sprawie monitorowania i rejestracji powypisowej zakażeń miejsca operowanego celem zwiększenia skuteczności kontroli zakażeń w szpitalu w zakresie następujących procedur medycznych: poród cięciem cesarskim, operacja tarczycy, artroskopia, -obowiązuje
- Zarządzenie nr 32/2022 Dyrektora Szpitala z dnia 21.01.2022 r. w sprawie ustalenia składów i zadań zespołów roboczych powołanych celem przeprowadzenia analiz wymaganych przez zestawy standardów akredytacyjnych
- zarządzenie nr 12/2022 powołano Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Zespół Terapeutyczny(farmakologiczny) oraz do spraw szpitalnej polityki antybiotykowej, Zespół ds. przeprowadzenia kontroli wewnętrznych w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych

Zarządzenie Nr 137/2023r. Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie z dnia 20.11.2023 r. w sprawie organizacji odwiedzin pacjentów Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie związku z infekcjami wirusowymi

- Zarządzenie nr 101/2021 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie z dnia 03.11.2021 w sprawie badań przesiewowych w kierunku pałeczek z rodziny Enterobacteriaceae wytwarzające karbapenemazy; 18.02.2022 przekazano informację zgodnie z zaleceniem WIS z dnia 11.02.2022 roku w związku ze wzrostem zakażeń w/w szczepami u pacjentów przebywających na oddziałach covidowych

„Certyfikat Dla Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów poświadczający udział w 2022 r, w badaniu punktowym występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną i zużycia antybiotyków (PPS HA/&AU) zgodnym z metodologią opracowaną przez ECDC” — Certyfikat Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków ważny do 30.12.2023 r.

Dokumentacja poddana kontroli:

„Protokoły z posiedzenia Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych”

Plan kontroli wewnętrznych na rok 2024

Raporty z kontroli wewnętrznej:

- ZOL/OMP – 01.02.2024
- Centralna sterylizatornia - 26.02.2024
- Oddział Intensywnej Terapii – z dnia 26.02.2024
- Oddział wewnętrzny – z dnia 28.03.2024
- Pracownia endoskopii – z dnia 18.03.2024
- Blok operacyjny – z dnia 26.03.2024
- Oddział psychiatryczny – z dnia 09.04.2024
- Oddział chirurgiczny – z dnia 04.04.2024
- Szpitalny Oddział Ratunkowy – z dnia 04.04.2024

Wykaz procedur:

- KZ – Kontrola Zakażeń – wykaz procedur
- QP-1.2 KZ-01 Mycie rąk Dezynfekcja rąk
- QP-1.2 KZ-02 Mycie i dezynfekcja pola operacyjnego
- Qp-1.2 KZ-03 Chirurgiczne mycie rąk i dezynfekcja rąk
- QP-1.3, 1.4 KZ-01 Sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych
- QP-1.5 KZ-01 Postępowanie z narzędziami i sprzętem medycznym w Centralnej Sterylizatorni
- QP-1.5 KZ-02 Monitorowanie procesów sterylizacji parowej
- QP-1.5 KZ-05 System transportu mat. skażonego z oddziałów szpitalnych do Centralnej Sterylizatorni
- QP-1.5 KZ-06 Przechowywanie materiału po sterylizacji
- QP-1.5 KZ-07 Postępowanie ze środkami dezynfekcyjnymi.
- QP-1.5 KZ-08 Manualna dekontaminacja endoskopów
- QP-1.5 KZ-09 Mechaniczna dekontaminacja endoskopów
- QP-1.5 KZ-12 Manualna dekontaminacja endoskopu intubacyjnego
- QP-1.6 KZ-01 Postępowanie z bielizną szpitalną
- QP-1.7 KZ-01 Stosowanie środków ochrony indywidualnej
- QP-1.9 KZ-01 Postępowanie w przypadku ekspozycji na krwi IPIM
- QP-1.10 KZ-01 Izolacja chorych
- QP-1.10 KZ-02 Zasady postępowania w przypadku biegunki o etiologii Clostridium difficile
- QP-1.11 KZ-01 Postępowanie w przypadki wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego
- QP-2.1 KZ-01 Rozpoznawanie, rejestrowanie zakażenia szpitalnego, czynnika alarm. dod. posiewu krwi
- QP-2.1 KZ-02 Postępowanie w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby zakaźnej
- QP-2.3 KZ-01 Cewnikowanie pęcherza moczowego

- QP-6 KZ-01 Program racjonalnej polityki antybiotykowej
- QP-7 KZ-01 Zasady podawania antybiotyków profilaktyce okołozabiegowej
- „Raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych”
- „Karta czynna rejestracji zakażeń w oddziałach szpitalnych Szpitala Powiatowego w Złotowie — rejestracja zgodnie z rozporządzeniem MZ
- „Wywiad epidemiologiczny w dniu przyjęcia do szpitala”- załączany do historii choroby pacjenta.” Ocena ryzyka wystąpienia zakażenia”, - „Rejestr zakażeń szpitalnych” - dokumentowane w systemie mieszanym(w formie papierowej lub elektronicznej)
- Zarządzenie nr 125/2021 Dyrektora Szpitala Powiatowego im A. Sokołowskiego w Złotowie w sprawie wdrożenia formularzy dokumentacji medycznej. W załączeniu Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na diagnostykę i leczenie, zgoda na przesyłanie informacji o stanie zdrowia, zgoda na umieszczenie danych identyfikujących na opasce oraz uzyskiwanie informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej

