

POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
77-400 ZŁOTÓW
ul. Długosza 1/1
Tel./fax 087 3491691, tel. 087 3491692
NIP 767-14-16-079; Reg. 57029324E

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ON-HK.9020.180.2021

Złotów, dnia 1 lipca 2021 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Anita Łosoś, Lucyna Biernikowicz - sekcja Higieny Komunalnej, Beata Opiełka-Chodziutko, Wiesława Sagan – sekcja Higieny Pracy, Oliwia Paprocka - sekcja Epidemiologii, upoważnienie nr 316/HK/2021
(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).

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. Joanna Harbuzińska – Turek, 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* Marcin Druszcz- Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Eksploatacyjnych, Sebastian Urbański– Koordynator ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy, Malwina Rozmus - Inspektor Działu Administracyjno-Technicznego, Jakub Sztekel - Inspektor Działu Administracyjno- Technicznego, Karina Manikowska – Pielęgniarka epidemiologiczna, (imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 1 lipca 2021 r. godz. 10.00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* 16.06.2021r.
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 2 lipca 2021 r., godz. 14.00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 30 minut
6. Zakres przedmiotowy kontroli: 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 zabezpieczenia wprowadzone w obiekcie związane z sytuacją epidemiologiczną na terenie kraju dotyczącą wirusa SARS-CoV-2 oraz sprawdzenie wykonania nakazów decyzji z dnia 27 sierpnia 2019r. DN-HK.9020.107.2019 odpadami i bielizną, ocena pomieszczeń, ocena w zakresie szczepień ochronnych; Ocena realizacji przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne środowiska pracy, a zwłaszcza zapobieganie powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych w z warunkami pracy - usługi pogrzebowe; Ocena realizacji przepisów ustawy o substancjach chemicznych i ich mieszaninach; 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 wymazów z bielizny z dnia 23.06.2021r AB 079 Hamilton oraz Sprawozdanie z badań czystościowych z dnia 31.05.2021r.,
 - pomiary pola elektromagnetycznego z dnia 09.04. 2021r. wykonane przez firmę SOLDI
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

W zakresie Higieny Komunalnej:

- Umowa Nr 37/2020 z dnia 30.03.2020r. z Zakładem Utylizacji Odpadów Sp. z o.o., ul. Sulańska 11, 62-210 Konin dotycząca odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych, oraz Faktura z dnia 31.05.2021 Nr 576/05/2021/75 (odpady o kodach 18 01 02, 18 01 03, 18 01 09),
- 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, Faktura Vat z dnia 31.05.2021r. za pranie bielizny szpitalnej,
- Aneks nr 1 do Umowy nr 11/2021 zawartej w dniu 29 marca 2021r. pomiędzy Szpitalem Powiatowym im. A. Sokołowskiego w Złotowie a: 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. Słomińskiego 15/52, 00-195 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. Srodkowa 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 31.05.2021 dotycząca utrzymania czystości oddziałów szpitalnych oraz Faktury VAT z dnia 31.05.2021r. Nr CL-US 00164/05/21 i MD-US 000088/05/21 dotyczące transportu wewnętrznego,
- Umowa nr 01/2021 na usługę w zakresie sterylizacji sprzętu z dnia 1.01.2021r. zawarta ze Szpitalem Wojskowym z Przychodnią – Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki zdrowotnej Wałcz, ul. Kołobrzaska 44 oraz faktura VAT nr Z-21-0584 z dnia 31.05.2021r. (dotyczy: kontenery i pakiety),
- Faktura VAT Nr 22/1903/2021 z dnia 31.05.2021 wystawiona przez MZUK Sp. z o.o. Złotów za wywóz ścieków,
- Faktura Vat Nr 383/2L-OK/2021 z dnia 31.03.2021 oraz Nr 222/2L-OK/2021 z dnia 26.02.2021r. za wywóz odpadów komunalnych (o kodach 15 01 02, 15 01 06, 20 01 08) oraz Aneks do umowy 8/GO/2013 Nr 2/2020 dotyczy nieodpłatnego oddawania opakowań z papieru,
- Przegląd Nr 121/2021 z dnia 25.02.2021r. z okresowej kontroli przewodów kominowych,
- Protokół z przeglądu urządzeń kotłowni gazowej z dnia 8.10.2020 r.,
- Karty przekazania odpadów wg BDO z dnia 29.06.2021r. nr 00143/2021/KPO/0001/000092629 (kod 180102), Karty przekazania odpadów 00144/2021/KPO/0001/000092629 (kod 180103) - odbiór ZUO Sp. z o.o., ul. Sulańska 11, Konin,

