

**POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA**
77-400 ZŁOTÓW
ul. Hubego 1/1
Tel./fax 067 3491691, tel. 067 3491692
NIP 767-13-15-579 Reg. 570293242

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ON-HK.9020.80.2022

Złotów, dnia 25 kwietnia 2022 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Lucyna Biernikowicz, Anita Łosoś - sekcja Higieny Komunalnej, Beata Opiełka-Chodziutko, Wiesława Sagan – sekcja Higieny Pracy, Julia Mahsel, Oliwia Paprocka - sekcja Epidemiologii, upoważnienie nr 280.HK.2022
(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 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021r. poz. 195) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735 ze zm.).

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 wspólników))

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/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/hr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* Malwina Rozmus - p.o. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Eksploatacyjnych, Sebastian Urbański – Koordynator ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy, Karina Manikowska – Pielęgniarka epidemiologiczna, Anna Wiśniewska -pielęgniarka epidemiologiczna (imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 22 kwietnia 2022 r. HP godz. 10.00

25 kwietnia 2022 r. HK, Ep. HP godz. 9.00

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* 31 marca 2022 r.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 22 kwietnia 2022 r. HP godz. 14.00

25 kwietnia 2022 r. HP 10.00, Ep 13.00; HK godz. 14.00

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* Pion Higieny Komunalnej 60 minut,

Pion Higieny Pracy 60 minut

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 i przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz zabezpieczenia wprowadzone w obiekcie związane z sytuacją epidemiologiczną na terenie kraju dotyczącą wirusa SARS-CoV-2;
2. ocena realizacji przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne środowiska pracy, a zwłaszcza zapobieganie powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych w 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:

- Sprawozdanie z badań Nr 125575/22/POZ z dnia 23.03.2022r. z wymazu z powierzchni bielizny (poszwa) wykonane przez JSH Hamilton na zlecenie pralni Hollywood Textile Service Sp. z o. o. oddział w Stargardzie,

- pomiary pola elektromagnetycznego z dnia 09.04. 2021r. wykonane przez firmę SOLDI

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

W zakresie Higieny Komunalnej:

- Umowa Nr 13/2021 z dnia 1.03.2021r. zawarta z Zakładem Utylizacji Odpadów Sp. z o.o., ul. Sulańska 11,

62-210 Konin dotycząca odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych, oraz Faktura 726/03/2022/FS z dnia 2022-03-31 za spalanie odpadów za okres 6.03.- 31.03. 2022 r.,

- Umowa Nr 25/2019 z dnia 12 08 2019r. dotycząca prania (oraz suszenie, prasowanie, dezynfekcja, maglowanie, segregacja, pakowanie) oraz Aneks z dnia 24 08 2020r. zawarty z „HOLLYWOOD TEXTILE SERVICE” Sp. z o.o. z Sierpca, oraz Faktura VAT nr 049/03/2022/FVS/ST z 31.03.2022r. za pranie bielizny szpitalnej,

-Umowa nr 1/2022 z 26 stycznia 2022r. pomiędzy Szpitalem Powiatowym im. A. Sokołowskiego w Złotowie a konsorcjum firm: PARTNER MEDICA Sp. z o. o. Lider Konsorcjum z siedzibą w Legnicy ul. NMP 5e, 59-220 Legnica; DPG Clean Partner Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Żytniej 15/23 01-195 Warszawa; SEBAN Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach przy ul. Jesionowej 9A, 40-159 Katowice; 7 MG Sp. z o.o. z siedzibą w Legnicy ul. NMP 14, 59-220 Legnica; DGP PROVIDER Sp. z o.o. z siedzibą w Legnicy, ul. Środkowa 20, 59-220 Legnica obejmującej usługę w zakresie utrzymania czystości oddziałów szpitalnych i innych komórek Szpitala powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie,

oraz Faktura VAT z dnia 1.04.2022 Nr CL-US 00066/03/22 za utrzymanie czystości oddziałów szpitalnych wystawiona przez DPG Clean Partner Spółka z o.o. Warszawa,