Roczne raporty mikrobiologiczne:

- „ Analiza ilości wykonywanych posiewów krwi”
- „ Analiza badań posiewów moczu w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym również w kierunku szczepów wielolekoopornych „- prowadzona na bieżąco,
- „Zużycie środków do dezynfekcji rąk i skóry za okres”
- dokumentacja ze spotkań zespołu i komitetu do spraw zakażeń szpitalnych,
- dokumentacja związana z kontrolą procesów dezynfekcji i sterylizacji,
 - „Karta pracy — dezynfekcja manualna”,
 - „Protokoły kontroli sterylizacji parowej”- wydruki proc. Sterylizacji parowej,
- paszporty techniczne urządzeń (myjni, autoklawów).
- „Raport roczny o bieżącej sytuacji szpitala”

W zakresie Higieny Pracy

- ocena ryzyka zawodowego,
- instrukcje bhp,
- rejestry czynników szkodliwych i karty badań i pomiarów,
- rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 4 lub 3 grupy zagrożenia,
- rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia,
- rejestr prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
- rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
- potwierdzenia zapoznania się pracowników z oceną ryzyka zawodowego,
- spis stosowanych substancji i mieszanin chemicznych niebezpiecznych,
- karty charakterystyki substancji i mieszanin chemicznych stosowanych w zakładzie,
- regulamin pracy – załącznik do zarządzenia 42/2017 Dyrektora Szpitala Powiatowego z dnia 17.10.2017r w sprawie norm i zasad przydziału odzieży obuwia roboczego i środków ochrony indywidualnej,
- zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie bhp,
- orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy,
- rejestr chorób zawodowych,
- potwierdzenia zapoznania się pracowników z oceną ryzyka zawodowego,
- wyniki pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia z dnia 02.04.2024 r. w zakresie pola elektromagnetycznego i formaldehydu,

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
- spis stosowanych substancji i mieszanin chemicznych,
 - wykaz czynników biologicznych
 - wykaz stanowisk pracy
 - wykaz szczepów kontrolnych w pracowni mikrobiologii

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/04, F/HP/09 w jednym egzemplarzu, które są dostępne do wglądu stronie kontrolowanej w siedzibie PSSE w Złotowie

Podczas kontroli okazano klauzule informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych, z którą strona zapoznała się, tym samym organ spełnił obowiązek informacyjny zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Szpital Powiatowy im. A. Sokółowskiego w Złotowie jest zarejestrowany w Sądzie Rejonowym Poznań Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, nr wpisu do KRS 0000011762.

W stosunku do Kontrolowanego prowadzone jest postępowanie administracyjne wynikające z decyzji wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Złotowie nr 31/HK/272/22 z dnia 6 lipca 2022r. **Nadal obowiązują nakazy ujęte w ww. decyzji dotyczące pkt. 1 lit. c i pkt. 2 lit a, dla których termin wykonania - prolongowano na wniosek strony - do dnia 31 lipca 2024 r.**

Za ustną zgodą Kontrolowanego protokół z inspekcji sporządzono w siedzibie PSSE w Złotowie.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego.

W zakresie Sekcji Higieny Komunalnej

Gospodarka wodno – ściekowa.

Szpital zaopatrywany jest w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi z własnego ujęcia, będącego pod nadzorem tutejszej stacji. Ostatnia kontrola jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w ramach kontroli wewnętrznej miała miejsce 17 stycznia 2024 r. – wynik niekwestionowany, natomiast próbki pobrane w dniu 22 kwietnia 2024 r. w ramach kontroli urzędowej - w trakcie badań. Kontrola sanitarna wodociągu zakładowego przeprowadzona w dniu 22 kwietnia 2024 r. również nie wykazała nieprawidłowości.

Placówka incydentalnie korzysta z zewnętrznego źródła wody, którym jest Wodociąg Publiczny Złotów, o czym każdorazowo informowany jest organ PIS w Złotowie.

Ciepła woda zapewniona jest z własnej kotłowni (gazowej), podgrzewana wstępnie za pomocą instalacji fotowoltaicznej. Kontrola jakości ciepłej wody użytkowej przeprowadzona na terenie szpitala w dniach: 17 i 29 stycznia 2024 r. nie wykazała nieprawidłowości.

Nieczystości płynne z placówki odprowadzane są do miejskiej sieci kanalizacyjnej.

W trakcie kontroli nie stwierdzono braków w dostawie ciepłej i zimnej wody. W zakresie gospodarki wodno – ściekowej nieprawidłowości nie stwierdzono.

Postępowanie z odpadami medycznymi i komunalnymi.

W placówce opracowano i wdrożono procedurę postępowania z odpadami medycznymi. Odpady o ostrych końcach i krawędziach gromadzone są w sztywnych, odpornych na uszkodzenie pojemnikach jednorazowego użytku. Pozostałe odpady medyczne gromadzone są w jednorazowych workach koloru czerwonego, umieszczonych w zamykanych pojemnikach. Pojemniki i worki ustawiono w miejscu wytwarzania odpadów, oznakowano

odpowiednimi etykietami. Nie stwierdzono przypadków przepełnienia pojemników / worków, a ich stan nie budził zastrzeżeń. Ponadto pojemniki i worki nie były przetrzymywane w miejscu wytworzenia odpadu dłużej, aniżeli określają to przepisy.