- Książka badań szczelności urządzeń chłodniczych i klimatyzacyjnych -wpis z ostatniej kontroli z dnia 17.05.2021r.przegląd y wykonuje firma ELTA Piotr Wojdyło Jaraczewo 41/2 64-930 Szydłowo,
- Protokoły z dnia 29.06.2021r. przeglądu centrali wentylacyjnej wykonane przez ELTA P. Wojdyło –8 szt,
- Urzędowe poświadczenie odbioru informacji odnośnie gospodarowania odpadami składanej do wojewody (z dnia 24.02.2021r.) do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego,
- Plan kontroli wewnętrznej 2021r. oraz Protokół z kontroli wewnętrznej z dnia 30.06.2021r.,
- Procedura: postępowania z bielizną szpitalną, postępowania ze zwłokami,
- Książka Higieny Szpitalnej dla Szpitala Powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie opracowana 28.04.2021r.
- Raport z kontroli wewnętrznej procedur z zakresu zapobiegania zakażeniom z dnia 02.06.2021r.
- Protokoły nr 1/2020–5/2020 z okresowej „rocznej„ kontroli stanu technicznego budynków z dnia 9.12.2020r.

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 113/2020 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie z dnia 04.12.2020 r. w sprawie ustalenia składów i zadań zespołów koniecznych do przeprowadzenia analiz wymaganych przez zestawy standardów akredytacyjnych — obowiązujące od dnia 04.12.2020 r.,
- Zarządzenie nr 15/2018 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie z dnia 2018-04-03 dotyczące zmian składu zespołów koniecznych do przeprowadzenia analiz wymaganych przez zestawy standardów akredytacyjnych,
- Zarządzenie nr 57/2019 Dyrektora Szpitala Powiatowego w Złotowie z dnia 22.08.2019 r. w związku z informacją konsultanta krajowego w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej prof. dr hab. med Walerii Hryniewicz, z dnia 03.04.2016 r. o niekontrolowanym rozprzestrzenianiu się szczepów Klebsiella pneumoniae NDM+ do którego doszło na terenie warszawskich szpitali i województwa mazowieckiego oraz wcześniejszym pismem WSSE w Poznaniu dotyczącym działań ograniczających rozprzestrzenianie się w szpitalach pałeczek Klebsiella pneumoniae wytwarzających karbapenemazy typu New Delhi oraz KPC,
- Zarządzenie nr 113/2020 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie z dnia 04.12.2020 r. w sprawie powołania Zespołu ds. przeprowadzania kontroli wewnętrznych w obszarze realizacji działań zapobiegających szerezeniu się zakażeń i chorób zakaźnych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r.,
- „Certyfikat Dla Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów poświadczający udział w 2020 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 „Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2016-2020”- certyfikat ważny do 30, 09-2021 r.,
- „Protokoły z posiedzenia Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych”- z dnia 02.06.2021r.
- „Protokół z posiedzenia Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych” -z dnia 09.03.2021 r.,
- „Kontrolne wewnętrzne w obszarze działań zapobiegających szerezeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie” z dnia 10.02.2021 r.,
- „Plan kontroli wewnętrznych na rok 2021”, „Plan kontroli wewnętrznych na rok 2021”,
- 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”, wyd4, z dnia 13.11.2017 r.,
- „Schemat dezynfekcji sprzętu medycznego — Szpital Powiatowy w Złotowie”,
- „Karty przekazania materiału do CS”,
- „Manualna dekontaminacja endoskopu intubacyjnego”- 02.07.2018 r.,