- Aneks z dnia 7.10.2021 do umowy nr 7/2013 z dnia 20 sierpnia 2013 MZUK Sp. z o.o. Złotów (z aktualizacją cen za odbiór opakowań z tworzyw sztucznych oraz odbiór odpadów zmieszanych),
- Faktura Vat Nr 85/ZL-OK/2022 z dnia 31.01.2022 za przyjęcie i zagospodarowanie odpadów (15 01 02-opakowania z tworzyw sztucznych),
- Faktura VAT Nr 22/1154/2022 z dnia 31.03.2022 r. wystawiona przez MZWIK Sp. z o.o., ul. Wodociągowa 1A za dostawę wody oraz za odbiór ścieków i wody deszczowej ze szpitala,
- FAKTURA VAT nr 06/03/2022 z dnia 2.03.2022 r. za przegląd i konserwację urządzeń central wentylacyjnych wystawiona przez ELTA Piotr Wojdyło, Jaraczewo 41/2, 64-930 Szydłowo
- Faktura Nr 32/2022 z dnia 25 02 2022r. wystawiona przez Zakład Kominarski Mariusz Stuba, Luchowo 102, 89-310 Łobżenica za okresową kontrolę przewodów kominowych oraz protokoły przeglądu budynków szpitalnych 103/2022 – 116/2022.
- Protokół z przeglądu urządzeń kotłowni gazowej z dnia 30.11.2021 r. wykonanego przez Zakład Usługowo Handlowy DPM Paweł Dąbrowski, ul. Miodowa 9, 64-800 Chodzież
- Karty przekazania odpadów wg BDO z dnia 25.04.2022r. nr 00074/2022/KPO/0001/000092629 (kod 180103) - odbiór ZUO Sp. z o.o., ul. Sulańska 11, 62-580 Konin,
- Protokoły nr 1/2021 – 21/2021 z okresowej „rocznej” kontroli stanu technicznego budynków szpitala z 30.11.2021r. wykonane przez Jakub Sztekel,
- Plan kontroli wewnętrznej i Protokół kontroli wewnętrznej- grudzień 2021 z dnia 31.12.2021r.
- Plan kontroli wewnętrznej 2022r. oraz Raport z kontroli wewnętrznej z dnia 4.04.2022r.- Oddział Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym,

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,
 - Zarządzenie nr 46/2021 Dyrektora Szpitala z dnia 15 lipca 2021 w sprawie ustalenia składów i zadań zespołów roboczych powołanych celem przeprowadzenia analiz wymaganych przez zestawy standardów akredytacyjnych
- W zarządzeniu 46/2021 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 66 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie z dnia 01.04.2022 r. w sprawie zmian przyjęć pacjentów do szpitala w związku ze zniesieniem obostrzeń związanych z pandemią COVID-19
 - Zarządzenie nr 65 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie z dnia 01.04.2022 r. w sprawie organizacji odwiedzin pacjentów Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie
 - Zarządzenie nr 101/2021 w sprawie badań przesiewowych w kierunku pałeczek z rodziny Enterobacteriaceae wytwarzające karbapenemazy
- „Certyfikat Dla Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów poświadczający udział w 2021 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 30.12.2022 r.,
- „Protokoły z posiedzenia Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych”- z dnia 15.03.2022 r , 28.03.2022 r.
 - „Protokół z posiedzenia Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych” -z dnia 21.04.2022 r.

„Kontrole wewnętrzne w obszarze działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie” z dnia 04.04.2022 r., Plan kontroli wewnętrznych na rok 2022,