Do transportu odpadów z miejsca wytworzenia do miejsca ich tymczasowego magazynowania wykorzystywane są specjalne do tego celu przeznaczone zamykane wózki. Wspomniane wózki myte, dezynfekowane i przechowywane są w osobnym, przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu utrzymanym w czystości. We wspomnianym pomieszczeniu zapewniono bieżącą ciepłą i zimną wodę oraz odpowiednie środki czystościowe i dezynfekcyjne. Zarówno pojemniki na odpady, jak i wózki do transportu odpadów utrzymane są w czystości i dobrym stanie technicznym.

Odpady medyczne magazynowane są tymczasowo w chłodni. Jest to wolnostojący kontener z wejściem bezpośrednio z zewnątrz. Powierzchnie ścian i podłogi gładkie, zmywalne, odporne na działanie środków czystościowych i dezynfekcyjnych. Brak progów oraz odpowiednia szerokość drzwi umożliwia wjazd wózkiem do pomieszczenia. Urządzenie zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, zamykane na klucz, ze stałym monitoringiem temperatury w chłodni. W sąsiednim pomieszczeniu (z odrębnym wejściem z zewnątrz) zapewniono umywalkę z bieżącą ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem i płynem dezynfekcyjnym, podajnik na ręczniki jednorazowe oraz pojemnik na zużyte ręczniki.

Odbiorem, transportem i unieszkodliwianiem odpadów zajmuje się Zakład Utylizacji Odpadów Sp. z o.o. z siedzibą w Koninie na mocy zawartej umowy. Przekazywanie odpadów na bieżąco dokumentowane jest w systemie DO. Dokumentacja z przekazywania odpadów prowadzona w systemie elektronicznym (okazano kartę z dnia 22.04.2024r nr 00085/2024/KPO/0001/000092629). Odbiór odpadów 3 x tygodniu (pn., śr., pt.).

Na odpady komunalne - w miejscach wytwarzania - zapewniono zamykane pojemniki wyłożone workami foliowymi. Natomiast do tymczasowego ich gromadzenia zapewniono kontenery na zewnątrz budynku. Miejsce przechowywania pojemników zbiorczych na odpady zadaszone, utwardzone, uporządkowane, pojemniki opisane. Prowadzona jest selektywna zbiórka odpadów. W dniu kontroli przepełnień nie stwierdzono, pojemniki utrzymane w dobrym stanie sanitarno – porządkowym oraz technicznym. Za odbiór wspomnianych odpadów odpowiada firma NOVAGO Złotów Sp. z o.o. ul. Szpitalna 38 w Złotowie.

W zakresie gospodarki odpadami medycznymi i komunalnymi nieprawidłowości nie stwierdzono.

Stan porządkowy.

Za utrzymanie właściwego stanu porządkowego oddziałów szpitalnych i innych pomieszczeń szpitala odpowiada firma zewnętrzna (umowa nr 27/2024 z dnia 27.03.2024r. zawarta z podmiotem EVER - konsorcjum z siedzibą w Warszawie). Do wglądu przedstawiono fakturę VAT CL/US 00028/03/2024 z dnia 31.03.2024r. wystawiona jeszcze przez poprzednią firmę tj.: DGP PROVIDER Sp. z o. o. z siedzibą w Legnicy, ul. Środkowa 20, 59-220 Legnica (dotyczy wcześniejszego okresu rozliczeniowego).

Środki czystościowe, dezynfekcyjne oraz sprzęty porządkowe przechowywane są w wydzielonym budynku znajdującym się na terenie szpitala, gdzie również znajduje się część socjalna dla pracowników firmy sprzątającej. Zapas środków wystarczający, o aktualnych terminach przydatności - według oświadczenia Kontrolowanego - stosowanych zgodnie z przeznaczeniem. Środki i preparaty posegregowane na regałach. Personel sprzątający ma zapewniony zapas środków i sprzętu porządkowego (z zachowaniem m.in. rozdziału kolorystycznego ścierek w zależności od zadania).

Na poszczególnych oddziałach zapewniono „brudowniki”, w których przechowywany jest podręczny sprzęt porządkowy oraz środki czystościowe i dezynfekcyjne, a także zapewniono bieżącą ciepłą i zimną wodę. Braki środków uzupełniane na bieżąco. Zapewniono ponadto urządzenia do mycia i dezynfekcji nocników i basenów.

Według oświadczenia Kontrolowanego ścierki po zakończeniu pracy - w osobnych opakowaniach - przekazywane są do pralni zewnętrznej. W dniu kontroli w „brudnej” części pralni zapewniono pojemnik z tworzywa sztucznego do tymczasowego gromadzenia ww. ścierek.

Otoczenie szpitala zagospodarowane i utrzymane w czystości, częściowo utwardzone i oznakowane tabliczkami informacyjnymi.

Skontrolowane pomieszczenia placówki utrzymane są w czystości. **Na Oddziale Psychiatrycznym męskim w sanitariacie w dniu kontroli wyraźnie wyczuwalny zapach uryny. Zaleca się regularne wietrzenie pomieszczenia.**

Nie stwierdzono innych nieprawidłowości w zakresie stanu porządkowego placówki, przypadków niewłaściwego stosowania sprzętu i środków czystościowych oraz dezynfekcyjnych, bądź obecności przeterminowanych preparatów, a także obecności gryzoni lub śladów ich bytności.

Stan sanitarno – techniczny i porządkowy obiektu.