- „Karty obioru materiałów sterylnych z CS”,
- QP-2, I/KZ-OI „Zgłaszanie i rejestr chorób zakaźnych”-23.07.2020 r., „Rozpoznanie i rejestr zakażenia szpitalnego oraz czynnika alarmowego” 26.05.2020 r., wraz z załącznikami,
- 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.3, z dnia 10. li.2014 r.,
- QP-15/KZ-09 „Manualna dekontaminacja endoskopów”, wyd. 2, z dnia 27.08.2015 r.,
- QP-6/KZ-01 „Program racjonalnej polityki antybiotykowej, wyd 4, z dnia 02.06.2021r.,
- „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”,
- „Zasady postępowania w przypadku biegunki Clostridium Difficile”- 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 2019r.
- Roczne raporty mikrobiologiczne:
- „ Analiza ilości wykonywanych posiewów krwi” (01.07.2018 r. – 30.06.2019 r.)
- „ 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 01.01.2020 - 31.12.2020 r.
- 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”- 01.01.2020 r. - 31.12.2020 r.

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 27.08.2019r. Wielkopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny po przeprowadzonej kontroli sanitarnej 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 3.02.2021r. wydał decyzję zmieniającą termin wykonania punktu 8 ww. decyzji do dnia 30.06.2021r.

Szpital zatrudnia 503 osoby, w tym na umowę o pracę 276 osób, 171 osób na kontrakcie oraz 56 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, szkodliwe czynniki biologiczne, czynniki chemiczne, w tym rakotwórcze i hałas.

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

W zakresie Higieny Komunalnej

Stan sanitarno – techniczny i porządkowy.

Skontrolowano stan sanitarno - techniczny i porządkowy oddziałów szpitalnych tj. Chirurgicznego z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Wewnętrzny, Położniczo-Ginekologiczny z pododdziałem Noworodkowym, Dziecięcego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Medycyny Paliatywnej z Zakładem Opiekuńczo Leczniczym, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Psychiatrycznego Dziennego, Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych, Działu Rehabilitacyjnego, pomieszczeń Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, Poradnie Przychodni, Blok Operacyjny, ponadto prosektorium, magazynów bielizny czystej i brudnej, magazynu odpadów medycznych, pomieszczenia mycia i dezynfekcji wózków transportu wewnętrznego, wind, ciągów komunikacyjnych oraz otoczenia szpitala. Nie skontrolowano oddziału Terapii Uzależnień do Alkoholu w Pieciewie.

Zespół Poradni Przychodni, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Dziecięcy oraz Blok Operacyjny to oddziały o aktualnie najlepszym stanie technicznym i najnowszym wyposażeniu pomieszczeń natomiast Oddział Psychiatryczny, Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i prosektorium są w najgorszym stanie technicznym, zarówno pomieszczenia jak i wyposażenie. Szpital w miarę posiadanych środków finansowych dokonuje bieżących remontów i modernizacji pomieszczeń i ich wyposażenia. Pomieszczenia szpitalne wyposażone są w wentylację, bądź klimatyzację. Przeglądy klimatyzatorów oraz kontrole ich sprawności wykonywane są raz w roku przez wyspecjalizowaną firmę i dokumentowane w książce badania szczelności urządzeń chłodniczych i klimatyzacyjnych. Przeglądy wentylacji grawitacyjnej odbywają się również co roku i odnotowywane są w książkach obiektów budowlanych, ostatni przegląd miał miejsce 29.06.2021r.