- Program kontroli zakażeń i przeciwdziałania zakażeniom w Szpitalu Powiatowym w Złotowie w roku 2022r. z dnia 18.01.2022 r.
- QP-I. IO/KZ-OI „Zasady izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia”, wyd. 4, z dnia 02.06.2021 r.,
- QP-1.5/KZ-06 „Przechowywanie materiału po sterylizacji”, wyd.5, z dnia 10.01.2022 r., „Schemat dezynfekcji sprzętu medycznego — Szpital Powiatowy w Złotowie”, „Karty przekazania materiału do CS”,
- QP-1.5/KZ-12 „Manualna dekontaminacja endoskopu intubacyjnego”- wyd. 1 z dnia 12.06.2018 r.,
- „Karty obioru materiałów sterylnych z CS”,
- QP-2.1 I/KZ-O1 „ Rozpoznawanie, rejestracja zakażenia szpitalnego, czynnika alarmowego, dodatniego posiewu krwi” wyd. 4 z dnia 26.05.2020 r.,
- QP-1.2/KZ-01 „Mycie rąk .Dezynfekcja rąk”, wyd 3, z dnia 10.07.2017 r.,
- QP-1,2/KZ-03 „Chirurgiczne mycie i dezynfekcja rąk”, wyd.4, z dnia 20.08.2019 r.,
- QP-1.5/KZ-08 „Manualna dekontaminacja endoskopów”, wyd. 6, z dnia 01.04.2022 r.,
- QP-1.5/KZ-09 Mechaniczna dekontaminacja endoskopów wyd. 4 z dnia 01.04.2022 r.,
- QP-2.1/KZ-02 Postępowanie w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby zakaźnej wyd. 5 z dnia 14.04.2022 r.,
- QP-1.7/KZ-01 Stosowanie środków ochrony indywidualnej z dnia 14.04.2022 r.,
- QP-6/KZ-01 „Program racjonalnej polityki antybiotykowej, wyd 4, z dnia 01.04.2021 r.,
- „Antybiotykoterapia empiryczna” Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie, Złotów 2018/2019, z dnia 13.11.2018 r.,
- „Kategorie dostępności antybiotyków”, wyd. z dnia 29.09.2016 r.,
- QP-7/KZ-01 „Zasady podawania antybiotyków w profilaktyce okołozabiegowej”, wyd 8, z dnia 25.11.2020 r.,
- QP-1.11/KZ-01 „ Postępowanie w przypadku wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego”-14.07.2017 r., akt. 02.06.2021 r.,
- „Raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych”,
- „Karta czynna rejestracji zakażeń w oddziałach szpitalnych Szpitala Powiatowego w Złotowie — raport miesięczny” 02.06.2021 r.,
- Wywiad epidemiologiczny w dniu przyjęcia do szpitala”- załączany do historii choroby pacjenta.” Ocena ryzyka wystąpienia zakażenia”, Rejestr zakażeń szpitalnych”,
- QP – 1.10/KZ-02 „ Zasady postępowania w przypadku biegunki Clostridium Difficile”-wyd. 1 z dnia 29.10.2018 r. aktualizacja z dnia 02.06.2021 r.,
- „Formularz zgody pacjenta dla potrzeb przekazywania informacji medycznej”, zał. nr 1 do Zarządzenia nr 5 /2019 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie z dnia 16 stycznia 2019
- Monitorowanie powypisowe miejsca operowanego-oddział położniczo-ginekologiczny z pododdziałem noworodków dotyczy okresu 01.08.2020 – 31.07.2021

W zakresie Higieny Pracy

ocena ryzyka zawodowego, instrukcje bhp, orzeczenia lekarskie, rejestry czynników szkodliwych i karty badań i pomiarów, rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 lub 4 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

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

spis stosowanych substancji i mieszanin chemicznych; wykaz czynników biologicznych.

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr 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. Sokołowskiego w Złotowie jest zarejestrowany w Sądzie Rejonowym Poznań Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, nr wpisu do KRS 0000011762.

W dniu 27 lipca 2019 r. Wielkopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny wydał decyzję administracyjną z terminem realizacji do 31.10.2019r. (pkt 9) oraz do 30.06.2020r. (pkt. 1-8).

Na wniosek Dyrektora placówki Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Złotowie dnia 3 lutego 2021 r. wydał decyzję zmieniającą termin wykonania punktu 8 ww. decyzji do dnia 30.06.2021r., a dnia 11 sierpnia 2021 r. wydał decyzję zmieniającą termin wykonania punktu 2a ww. decyzji do dnia 31 lipca 2024 r. Ponadto Dyrektor Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie pismem z dnia 13 lipca 2021 r. poinformował o zakresie i terminie planowanych prac remontowych w pomieszczeniach prosektorium tj.: „Sala sekcyjna – dokończenie obróbki okien, pomalowanie pomieszczenia Zaplecze sanitarne za salą sekcyjną – kapitalny remont łazienki ogólnodostępnej wraz z malowaniem pozostałych pomieszczeń. Termin planowanych prac remontowych do końca 2021 roku.”

Szpital zatrudnia 435 osób, w tym na umowę o pracę 220 osób, 157 osób na kontrakcie oraz 58 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.

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

W zakresie Higieny Komunalnej

Stan sanitarno – techniczny i porządkowy obiektu.

Skontrolowano stan sanitarno - techniczny i porządkowy oddziałów szpitalnych tj. Chirurgicznego z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Wewnętrznego damsko – męskiego i dziecięcego, Położniczo-Ginekologicznego z pododdziałem Noworodkowym, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Medycyny Paliatywnej z Zakładem Opiekuńczo Leczniczym, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych, Działu Rehabilitacyjnego, pomieszczeń Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, Poradnie Przyszpitalne, ponadto pomieszczenia prosektorium, magazynów bielizny czystej i brudnej, magazynu odpadów medycznych, pomieszczenia mycia i dezynfekcji wózków transportu wewnętrznego, wind, ciągów komunikacyjnych oraz otoczenia szpitala. Nie skontrolowano Bloku Operacyjnego (nieдоступny w dniu kontroli) i oddziału Terapii Uzależnień od Alkoholu w Piecovie.