Skontrolowano stan sanitarno - techniczny i porządkowy oddziałów szpitalnych tj. Chirurgicznego z Pododdziałem Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej, Wewnętrzny damsko – męskiego i dziecięcego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Medycyny Paliatywnej z Zakładem Opiekuńczo - Lecznicy, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych, Działu Rehabilitacyjnego, pomieszczeń Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, Poradnie Przyszpitalne, ponadto pomieszczenia prosektorium, magazynów białej i brudnej, magazynu odpadów medycznych, pomieszczenia mycia i dezynfekcji wózków transportu wewnętrznego, wind, ciągów komunikacyjnych oraz otoczenia szpitala. Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu w Piecovie (od 2023 r. to osobny obiekt w ewidencji PSSE) zaplanowano do kontroli w innym terminie.

Zespół Poradni Przyszpitalnych, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wewnętrzny Oddział Dziecięcy, Zakład Opiekuńczo – Lecznicy, Pracownia Diagnostyki Ultrasonograficznej i Endoskopowej to oddziały o najlepszym stanie technicznym i najnowszym wyposażeniu, natomiast pomieszczenia Oddziału Psychiatrycznego, Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych są w gorszym stanie technicznym, zarówno pod względem sanitarno – technicznym jak i wyposażenia. Szpital w miarę posiadanych środków finansowych przeprowadza bieżące remonty i modernizacje pomieszczeń, oraz doposaża placówkę w sprzęt i środki medyczne.

Pomieszczenia szpitalne wyposażone są w wentylację, częściowo również w klimatyzację. Przeglądy klimatyzatorów oraz kontrole ich sprawności wykonywane są przez wyspecjalizowaną firmę i dokumentowane w formie protokołów z przeglądów – okazano w dniu kontroli. Przeglądy wentylacji grawitacyjnej odbywają się terminowo i odnotowywane są w książkach obiektów budowlanych.

W trakcie inspekcji – na wniosek Kontrolowanego – potwierdzono wykonanie nakazu decyzji wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Złotowie nr 31/HK/272/22 z dnia 6 lipca 2022 r. w zakresie pkt. 1 lit. c dotyczącego zapewnienie właściwego stanu sanitarno – technicznego i porządkowego w pomieszczeniu chłodni (w budynku prosektorium).

Postępowanie z białą czystą i brudną.

W placówce opracowana i wdrożona została procedura postępowania z białą szpitalną. Na usługę prania (wraz z suszeniem, prasowaniem, dezynfekcją, maglowaniem, segregacją i pakowaniem) podpisana została umowa z firmą „HOLLYWOOD TEXTILE SERVICE” Sp. z o.o. z siedzibą w Sierpcu. Przedstawiono do wglądu fakturę za wykonaną usługę.

Magazyn białej zlokalizowany jest w wydzielonej części jednego z budynków szpitala, w pomieszczeniach poniżej terenu gruntu. Zachowano rozdział pomieszczeń: punkt przyjmowania białej czystej z pralni i wydawania białej czystej na oddziały oraz punkt odbioru białej brudnej z oddziałów i przekazywania jej firmie transportującej do pralni; drogi obiegu białej nie krzyżują się.

Dla pracowników magazynu zapewniono zaplecze sanitarno – higieniczne oraz socjalne. Stan sanitarno – techniczny i porządkowy pomieszczeń bez zastrzeżeń.

Biała czysta, po posegregowaniu przez personel szpitalny, trafia na regały w magazynie, zapakowana jest ona w worki i opisana kodami. Biała wydawana jest na oddziały, zgodnie z zapotrzebowaniem i w ilościach, w jakich została oddana do prania. Szafy na oddziałach są zamykane, biała posegregowana asortymentem na półkach, przechowywana w sposób higieniczny. Zapas białej na każdym oddziale zapewniony.

Biała brudna tymczasowo magazynowana w brudownikach, w foliowych workach. Biała zanieczyszczona np. krwią dodatkowo zapakowana w podwójny worek koloru czerwonego, sygnalizujący rodzaj zanieczyszczenia pracownikom transportu oraz pralni. Biała brudna transportowana do magazynu białej brudnej 1-2 razy dziennie w specjalnych pojemnikach transportowych. Pomieszczenie do przechowywania białej brudnej myte i dezynfekowane po każdym wydaniu białej do pralni.

Stan sanitarno - techniczny i porządkowy pomieszczeń magazynu białej czystej oraz postępowanie z białą na terenie szpitala - bez uwag.

Postępowanie ze sprzętem medycznym, lekami i środkami opatrunkowymi oraz środkami dezynfekcyjnymi na oddziałach.

W trakcie czynności inspekcyjnych kontrolowano terminy przydatności: leków i środków opatrunkowych, płynów dezynfekcyjnych, jednorazowego sprzętu medycznego, pakietów z narzędzi wielokrotnego użytku, a także oceniano wizualnie stan stosowanych narzędzi na poszczególnych oddziałach. Leki i środki opatrunkowe, narzędzia i środki dezynfekcyjne na oddziałach przechowywane są z szafkach / szufladach, podzielone tematycznie, bez przepelnienia, w sposób higieniczny.

W placówce stosowane są narzędzia jednorazowego i wielokrotnego użytku. Wysterylizowany sprzęt (narzędzia) pakietowany i przechowywany jest w sposób uniemożliwiający jego przypadkowe mechaniczne uszkodzenie. W trakcie kontroli nie stwierdzono pakietów z narzędziami o nieaktualnych terminach ważności. Zapas narzędzi zapewniony. Skontrolowane leki i środki opatrunkowe oraz środki dezynfekcyjne o aktualnych terminach przydatności.