Na terenie szpitala znajduje się prosektorium, zlokalizowane w osobnym budynku, z niezależnym dojazdem od strony miasta. Wydzielone osobne stanowiska przyjmowania oraz wydawania zwłok. Stanowisko przyjmowania z rozdzielaczem na zwłoki osób zmarłych w szpitalu oraz zwłoki przywożone z

zewnątrz. W skład obiektu wchodzi: sala sekcyjna, pomieszczenie z komorami chłodniczymi, zaplecze socjalne dla obsługi z sanitariatem i natryskiem, kancelaria, kaplica oraz sanitariat dla uczestników ceremonii. Korytarz, biuro oraz sanitariat i pomieszczenie socjalne dla obsługi wyremontowane. W budynku wymieniono część stolarki drzwiowej i całość okiennej (**w sali sekcyjnej bez obróbki**). Na odpady medyczne zapewniono worki na stelażu oraz pojemnik na odpady o ostrych końcach i krawędziach. Sprzątaniem budynku zajmuje się firma zewnętrzna, za czystość w części sekcyjnej odpowiada pracownik prosektorium. Opracowana i wdrożona została procedura postępowania ze zwłokami.

Stan sanitarno-porządkowy szpitala zachowany. Nie stwierdzono przepełnień pojemników na odpady. Na utrzymanie czystości oddziałów szpitalnych i innych komórek szpitala dnia 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 obejściu 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).

Opracowano Książkę Higieny Szpitalnej dla Szpitala Powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie (28.04.2021r.)

Zaopatrzenie w wodę. 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 wykonana w dniu 19.04.2021r. w ramach nadzoru sanitarnego, woda przydatna do spożycia (sprawozdanie z badań nr 337/W/21 z dnia 23.04.2021r.) Placówka incydentalnie i w przypadku awarii korzysta z zewnętrznego źródła wody. Ciepła woda zapewniona z własnej kotłowni (gazowej), podgrzewana wstępnie za pomocą instalacji solarnej. Przesłane do tut. stacji wyniki badań wody ciepłej na obecność bakterii z rodzaju Legionella sp. nie wykazały przekroczeń (pobór próbek dnia 10.06.2021r.). Ścieki odprowadzane są do miejskiej sieci kanalizacyjnej. W zakresie gospodarki wodno - ściekowej nieprawidłowości nie stwierdzono.

Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk. Opracowana została procedura higienicznego mycia i dezynfekcji rąk. W gabinetach lekarskich, zabiegowych, na salach chorych oraz sanitariatach zapewniono stanowiska do mycia rąk wyposażone w bieżącą ciepłą i zimną wodę, mydło w płynie i płyn dezynfekcyjny z dozownikami, ręczniki jednorazowe bądź suszarki oraz zamykane pojemniki na zużyte ręczniki. Przy wejściu na oddziały oraz w wyznaczonych miejscach w ciągach komunikacyjnych zapewnione dodatkowe stanowiska do dezynfekcji rąk w związku z trwającą sytuacją pandemii w kraju. Zapas środków na bieżąco uzupełniany.

Dezynfekcja i sterylizacja. W placówce stosowane są narzędzia jednorazowe oraz wielorazowego użytku. Od 25.01.2021r. wyłączono z użytku centralą sterylizatornię, która jest obecnie w trakcie gruntownego remontu i modernizacji. Sterylizacja narzędzi zlecona jest Szpitalowi Wojskowemu z Przychodnią - Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Wałczu na mocy zawartej z dniem 1.01.2021r. umowy pomiędzy szpitalami. Zleceniobiorca świadczy usługę transportu oraz sterylizacji narzędzi. W trakcie czynności kontrolnych nie stwierdzono przeterminowanych pakietów narzędzi chirurgicznych, które przechowywane są w higienicznych warunkach. Do dezynfekcji narzędzi, sprzętów, powierzchni dotykowych i bezdotykowych stosowane środki o odpowiednim przeznaczeniu, aktualnych terminach przydatności i pełnym spektrum działania. Za zapewnienie higienicznych warunków pracy na stanowiskach odpowiada personel szpitalny, a za pozostałą część obiektu - firma zewnętrzna.

Postępowanie z odpadami medycznymi i komunalnymi. W placówce wytwarzane są odpady medyczne o kodach 18 01 02 oraz 18 01 03.