Zespół Poradni Przyszpitalnych, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wewnętrzny Oddział Dziecięcy to oddziały o aktualnie najlepszym stanie technicznym i najnowszym wyposażeniu pomieszczeń natomiast Oddział Psychiatryczny, Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i prosektorium są w gorszym stanie

technicznym, zarówno pod względem sanitarno – technicznym jak i wyposażenia. Szpital w miarę posiadanych środków finansowych dokonuje bieżących remontów i modernizacji pomieszczeń i ich wyposażenia.

Pomieszczenia szpitalne wyposażone są w wentylację, częściowo również w klimatyzację. Przeglądy klimatyzatorów oraz kontrole ich sprawności wykonywane są przez wyspecjalizowaną firmę i dokumentowane w książce badania szczelności urządzeń chłodniczych i klimatyzacyjnych. Przeglądy wentylacji grawitacyjnej odbywają się terminowo i odnotowywane są w książkach obiektów budowlanych, ostatni przegląd miał miejsce w lutym 2022r.

Czynności inspekcyjne przeprowadzone w placówce w dniu 1 lipca 2021 r. ujawniły, iż **pkt 8 nakazu decyzji Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego z dnia 27 lipca 2019 r. nie został zrealizowany w całości; w budynku prosektorium nie zapewniono właściwego stan sanitarno – technicznego podłogi korytarza, a w sali sekcyjnej - stolarki drzwiowej, ściany i podłogi oraz okna. Kontrola potwierdziła przeprowadzenie remontu wyłącznie części korytarza oraz wymianę okna w sali sekcyjnej, przy czym nie dokończono jego obróbki.**

Ponadto inspekcja ujawniła:

1. prosektorium:

- a) zły stan sanitarno – techniczny sanitariatu przy pomieszczeniu pożegnań: uszkodzenia w glazurze i terakocie, zabrudzone ściany i sufit;
- b) zły stan sanitarno – techniczny w sali sekcyjnej: uszkodzenia w glazurze i terakocie, ubytki w terakocie wypełniono materiałem, który nie jest gładki, zmywalny i odporny na działanie wilgoci (zaprawą), ściany i sufit zabrudzone, nieobrobiona stolarka okienna i zniszczone drzwi;
- c) zły stan sanitarno – techniczny w pomieszczeniu z chłodniami: zacieki na suficie ze śladami zagrzybienia, uszkodzenia w terakocie; w komorach chłodniczych ubytki i uszkodzenia posadzki oraz wyraźne ślady korozji w części sufitowej;
- d) zły stan sanitarno – techniczny pomieszczenia za salą sekcijną wraz z zapleczem sanitarnym, korytarzem i „magazynkiem”: ściany i sufity zabrudzone, glazura i terakota z uszkodzeniami;
- e) zły stan sanitarno – techniczny „magazynku” znajdującego się przy wejściu do prosektorium: powierzchnie ścian i sufitu spękałe, zabrudzone, ubytki tynku;
- f) w sali sekcyjnej - przy umywalce - płyn dezynfekcyjny w dozowniku o nieaktualnym terminie ważności; według Kontrolowanego płyn uzupełniany jest na bieżąco przez dolewanie. Pouczono o prawidłowym sposobie postępowania z płynami dezynfekcyjnymi.

2. oddział Medycyny Paliatywnej:

- a) zły stan sanitarno – techniczny sufitu w gabinecie zabiegowym i przyległym punkcie pielęgniarskim: zacieki na suficie i ścianie;

3. oddział Psychiatryczny męski:

- a) w gabinecie zabiegowym - przy umywalce - płyn dezynfekcyjny w dozowniku o nieaktualnym terminie ważności; pouczono personel, który zobowiązał się do natychmiastowej wymiany płynu;
- b) zły stan sanitarno – techniczny sanitariatu ogólnodostępnego: ubytki tynku w części z natryskami oraz nad drzwiami wejściowymi do pomieszczenia;
- c) zły stan sanitarno – techniczny stolika w sali nr 12: brak listwy bocznej wokół blatu;

4. oddział Psychiatryczny żeński:

- a) zły stan sanitarno – techniczny łóżka w sali nr 5: zniszczone wezgłowie - uszkodzona listwa;
- b) pomieszczenie gospodarcze (ze środkami higieny i dezynfekcyjnymi): przeterminowany środek Incidin Liquid Spray; polecono bezzwłoczne usunięcia płynu;

5. pododdział Detoksykacji:

- a) zły stan sanitarno – techniczny sanitariatu męskiego: łuszcząca się farba na suficie w części z natryskami;
- b) zły stan sanitarno – techniczny stolika w sali nr 153: brak okleiny bocznej oraz uszkodzony blat;

6. dział Rehabilitacyjny:

- a) w pomieszczeniu do zabiegów magnetoterapii podłoga pokryta wykładziną dywanową, tj. materiałem uniemożliwiającym mycie i dezynfekcję.

Stan porządkowy

Skontrolowane pomieszczenia placówki utrzymane w czystości. Za utrzymanie czystości oddziałów szpitalnych i innych komórek szpitala odpowiada podmiot zewnętrzny na podstawie umowy zawartej w dniu 29 marca 2021r. podpisano umowę z PARTNER MEDICA Sp. z o. o. Lider Konsorcjum z siedzibą w Legnicy, DPG Clean Partner Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, SEBAN Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach, 7 MG Sp. z o.o. z siedzibą w Legnicy oraz DGP PROVIDER Sp. z o.o. z siedzibą w Legnicy. Środki czystościowe oraz sprzęty porządkowe przechowywane w wydzielonym budynku w obojętności szpitala, gdzie również znajduje się część socjalna dla pracowników firmy sprzątajacej. Zapas środków wystarczający, o aktualnych terminach przydatności, stosowane zgodnie z przeznaczeniem. Personel sprzątający ma zapewnione środki i sprzęt porządkowy (z zachowaniem rozdziału kolorystycznego ścierek w zależności od zadania). Otoczenie szpitala zagospodarowane i utrzymane w czystości.

Gospodarka wodno – ściekowa.

Szpital zaopatrywany jest w wodę z własnego ujęcia - studnia głębinowa -będącego pod nadzorem tutejszej stacji. Rezerwowym źródłem zaopatrzenia jest Wodociąg Publiczny Złotów. Ostatnia kontrola jakości wody w ramach kontroli wewnętrznej miała miejsce 17 marca 2022 r. , natomiast w ramach kontroli urzędowej 11 kwietnia 2022 r. – w zakresie przebadanych parametrów woda spełnia wymagania obowiązującego rozporządzenia MZ. Placówka incydentalnie (w przypadku awarii) korzysta z zewnętrznego źródła wody, o czym informowany jest organ PIS w Złotowie. Ciepła woda zapewniona z własnej kotłowni (gazowej), podgrzewana wstępnie za pomocą instalacji solarnej. Ostatnie badanie w kierunku Legionella sp. wykonano 10 czerwca 2021 r w ramach kontroli wewnętrznej – wyniki niekwestionowane; kolejne badanie przewidziano na maj 2022 r. Nie stwierdzono braków w dostawie ciepłej i zimnej wody. Nieczystości płynne odprowadzane są do miejskiej sieci kanalizacyjnej.

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 przebicie pojemnikach jednorazowego użytku. Pozostałe odpady medyczne gromadzone są w jednorazowych workach koloru czerwonego, umieszczonych w zamkniętych pojemnikach. Pojemniki i worki ustawiono w miejscu wytwarzania odpadu oraz oznakowano odpowiednimi etykietami. Nie stwierdzono przypadków przepełnienia ww. pojemników / worków lub przetrzymywania ich w miejscu wytworzenia odpadów dłużej, aniżeli określają to przepisy.

Do transportu odpadów do miejsca ich tymczasowego magazynowania wykorzystywane są zamknięte wózki. Wspomniane wózki myte, dezynfekowane i przechowywane są w wyznaczonym do tego celu pomieszczeniu utrzymanym w czystości.