W placówce opracowano procedury postępowania z narzędziami i sprzętem medycznym. Narzędzia i sprzęty przeznaczone do sterylizacji, zabezpieczone są w pojemnikach i przekazywane przez personel do centralnej sterylizatorni, mieszczącej się w osobnej części budynku na terenie placówki.

W kontrolowanym obszarze nie poczyniono innych spostrzeżeń.

zestrzeżenia przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

W obiekcie zapewniono liczne graficzno - słowne znaki o zakazie palenia tytoniu oraz e-papierosów. W trakcie kontroli nie stwierdzono przypadków palenia na terenie placówki zarówno przez personel, jak i pracowników. Wyjątek stanowi Oddział Psychiatryczny (odcinek damski „ostry”), gdzie zamontowano palarnię kabinową „smoking zone”. Jest to kabina z automatycznie otwieranymi drzwiami, przeznaczona maksymalnie dla dwóch osób jednocześnie. Kabina wyposażona jest w filtr pochłaniający dym tytoniowy oraz wyprowadzoną na zewnątrz budynku wentylację. Korzystanie z kabiny odbywa się w ściśle określonych godzinach, pod nadzorem personelu.

W trakcie kontroli potwierdzono, iż lądowisko dla helikopterów nadal jest wyłączane z użytku w zakresie wykonywania operacji lotniczych z uwagi na zły stan techniczny, mogący zagrażać zdrowia lub życiu ludzi – do wglądu protokół z kontroli bezpiecznego użytkowania obiektu.

W zakresie epidemiologii :

Szpital liczy 11 oddziałów, zaś łączna liczba łóżek wynosi 290. Kontrolą objęto elementy postępowania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych ,sposób funkcjonowania systemu kontroli zakażeń szpitalnych w wybranych jednostkach organizacyjnych szpitala: Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Centralnej Sterylizatorni, Oddziale Chirurgicznym, Oddziale Wewnętrznym oraz Pracowni Diagnostycznej .

Ocena funkcjonowania systemu kontroli zakażeń szpitalnych.

Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych (ZKZSz) oraz Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych (KKZSz) powołano zarządzeniem Dyrektora szpitala.

Zarządzenie Nr 12 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie z dnia 21.01.2022r .(Aktualizacja zarządzenia dyrektora 15.05.2023r.)

Skład oraz kwalifikacje członków ZKZSz są zgodne z obowiązującymi w dniu kontroli przepisami prawa. Lekarz przewodniczący ZKZSz posiada specjalizację w dziedzinie anestezjologii, ukończył kurs specjalistyczny oraz ma wieloletnie doświadczenie w pracy w ZKZSz. W szpitalu zatrudnione są dwie pielęgniarki epidemiologiczne, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego (jedna z nich zatrudniona jest w pełnym wymiarze czasu pracy, druga w częściowym). Diagnosta laboratoryjny posiada tytuł specjalisty w dziedzinie mikrobiologii medycznej, w ZKZSz powołany jako członek organu, oraz przypisano mu funkcję specjalisty do spraw mikrobiologii. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych spotyka się w pełnym składzie raz w miesiącu.

Spotkania w niepełnym składzie (pielęgniarki epidemiologiczne oraz Specjalista mikrobiologii klinicznej oraz konsultacyjnie przewodniczący ZZSz) odbywają się przeważnie raz w tygodniu lub częściej, gdy wymaga tego sytuacja epidemiologiczna

Posiedzenia Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych odbywają się dwa razy w roku ostatnie udokumentowane spotkanie odbyło się 11.01.2024 r.

Szpital posiada własne laboratorium mikrobiologiczne, dostęp do badań zapewniony jest całodobowo. Laboratorium opracowuje raporty okresowe, prowadzona jest również mapa epidemiologiczna szpitala.

Szpital prowadzi ocenę ryzyka przy przyjęciu do szpitala - wdrożono „Kartę oceny ryzyka wystąpienia zakażenia”, która wypełniana jest przez lekarza przy przyjęciu na oddział, dokumentacja dołączana jest do historii choroby pacjenta. Prowadzony jest również na oddziałach codzienny monitoring czynników ryzyka wystąpienia zakażenia, obejmujący zbieranie informacji, m.in. o liczbie pacjentów gorączkujących, po zabiegu operacyjnym, z cewnikiem moczowym, wkluciem centralnym, obwodowym, oddechem zastępczym.

Procedury obowiązujące w placówce są sprawdzane i aktualizowane. Dokumentacja, w wersji elektronicznej, dostępna jest we wszystkich jednostkach organizacyjnych szpitala. Personel szpitalny zobowiązany jest do zapoznania się z wewnętrzną dokumentacją i potwierdzenia tego faktu poprzez złożenie podpisu. Kontrola dokumentacji w tym zakresie, w wybranych jednostkach organizacyjnych szpitala (Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Centralnej Sterylizatorni, Oddziale Chirurgicznym, Oddziale wewnętrznym oraz Pracowni Diagnostycznej) wykazała, iż wszyscy pracownicy dopełnili tej powinności.