Opracowano i wdrożono procedurę postępowania z odpadami medycznymi. Odpady o ostrych końcach i krawędziach umieszczane są w sztywnych, odpornych na przebicie pojemnikach jednorazowego użytku. (zaopatrzonych w etykiety). umieszczonych w miejscu wytwarzania odpadu. Pozostałe odpady

medyczne gromadzone są w workach koloru czerwonego, umieszczonych w zamykanych pojemnikach, posiadających etykiety. Do transportu odpadów wykorzystywane są zamykane wózki. Wózki myte, dezynfekowane i przechowywane w wyznaczonym do tego celu pomieszczeniu. Odpady medyczne magazynowane są w chłodni (powierzchnie ścian, podłogi gładkie, zmywalne, odporne na działanie środków dezynfekcyjnych). Brak progów oraz odpowiednia szerokość drzwi umożliwia wjazd wózkiem do pomieszczenia. Urządzenie zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych. Zapewniony stały monitoring temperatury w chłodni oraz stanowisko do higienicznego mycia i dezynfekcji rąk. 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 02 oraz 18 01 03 z dnia 29.06.2021r.).

Na odpady komunalne zapewniono zamykane pojemniki wyłożone workami foliowymi oraz pojemniki na zewnątrz budynku. W dniu kontroli przepełnień nie stwierdzono. Miejsce przechowywania pojemników zbiorczych na odpady utwardzone, zadaszone, uporządkowane, pojemniki opisane. Prowadzona jest selektywna zbiórka odpadów. Stan techniczny pojemników bez uwag, przepełnienia nie stwierdzono. Odbiór przez MZUK Sp. z o.o. z siedzibą w Złotowie.

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. Bielizna czysta, po posegregowaniu przez personel szpitala trafia na regały w magazynie, zapakowana w foliowe worki, opisana kodami. Zapewnione higieniczne warunki w pomieszczeniu. Bielizna wydawana jest na oddziały do szaf tzw. oddziałowych magazynów bielizny w ilościach, w jakich została z oddziału oddana do prania. Bieżący zapas na każdym oddziale zapewniony. 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. Na terenie szpitala magazyn bielizny zlokalizowany w budynku H, poziom „zero”, zachowany rozdział pomieszczeń: punkt wydawania i odbioru bielizny, drogi transportu nie krzyżują się. Pomieszczenie do przechowywania bielizny brudnej myte i dezynfekowane po każdym wydaniu bielizny do pralni. Stan sanitarno - techniczny i porządkowy pomieszczeń magazynu bielizny bez uwag.

Kontrola wewnętrzna zapobiegająca szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. W placówce przeprowadzane są kontrole wewnętrzne procedur, sporządzane raporty z kontroli. Ostatnia miała miejsce w dniu 2.06.2021r. Wszystkie opracowane procedury są na bieżąco aktualizowane, zatwierdzone i podpisane.

Zabezpieczenia wprowadzone w obiekcie związane z sytuacją epidemiologiczną na terenie kraju dotyczącą wirusa SARS-CoV-2

Przy wejściu na teren szpitala znajduje się kontener triażowy, przez który musi przejść każda osoba z zewnątrz wchodząca na teren placówki.

Szpital opracował własne procedury zabezpieczające przed rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2, a personel został z nimi zaznajomiony. Personel wyposażony jest w środki ochrony osobistej oraz płyny dezynfekcyjne. Przy wejściu na oddziały oraz w wyznaczonych miejscach w ciągach komunikacyjnych zapewnione dodatkowe stanowiska do dezynfekcji rąk. W widocznych miejscach znajdują się informacje o konieczności zasłaniania ust i nosa maseczkami, dezynfekcji dłoni i zachowaniu dystansu. W poczekalniach poradni wyznaczono liczbę miejsc siedzących z zachowaniem bezpiecznej odległości.

W obiekcie zapewniono graficzno-słowne znaki o zakazie palenia tytoniu oraz e-papierosów.

Otoczenie szpitala zagospodarowane, utrzymane w czystości.

Ponadto w trakcie kontroli sprawdzono realizację nakazów decyzji znak DN-HK.9020.107.2019 z dnia 27.08.2019r.