Odpady medyczne magazynowane są w chłodni (powierzchnie ścian i podłogi gładkie, zmywalne, odporne na działanie środków czystościowych i dezynfekcyjnych). Brak progu oraz odpowiednia szerokość drzwi umożliwia wjazd wózkiem do pomieszczenia. Urządzenie zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, zamknięte na klucz, ze stałym monitoringiem temperatury w chłodni. Po sąsiedztwie zapewniono dodatkowe pomieszczenie

wyposażone w bieżącą ciepłą i zimną wodę, dozowniki z mydłem i płynem dezynfekcyjnym, podajnik na ręczniki jednorazowe i pojemnik na zużyte ręczniki. W placówce wytwarzane są odpady medyczne o kodach 18 01 02 oraz 18 01 03. 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 w systemie BDO, okazano karty przekazania odpadów prowadzone w systemie elektronicznym (o kodzie 18 01 03 z dnia 25.04.2022r.), odbiór odpadów 3x tygodniu (pn., śr., pt.).

Na odpady komunalne zapewniono zamykane pojemniki wyłożone workami foliowymi oraz pojemniki na zewnątrz budynku. Miejsce przechowywania pojemników zbiorczych na odpady utwardzone, zadaszone, 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 NOVAGO Złotów Sp. z o.o. ul. Szpitalna 38 w Złotowie (poprzednia nazwa firmy MZUK Sp. z o.o.) . W zakresie gospodarki odpadami nieprawidłowości nie stwierdzono.

Postępowanie z bielizną czystą i brudną.

W placówce opracowana i wdrożona została procedura postępowania z bielizną 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. Magazyn bielizny zlokalizowany jest w wydzielonej części jednego z budynków szpitala, poniżej terenu gruntu. Zachowano rozdział pomieszczeń: punkt wydawania i odbioru bielizny; drogi transportu nie krzyżują się. Dla pracowników zapewniono pomieszczenie sanitarno – higieniczne oraz część socjalną.

Bielizna czysta, po posegregowaniu przez personel szpitalny, trafia na regały w magazynie, zapakowana w foliowe worki i opisana kodami. Bielizna wydawana jest na oddziały do tzw. oddziałowych magazynów bielizny zgodnie z zapotrzebowaniem i w ilościach, w jakich została z oddziału oddana do prania. Szafy na oddziałach zamykane, bielizna posegregowana asortymentem na półkach. Bieżący zapas na każdym oddziale zapewniony, magazynowany w warunkach higienicznych.

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

Stan sanitarno - techniczny i porządkowy pomieszczeń magazynu bielizny oraz postępowanie z bielizną na terenie szpitala - bez uwag.

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

W obiekcie zapewniono graficzno-słowne znaki o zakazie palenia tytoniu oraz e-papierosów. W trakcie kontroli nie stwierdzono przypadków palenia na terenie placówki.

W zakresie Epidemiologii

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 z Pododdziałem Noworodków, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Centralnej Sterylizatorni oraz Pracowni Endoskopii.

Ocena funkcjonowania systemu kontroli zakażeń szpitalnych.

Szpital Powiatowy w Złotowie jest szpitalem publicznym, posiadającym certyfikat jakości ISO oraz akredytację ważną od kwietnia 2019 r. przez okres 3 lat. Szpital liczy 11 oddziałów, zaś łączna liczba łóżek wynosi 264.

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

W dniu kontroli prawnie obowiązywało Zarządzenie nr 113/2020 Dyrektora Szpitala Powiatowego im Alfreda Sokołowskiego w Złotowie z dnia 04.12.2020 r. 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 ostatnie udokumentowane spotkanie miało miejsce 21.04.2022r. Spotkania w niepełnym składzie (pielęgniarka epidemiologiczna oraz przewodniczący) 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 28.03.2022 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, wkłuciem centralnym, obwodowym, oddechem zastępczym.

Procedury obowiązujące w placówce są sprawdzane i aktualizowane. Dokumentacja, w wersji papierowej, 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 z Pododdziałem Noworodków, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Centralnej Sterylizatorni oraz Pracowni Endoskopii) 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 z dnia 04.12.2020 r. Opracowano również dokument „Program kontroli zakażeń i przeciwdziałania zakażeniom w Szpitalu Powiatowym w Złotowie” z dnia 18.01.2022 r, regulujący zakres, częstotliwość oraz prowadzenie dokumentacji pokontrolnej, Przedstawiono do wglądu dokumentację w formie raportów z kontroli potwierdzającą 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 okołoooperacyjnej, 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 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 2021 roku na terenie szpitala wystąpiły 4 ogniska epidemiczne, po ich wygaszeniu przesłano raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych.