W zakresie monitorowania i zapobiegania zakażeniom szpitalnym obowiązuje procedura uwzględniająca definicje, kryteria rozpoznawania i postępowanie w zakażeniach szpitalnych QP2. I/KZ-OI, QP-2, I/KZ-OI „Zgłaszanie i rejestr chorób zakaźnych”-23.07.2020 r., „Rozpoznanie i rejestr zakażenia szpitalnego oraz czynnika alarmowego” 14.04.2022r., wraz z załącznikami, w przypadku stwierdzenia zakażenia szpitalnego nie wywołanego przez patogen alarmowy, lekarz sprawującego opiekę nad pacjentem lub Kierownik Oddziału (sporadycznie pielęgniarka) wypełnia „Kartę rejestracyjną zakażenia szpitalnego”. Jeżeli zakażenie szpitalne wywołane jest patogenem alarmowym wówczas zakładana jest „Karta rejestracyjna Czynnika Alarmowego, Zakażenia Pozaszpitalnego, Dodatniego Posiewu Krwi”. Powyższa karta jest zakładana również w przypadku zakażeń pozaszpitalnych i kolonizacji patogenem alarmowym. Wszystkie karty weryfikowane są i zatwierdzane przez lekarza przewodniczącego ZKZSz. Placówka na podstawie powyższych kart rejestracyjnych prowadzi rejestr zakażeń szpitalnych oraz rejestr czynników alarmowych z rozdziałem na patogeny alarmowe o etiologii wirusowej oraz pozostałe czynniki alarmowe. Karty są numerowane i ułożone w porządku chronologicznym, według daty ich otrzymania.

Zespół ds. przeprowadzania kontroli wewnętrznych powołano Zarządzeniem nr 113/2020 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie. Opracowano również dokument „Program kontroli zakażeń i przeciwdziałania zakażeniom w Szpitalu Powiatowym w Złotowie” z dnia 09.01.2023 r, regulujący zakres, częstotliwość oraz prowadzenie dokumentacji pokontrolnej, Przedstawiono do wglądu dokumentację w formie raportów z kontroli potwierdzająca liczbę, zakres oraz wyniki kontroli. Raporty zatwierdzane są przez przewodniczącego ZKZSz i przekazywane do wiadomości ordynatorom jednostek oraz kierownikowi placówki Kontrole kompleksowe (stan sanitarno- higieniczny oraz tematyka profilaktyki zakażeń) przeprowadzane są nie rzadziej niż co 6 miesięcy we wszystkich jednostkach szpitala. Przeprowadzane są również okresowo w wybranych bądź wszystkich oddziałach kontrole tematyczne, np. z zakresu wdrożonej antybiotykoterapii, profilaktyki okołoperacyjnej, zużycia środków dezynfekcyjnych. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości rekontrolę przeprowadza się nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia przekazania raportu dyrektorowi jednostki. Dokumentację z kontroli przechowuje pielęgniarka epidemiologiczna przez okres 10 lat. W roku 2024 kontrole wewnętrzne przeprowadzane są zgodnie z opracowanym planem

W zakresie postępowania w przypadku pojawienia się ogniska epidemicznego w placówce obowiązuje procedura nr. QP-1.11/KZ-01-„Postępowanie w przypadku wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego”. W 2023 roku na terenie szpitala wystąpiło 6 ognisk epidemicznych, po ich wygaszeniu przesłano raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych.

Opracowany został także plan szkoleń na rok 2024. Szkolenia dotyczą pracowników wszystkich oddziałów szpitala. Dokumentacja potwierdzająca przeprowadzenie szkoleń uwzględnia ich tematykę oraz liczbę uczestników.

Nadzór nad procesami dezynfekcji i sterylizacji, wyrobami medycznymi jednorazowego oraz wielokrotnego użycia, antyseptykami.

Stosowanymi w szpitalu środkami do dezynfekcji rąk są AniosGel, Skinman Soft Protect oraz AHD 1000, Wyposażenie skontrolowanych stanowisk do higieny rąk w pokojach łóżkowych oraz pomieszczeniach, w których wykonuje się badania i zabiegi było prawidłowe. Większość dozowników na mydło oraz środek dezynfekcyjny uzupełniana jest wkładami jednorazowymi, najczęściej stosowany jest system zamknięty. W placówce stosowane są jeszcze w wybranych punktach dozowniki, w których pojemniki na mydło oraz środek do dezynfekcji rąk są

uzupełniane przez przelanie z większych opakowań zbiorczych. Pojemniki przed wykonaniem procedury uzupełnienia są myte i dezynfekowane przez zanurzenie, następnie zostają oznaczone datą napełnienia oraz datą ważności preparatu.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyposażony jest w endoskop intubacyjny. W szpitalu powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego obowiązuje procedura QP-1.5 KZ-08 - „Manualnej dekontaminacji endoskopu intubacyjnego”. Wstępne mycie sprzętu odbywa się w roztworze Viruzyme III 0,5% plus dwa testy szczelności na mokro. Następnie po czyszczeniu wstępnym wykonuje się dezynfekcję wysokiego poziomu w roztworze Virusolve EDS ,5% przez okres 10 minut.