Oddział Psychiatryczny:

Pkt 1 a) wyposażyć brudownik w płuczkę -dezynfektor lub urządzenie do dekontaminacji oraz utylizacji wkładów jednorazowych oraz w wentylację mechaniczną wyciągową. Nakaz decyzji nie został wykonany, strona kontrolowana poinformowała, iż w użyciu są wyłącznie sprzęty i środki higieniczne jednorazowe, które przekazywane są do unieszkodliwiania wraz z odpadami medycznymi przez ZUO Konin. Przeprowadzona kontrola sanitarna potwierdziła brak sprzętów higienicznych w użyciu wymagających dezynfekcji.

Pkt 1 b) zapewnić separatkę spełniającą wymogi - posiadającą własne pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w miskę ustępową, natrysk i umywalkę odporne na umyślnie zniszczenia. Nakaz decyzji nie został wykonany, uzyskano informację, iż na oddziale brak typowej separatki, wydzielono jedynie pokój obserwacji, który nie musi spełniać wymogów stawianych jednoosobowej separacie.

Oddział Położniczo - Ginekologiczny z Zespołem Porodowym

Pkt 2 a) zapewnić służbę umywalkowo-fartuchową przed wejściem do Zespołu Porodowego. **Nakaz decyzji nie został wykonany.** Pomieszczenie wskazane w trakcie kontroli jako służa, stanowi część ciągu komunikacyjnego pomiędzy salami oddziału. Personel wchodzący do Zespołu porodowego z Pododdziału Noworodkowego nie korzysta ze służby umywalkowo-fartuchowej. **Ponadto pomieszczenie deklarowane jako służa umywalkowo-fartuchową nie spełnia wszystkich wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (§ 22).**

Oddział Wewnętrzny

Pkt 7 na części męskiej oddziału Wewnętrznego zapewnić pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, w pełni przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. W trakcie czynności kontrolnych stwierdzono, iż na oddziale Wewnętrznym znajduje się 1 sanitariat przystosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych wyposażony również w natrysk, w pełni przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Podział na część męską i żeńską jest umowny. Czynności inspekcyjne potwierdziły, iż pacjenci / pacjentki rozlokowani są w różnych częściach oddziału w zależności od potrzeb.

Prosektorium

Pkt 8 zapewnić właściwy stan sanitarno-techniczny podłogi korytarza, w sali sekcyjnej - stolarki drzwiowej, ściany i podłogi oraz okna, a w gabinecie lekarskim – okna, ścian i mebli.

W trakcie kontroli stwierdzono, iż poprawie uległ stan sanitarno-techniczny korytarza, sanitariatu dla obsługi (przy wejściu od strony szpitala), kancelarii oraz pomieszczenia socjalnego. Wymieniono także część stolarki drzwiowej, w tym w sali sekcyjnej oraz stolarkę okienną. W sali sekcyjnej uzupełniono braki w glazurze i terakocie, uzupełniono luźne kafle. W gabinecie lekarskim - wymieniono stolarkę okienną i meble, odnowiono ściany oraz podłogę. **Pomieszczenia zlokalizowane za salą sekcyjną tj. zaplecze sanitarne i socjalne są w najgorszym stanie techniczno – porządkowym.** Wg oświadczenia osób obecnych przy kontroli, planowany jest gruntowny remont – przebudowa i modernizacja budynku prosektorium. Nie jest znany bliższy termin realizacji przedsięwzięcia.

Pozostałe nakazy ujęte w decyzji Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, a nie opisane wyżej zostały wykonane.

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, Bloku Operacyjnym, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Oddziale Psychiatrii, Chirurgii oraz Chorób Wewnętrznych .

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 02.06.2021 r. 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 09.03.2021 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, Bloku Operacyjnym, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Oddziale Psychiatrii, Chirurgii oraz Chorób Wewnętrznych) 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” 26.05.2020 r., 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 „Kontrole wewnętrzne w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu Powiatowym w Złotowie” z dnia 04.04.2016 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 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 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 2020 roku na terenie szpitala wystąpiły 3 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 2021 przewidziano 14 szkoleń, najczęściej są to po 2 szkolenia przypadające na każdy oddział. 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.