Szkolenia personelu szpitalnego w zakresie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych przeprowadzane są przez członków ZKZSz oraz czasami przez firmy zewnętrzne, zgodnie w wcześniej ustalonym planem kontroli na dany rok. W roku 2022 do czasu przeprowadzenia kontroli przeprowadzono 4 szkolenia pracowników. 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 czasami przez firmy zewnętrzne, zgodnie w wcześniej ustalonym planem kontroli na dany rok. W roku 2022 do czasu przeprowadzenia kontroli przeprowadzono 4 szkolenia pracowników. Dokumentacja potwierdzająca przeprowadzenie szkoleń uwzględnia ich tematykę oraz liczbę uczestników.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyposażony jest w endoskop intubacyjny. W szpitalu powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego obowiązuje procedura z dnia 02.07.2018 - „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 2,5% przez okres 10 minut.

W okresie od 06.12.2021r., do 27.02.2022r., oddział położniczo-ginekologiczny z pododdziałem noworodków pełnił funkcję oddziału covidowego. Ponowne otwarcie miało miejsce 28.02.2022r., następnie miała miejsce awaria sieci wodno-kanalizacyjnej i doszło do przeorganizowania struktury oddziału. W chwili obecnej oddział noworodkowo-położniczy znajduje się w dawnych pomieszczeniach oddziału ginekologii na parterze, a część ginekologiczna znajduje się na I piętrze. Położnictwo składa się z 6 łóżek położniczych i 1 sali porodowej, a oddział ginekologiczny liczy 10 łóżek.

Pracownia badań endoskopowych, w skład której wchodzi - pracownia badań górnego odcinka przewodu pokarmowego, pracownia badań dolnego odcinka przewodu pokarmowego, wydzielone pomieszczenie zmywalni pomiędzy pracowniami, pokój rejestracji, poczekalnia wraz z toaletą dla pacjentów. Badania wykonywane są od poniedziałku do piątku. Dziennie wykonywanych jest średnio 10 badań. Pracownia wyposażona jest w dwie uniwersalne myjnie endoskopowe CYW DUO dla wszystkich typów endoskopów giętkich przeznaczonych do mycia i dezynfekcji przez zanurzenie w płynach dezynfekujących. Każda myjnia posiada dwie niezależne komory mycia które mieszczą po jednym endoskopie, automatyczny system uzdatniania wody, test szczelności i kontrola przepływu w trakcie całego cyklu, wbudowaną drukarkę termiczną, każda komora wyposażona jest również w niezależny zbiornik ze środkiem dezynfekcyjnym. Detergenty i płyny używane do mechanicznej dekontaminacji endoskopów to środki zaakceptowane przez producenta myjni. Po zakończeniu procesu dekontaminacji endoskopy umieszczane są w szafie Endocab Plus. Przechowywanie aparatów w szafie do 72h następnie endoskop należy poddać ponownej dezynfekcji. Wszelkie części i osprzęt wielorazowego użytku przekazywane są do Centralnej Sterylizatorni. Od 01.02.2021r. do 15.12.2021r. w Centralnej Sterylizatorni przeprowadzono remont, dotyczył on wymiany i instalacji sprzętu. W czasie remontu Szpital Powiatowy w Złotowie korzystał z usług CS Szpitala w Wałcu. 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 włókniny. 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 myjącego

dezynfekcyjnego Viruzyme PCD 0,5% czas – 10 minut lub Aniosyme 0,5% czas 10 minut. Dezynfekcja właściwa myjnia-dezynfektor-dezynfekcja termiczna 90 stopni/5minut. Cały proces jest automatyczny. W strefie czystej przeprowadzane jest wizualne sprawdzenie czystości instrumentów (w razie jakichkolwiek zabrudzeń proces czyszczenia i dezynfekcji jest powtarzany) następnie instrumenty są odpowiednio pakowane, po czym poddawane są sterylizacji parowej w temperaturze 134oC. 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 z 13.12.2021r. Monitorowanie sterylizacji parowej z 10.01.2022r. System transportu materiału skażonego z oddziałów szpitala do CS z 04.01.2022r. Przechowywanie materiału po sterylizacji z 10.01.2022r.

W skontrolowanym obszarze 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

Wykonano zalecenia ujęte w protokole kontroli z 2021r.:

- W Dziale Rehabilitacji przeprowadzono remont pomieszczenia umywalni, zapewniono szatnię z odpowiednią ilością szafek na odzież dla pracowników, wydzielono pomieszczenie jadalni ze zlewozmywakiem, zapewniono pomieszczenie natrysku (w czasie kontroli trwały prace malarskie w tym pomieszczeniu)
- Zapewniono aktualne karty charakterystyki dla stosowanych substancji i mieszanin.

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

1. W zakresie pionu Higieny Komunalnej:

1. W prosektorium:
 - a) w sanitariacie przy pomieszczeniu pożegnań: uszkodzenia w glazurze i terakocie, zabrudzone ściany i sufit;
 - b) w sali sekcijnej: uszkodzenia w glazurze i terakocie, ubytki w terakocie wypełniono materiałem, który nie jest gładki, zmywalny i odporny na działanie wilgoci (zaprawą), ściany i sufit zabrudzone, nieobrobiona stolarka okienna i zniszczone drzwi;
 - c) w pomieszczeniu z chłodniami: zacieki na suficie ze śladami zagrzybienia, uszkodzenia w terakocie; w komorach chłodniczych ubytki i uszkodzenia posadzki, wyraźne ślady korozji w części sufitowej;
 - d) w pomieszczeniu za salą sekcijną wraz z zapleczem sanitarnym, korytarzem i „magazynkiem”: ściany i sufity zabrudzone; glazura i terakota z uszkodzeniami;
 - e) w „magazynku” znajdującym się przy wejściu do prosektorium: powierzchnie ścian i sufitu spękałe, zabrudzone, ubytki tynku;
2. Na Oddziale Medycyny Paliatywnej:
 - b) na suficie w gabinecie zabiegowym i przyległym punkcie pielęgniarskim: zacieki na suficie i ścianie;
3. Na Oddziale Psychiatrycznym męskim:
 - a) w sanitariacie ogólnodostępnym: ubytki tynku w części z natryskami oraz nad drzwiami wejściowymi do pomieszczenia;
 - d) stół w sali nr 12: brak listwy bocznej wokół blatu;
4. Na Oddziale Psychiatrycznym Żeńskim:
 - a) łóżko w sali nr 5: zniszczone wezglowie - uszkodzona listwa;
5. Na Pododdziale Detoksykacji:
 - a) w sanitariacie męskim: łuszcząca się farba na suficie w części z natryskami;

b) stolik w sali nr 153: brak okleiny bocznej oraz uszkodzony blat;

– co narusza zapisy art. 22 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020, poz. 1845 ze zm.); § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r., poz. 402).

6. dział Rehabilitacyjny:

b) w pomieszczeniu do zabiegów magnetoterapii podłoga pokryta wykładziną dywanową, tj. materiałem uniemożliwiającym mycie i dezynfekcję.

– co narusza zapis § 30 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r., poz. 402).

2. W zakresie pionu Higieny Pracy:

a) niewłaściwy stan sanitarno-techniczny pomieszczenia pracy – warsztatu elektrycznego: zacieki na ścianie i suficie, ubytki tynku w wielu miejscach na suficie, **co stanowi naruszenie § 14 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650, z późn. zm.),**

b) brak wentylacji w szatniach dla Oddziału Ginekologii, Chirurgii i OIOM-u, brak wentylacji w pomieszczeniu szatni obok służby prowadzącej do sali sekcyjnej w budynku prosektorium, nieprawidłowa wentylacja w pomieszczeniu natrysku dla pracowników Centralnej Sterylizatorni – wentylacja wyprowadzona bezpośrednio z pomieszczenia natrysku do jadalni **co stanowi naruszenie § 7 ust. 3 Załącznika Nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650, z późn. zm.)**

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

W zakresie pionu Higieny Komunalnej:

Czynności inspekcyjne ujawniły, iż w prosektorium w sali sekcyjne oraz na oddziale Psychiatrycznym męskim w gabinecie zabiegowym - przy umywalkach - płyny dezynfekcyjne w dozownikach o nieaktualnych terminach ważności; ponadto na oddziale Psychiatrycznym żeńskim w pomieszczeniu gospodarczym również przeterminowany środek Incidin Liquid Spray. Polecono bezzwłoczne usunięcie przeterminowanych płynów i pouczono kontrolowanego o prawidłowym sposobie postępowania z płynami dezynfekcyjnymi.

W zakresie Epidemiologii i Higieny Pracy zaleceń nie wydawano.

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.

p.o. Z-cy Dyrektora
u.s. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych

Rozmus
mgr inż. Malwina Rozmus
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Kalina Mankowa

Edoifier
Julia
Anne Piświcka

Atom
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Pienkowska
Głuch
Rapocha
Olsz
Opiełka-Chodźnik
M. Bogdan

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 26. 05. 2022

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego
im. Alfryda Sokołowskiego w Złotowie
lek. Artur Bobruk

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

(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