W sterylizatorni obowiązuje ruch postępowy. W skład strefy brudnej wchodzi dwie myjnie przelotowe firmy Matachana seria SCiS rok produkcji 2021, myjka ultradźwiękowa – Sonic, wysokowydajna strumienica parowa Elmasteam 8. Strefa czysta wyposażona jest w dwa autoklawy firmy Matachana rok produkcji 2021 urządzenia z możliwością wydruku zapisów parametrów fizycznych oraz stojak do włókniwy. Paszporty urządzeń posiadają wpisy potwierdzające ważność przeglądów technicznych. Proces przygotowywania narzędzi wielokrotnego użycia do sterylizacji odbywa się wieloetapowo. Narzędzia chirurgiczne – zestawy operacyjne chirurgiczne itp. przekazywane są bezpośrednio po użyciu do centralnej sterylizatorni gdzie poddawane są dezynfekcji wstępnej w myjce ultradźwiękowej przy użyciu środka myjąco dezynfekcyjnego Viruzyme PCD 0,5% czas – 10minut lub Aniosyme 0,5% czas 10minut. Dezynfekcja właściwa Myjnia-Dezynfektor-dezynfekcja termiczna 90 stopni/5minut. Cały proces jest automatyczny. W strefie czystej przeprowadzane jest wizualne sprawdzenie czystości instrumentów (w razie jakiegokolwiek zabrudzeń proces czyszczenia i dezynfekcji jest powtarzany) następnie instrumenty są odpowiednio pakowane, po czym poddawane są sterylizacji parowej w temperaturze 134°C – 5 min. Po zakończeniu procesu sterylizacji przeprowadza się kontrolę pod kontem uszkodzeń pakietów. Znakowanie procesu sterylizacji prowadzone jest w postaci wydruku zawierającego datę sterylizacji oraz aktualną datę ważności. Dokumentowanie procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji oraz wyników kontroli fizycznej, chemicznej i biologicznej prowadzone jest prawidłowo, podlega archiwizacji. Zachowana jest szczelność transportu materiałów brudnych i sterylnych między jednostkami organizacyjnymi szpitala a Centralną Sterylizatornią.

W CS opracowano i wdrożono procedury – Postępowania z narzędziami i sprzętem medycznym w sterylizatorni. Monitorowanie sterylizacji parowej. System transportu materiału skażonego z oddziałów szpitala do CS. Przechowywanie materiału po sterylizacji.

We wszystkich jednostkach organizacyjnych szpitala nie stwierdzono przeterminowanych sterylnych materiałów, narzędzi, akcesoriów, sprzętu wielokrotnego jednorazowego użycia oraz środków antyseptycznych.

We wszystkich jednostkach szpitala wyroby medyczne oraz sprzęt sterylny przechowywane były w prawidłowych warunkach.

W zakresie Higieny Pracy

Szpital zatrudnia 495 osób, w tym na umowę o pracę 305 osób, 133 osób na kontrakcie oraz 57 pracowników na umowę-zlecenie. Stanowiska pracy w zakładzie: lekarz, pielęgniarka, położna, technik analityki medycznej, laborant, laborant sekcyjny, diagnosta, ratownik medyczny, kierowca, rejestratorka medyczna, fizjoterapeuta, rehabilitant, terapeuta, farmaceuta, sterylizator, dezynfektor, kucharka, pomoc kuchenna, konserwator, elektryk, pracownik gospodarczy. Na stanowiskach pracy występują czynniki szkodliwe dla zdrowia takie jak: pole elektromagnetyczne, promieniowanie jonizujące, szkodliwe czynniki biologiczne, czynniki chemiczne, w tym rakotwórcze oraz hałas.

Przedstawiono do wglądu aktualne wyniki pomiarów w zakresie pola elektromagnetycznego i formaldehydu z dnia 02.04.2024 r. wykonane przez firmę Biosan oraz harmonogram pomiarów środowiska pracy z wykazem urządzeń podlegających badaniom na poszczególnych oddziałach w zakresie: pole elektromagnetyczne : oddział położniczo-ginekologiczny – sala zabiegowa, ginekologia, pracownia endoskopii – salka endo 1 i 2, blok operacyjny – sala B, SOR – salka zabiegowa, poradnia ginekologiczna – salka zabiegowa, pracownia fizjoterapii- salka magnetyczna Formaldehyd : blok operacyjny – pomieszczenie rozlewania formaldehydu/ 10%/.

Pracodawca prowadzi rejestr czynników szkodliwych dla zdrowia oraz karty badań i pomiarów, które uzupełnione są na bieżąco.

Prowadzony jest na bieżąco rejestr prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin,

czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym. Została przesłana do WSSE w Poznaniu informacja o czynnikach rakotwórczych za 2023r.

Zapewniono dostęp do instrukcji bhp dla obsługiwanych urządzeń i wykonywanych prac.

Przedstawiono dokumentację oceny ryzyka zawodowego dla wszystkich stanowisk pracy. Pracownicy są zapoznani z oceną ryzyka zawodowego, co potwierdzają podpisem pod oświadczeniem w aktach osobowych.

Pracownicy zatrudnieni na stanowiskach pracy w zakładzie mają kontakt z czynnikami biologicznymi zakwalifikowanymi na podstawie oceny ryzyka do grupy 2 i 3 zagrożenia. Przedstawiono do wglądu rejestr prac i pracowników narażonych na czynniki biologiczne.

Badania profilaktyczne pracowników przeprowadzane są przez lekarza posiadającego uprawnienia do wykonywania tych badań lek. Maria Janiak. Sprawdzono orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy 11 pracowników, które były aktualne.

Umowa na sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej z lekarzem Marią Janiak wygasła, kontrolowany podmiot w trakcie poszukiwania innego podmiotu z którym będzie zawarta umowa na wykonywanie badań profilaktycznych pracowników.

Przedstawiono do wglądu szkolenia okresowe bhp pracowników wykonane w 2021r., 2022 r, 2023 r.

Prowadzony jest rejestr chorób zawodowych oraz zgłoszeń podejrzenia chorób zawodowych. Dotychczas nie było zgłoszeń podejrzenia chorób zawodowych.