Proces przygotowywania narzędzi wielokrotnego użycia do sterylizacji to wstępna dezynfekcja w szpitalu, a następnie przekazanie sprzętu do Centralnej Sterylizatorni w „107 Szpitalu Wojskowym” w Wałczu. W placówce trwa generalny remont CS który planowo ma zakończyć się pod koniec lipca 2021 r. W weekendy lub inne dni, w których Centralna Sterylizacja nie pracuje, narzędzia z Bloku Operacyjnego oraz Oddziału Położniczo-Ginekologicznego z Blokiem Porodowym w jednostkach przechodzą dezynfekcję wstępną w miejscu stosowania, przy użyciu 0,5% preparatu Viruzyme PCD w czasie 45 min. W skontrolowanych jednostkach szpitalnych pojemniki na roztwory użytkowe preparatów dezynfekcyjnych były kompletne z sitami i pokrywami. Zachowany jest rozdział pojemników do transportu sprzętu skażonego i czystego.

Zachowana jest szczelność transportu materiałów brudnych i sterylnych między jednostkami organizacyjnymi szpitala a Centralną Sterylizatornią.

W skontrolowanych jednostkach organizacyjnych szpitala nie stwierdzono przeterminowanych sterylnych materiałów, narzędzi, akcesoriów, sprzętu wielokrotnego i jednorazowego użycia oraz środków antyseptycznych.

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

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 zakresie Higieny Pracy

Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego: pomieszczenie umywalni obok szatni Działu Rehabilitacji wymaga remontu bieżącego.

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

W zakresie pionu Higieny Komunalnej:

Na oddziale Położniczo - Ginekologiczny z Zespołem Porodowym

- brak śluzu umywalkowo-fartuchowej przed wejściem do Zespołu Porodowego – co narusza zapis pkt. IV, ppkt. 3 załącznika nr 1 do 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 2019 r., poz. 595 z późn. zm.).

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

W zakresie Higieny Komunalnej:

Czynności inspekcyjne wykazały, iż w sali sekcyjnej prosektorium wymieniono stolarkę okienną, przy czym okna nie są obrobione.

Pomieszczenia zlokalizowane za salą sekcyjną tj. zaplecze sanitarne i socjalne są w najgorszym stanie techniczno – porządkowym. Wg oświadczenia osób obecnych przy kontroli, planowany jest gruntowny remont – przebudowa i modernizacja budynku prosektorium.

PPIS w Złotowie w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego protokołu oczekuje szczegółowej informacji co do zakresu i terminu ewentualnych prac/remontów w ww. pomieszczeniu.

W zakresie Epidemiologii:

Zaleca się doposażyć pozostałe gabinety zabiegowe w system zamkniętej dezynfekcji rąk.

W zakresie Higieny Pracy:

Zgodnie z oświadczeniem pana Marcina Druszcza dyrektora do spraw ekonomiczno - administracyjnych planowane jest do końca roku 2021r. wykonanie remontu bieżącego pomieszczenia umywalni (G035) na Dziale Rehabilitacji, zapewnienia umywalki i zlewozmywaka oraz właściwej ilości szafek na odzież dla pracowników w szatnio-jadalni dla Działu Rehabilitacji.

Zgodnie z oświadczeniem pana Sebastiana Urbańskiego koordynatora do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy zostaną zapewnione aktualne karty charakterystyki dla wszystkich stosowanych substancji i mieszanin.

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 grzywnien 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.

Sebastian Jędrzej

Przemysław Kozłowski

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Malwina Rozmus

Jakub Sztencel

Krzysztof Kowalski

Wiesława Łagoda

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Popraska Oliwia

Bienikowski

Opikowska Urszula

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... 08.17.2021

DYREKTOR

lek. Joanna Hordzińska-Turek

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

SZPITAL POWIATOWY
im. Alfreda Sokolowskiego w Złotowie
77-400 ZŁOTOW, ul. Szpitalna 28
REGON 0003-00009 NIP 767-14-49-305

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