Pracownicy mają zapewnioną odzież, obuwie robocze i środki ochrony indywidualnej, przedstawiono do wglądu

regulamin pracy – załącznik do zarządzenia 42/2017 Dyrektora Szpitala Powiatowego z dnia 17.10.2017r w sprawie norm i zasad przydziału odzieży obuwia roboczego i środków ochrony indywidualnej. Firma zewnętrzna świadczy usługi w zakresie prania odzieży.

Firma zewnętrzna świadczy usługi w zakresie sprzątnia.

Pracodawca zapewnia pracownikom system pierwszej pomocy w razie wypadku, Apteczki pierwszej pomocy są łatwo dostępne, odpowiednio wyposażone w środki do udzielania pierwszej pomocy i odpowiednio oznakowane. Przy apteczce dostępne są instrukcje o udzielaniu pierwszej pomocy w razie wypadku, pracownicy przeszkoleni w zakresie udzielania I-jej pomocy.

Przedstawiono do wglądu wykaz szczepów kontrolnych w pracowni mikrobiologii i aktualny spis stosowanych mieszanin niebezpiecznych oraz karty charakterystyki tych mieszanin. Karty charakterystyk są sporządzone zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) 2020/878 z dnia 18 czerwca 2020 r. zmieniającym załącznik II do rozporządzenia REACH).

Firma zewnętrzna świadczy usługi w zakresie sprzątnia.

Poinformowano o kolejnej edycji kampanii „Zdrowe i bezpieczne miejsca pracy” na lata 2023 – 2025 dotyczącej bezpieczeństwa pracy w świecie cyfrowym i zachęcono do wzięcia udziału w Konkursie Dobrych Praktyk. Dodatkowe informacje nt. kampanii oraz materiały promocyjne w formie elektronicznej znajdują się na stronie: <https://healthy-workplaces.osha.europa.eu/pl>.

Poinformowano pracodawcę, że w Polsce - tak jak na całym świecie - występuje powszechnie w powietrzu promieniotwórczy gaz radon. W zamkniętych, źle wietrzonych pomieszczeniach, do których przedostaje się z podłoża gruntowego, jego poziom rośnie, co może prowadzić do negatywnych skutków zdrowotnych. Problem radonu uregulowany został w Ustawie Prawo atomowe, (Dz.U. z 2023 r. poz. 1173 ze zm.) – więcej informacji na stronie internetowej GIS <https://www.gov.pl/web/gis/radon-podstawowe-informacje>.

Przekazano pracodawcy materiały w wersji elektronicznej dotyczące narażenia na radon i substancje reprotoksydne.

Skontrolowano pomieszczenia higieniczno - sanitarne i pomieszczenia pracy/ warsztat, laboratorium, oddział rehabilitacji/ - bez uwag.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

W zakresie pionu Higieny Komunalnej:

- na Oddziale Psychiatrycznym męskim w sanitariacie w dniu kontroli wyraźnie wyczuwalny zapach uryny. Zaleca się regularne wietrzenie pomieszczenia.

W zakresie pionu Epidemiologii:

- Podczas kontroli oddziału dziecięcego oraz oddziału chirurgicznego stwierdzono stosowanie klipsów biurowych do przytwierdzania worków na odpady medyczne do wózków szpitalnych. Zalecono stosowanie dedykowanych klipsów do worków na odpady, w celu dokładniejszej dezynfekcji.

Na oddziale wewnętrznym oraz dziecięcym stwierdzono niestosowanie się do własnej, wewnętrznej szpitalnej Procedury mycia i dezynfekcji rąk, która mówi o tym, że pracownicy medyczni powinni mieć krótkie i niepomalowane paznokcie. Zgodnie z art. 11 ust. 1, ust.2 pkt.3 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1284 ze zm.) Kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych poprzez działania obejmujące: opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. W związku z powyższym zalecono stosowanie się pracowników medycznych do wewnętrznych procedur obowiązujących w placówce.

Ponadto w trakcie inspekcji zwrócono uwagę na następujące aspekty: Badania bakteriologiczne w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w budynkach zamieszkania zbiorowego oraz budynkach użyteczności publicznej, w których w trakcie ich użytkowania wytwarzany jest aerozol wodno-powietrzny (*Legionella* sp.), Właściwa eksploatacja wewnętrznej sieci wodociągowej mająca na celu zmniejszenie ryzyka występowania bakterii z rodzaju *Legionella*, Postępowanie z odpadami medycznymi, Postępowanie z bielizną czystą i brudną, Zasady właściwego utrzymania i eksploatacji wentylacji, klimatyzacji (okresowe przeglądy, czyszczenie), Stan higieniczno - sanitarny i techniczny pomieszczeń/urządzeń obiektu, Rezerwowe źródło zaopatrzenia szpitala w wodę, Palenie wyrobów tytoniowych.

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**

2. Wniesiono/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit. --- nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości słownie

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna).....

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr z dnia wydane przez

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ **

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu. Nie dotyczy.

Karina Manikowska ~~Anna Kusurawa~~

Jolanta Bednarska

Sebastian Urbeński

Melina Rozmus

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Diemian Dębina Skowidła Julia Okoń
Amela Osni

Włodzisław Jędrzej

Beata Gierthin-Chochliko

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....

DYREKTOR

Szpitala Powiatowego
im. Alfreda Sokółskiego w Złotowie

Sławomir Janas

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano / ~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli**:

charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu - /F/HP/01, ocena realizacji ogólnych wymogów- /F/HP/02; ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki – F/HP/03; ocena realizacji wymogów w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy- F/HP/04; ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin -F/HP/09, F.EP.10 - system kontroli zakażeń szpitalnych

(nazwa/nr)

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego..

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić