

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ON-HK.9020.71.2025

Złotów, 24 marca 2025 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Beata Opiełka – Chodziutko, leg. służbowa 11 – Oddział Nadzoru Sekcja Higieny Pracy; Julia Mahsel leg. służbowa 10, Delfina Skowrońska leg. służbowa 3 - Oddział Nadzoru Sekcja Epidemiologii; Lucyna Biernikowicz, leg. służbowa nr 8, Anita Łosoś, leg. służbowa nr 6, Grażyna Danielewicz, leg. służbowa nr 19 - Oddział Nadzoru Sekcja Higieny Komunalnej
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Złotowie

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

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

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/pocztą elektroniczną/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/pocztą elektroniczną))

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

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

mgr Aneta Kaufka, p. o. Dyrektor Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie
(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* Paulina Trojanowska – starszy referent, 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 21 lutego 2025 r. godz 9.15 (HK, HP, Ep); 24.02.2025r.godz 10.00 (Ep)
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: podmiot nie podlega pod ustawę z dnia 6 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236).
4. Data i godzina zakończenia kontroli 21 lutego 2025 r. godz 13.30 (HK)
21 lutego 2025 r. godz 10.30 (Ep)
21 lutego 2025 godz 14.00 (HP)
24 lutego 2025 r. godz 13.30 (Ep)
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 60 min (HK) +30 min (Ep)

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

1. ocena stanu sanitarno-technicznego i porządkowego obiektu, gospodarka wodno-ściekowa, postępowanie z narzędziami, odpadami, bielizną, sprzętem medycznym, lekami i środkami opatrunkowymi, ocena pomieszczeń postępowania ze zwłokami, apteczka pierwszej pomocy przedmedycznej, dokumentacja zdrowotna pracowników, ocena przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych;
2. ocena funkcjonowania systemu kontroli zakażeń szpitalnych; ocena procedur obowiązujących na terenie placówki; ocena przebiegu procesów dezynfekcji i sterylizacji;
3. ocena realizacji przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne środowiska pracy, a zwłaszcza zapobieganie powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy; ocena realizacji przepisów ustawy o substancjach chemicznych i ich mieszaninach, ocena realizacji przepisów dotyczących czynników rakotwórczych, mutagennych i reprotokszycznych
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* nie dotyczy.
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów* nie dotyczy.
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* nie dotyczy.
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów w zakresie formaldehydu z dnia 14.02.2025 r. wykonanych przez firmę Biosan oraz pomiarów indywidualnego równoważnika promieniowania fotonowego metodą dozymetrii fotometrycznej wykonane przez Zakład Ochrony Radiologicznej Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi (ekspozycja od 10.07.2024r do 09.10.2024r.).
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

W zakresie Higieny Komunalnej:

- Umowa Nr 83/2024 z dnia 22.05.2024 zawarta z Zakładem Utylizacji Odpadów Sp. z o.o., ul. Sulańska 11, 62-510 Konin dotycząca odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych;
- Umowa nr 110/2024 z dnia 3.10.2024 r. zawarta pomiędzy Szpitalem Powiatowym im. A. Sokołowskiego w Złotowie, a Hollywood Textile Service Sp. z o.o. z siedzibą w Sierpcu – dotyczy kompleksowej usługi pralniczej;
- Faktura VAT STARGARD z dnia 31 stycznia 2025r. Hollywood Textile Service Sp. z o.o. z siedzibą w Sierpcu – usługa pranie białej szpitalnej do umowy nr 110/2024
- Umowa nr 27/2024 z 27.03.2024r. zawarta pomiędzy Szpitalem Powiatowym im. A. Sokołowskiego w Złotowie a firmą EVER Medical Care Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie na usługę w zakresie utrzymania czystości i dezynfekcję oddziałów szpitalnych i innych komórek Szpitala Powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie;
- Faktura VAT Nr 22/0230/2025 z dnia 31.01.2025 r. wystawiona przez MZWIK Sp. z o.o., ul. Wodociągowa 1A, 77-400 Złotów, za dostawę wody oraz za odbiór ścieków i wody deszczowej ze szpitala;

- Umowa nr 109/2024 z dnia 27.09.2024 r. zawarta pomiędzy Szpitalem Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie a firmą ADLIFT Adam Fabjański, ul. Gen. Sikorskiego 2/10, 64-920 Piła. Przedmiotem umowy jest przegląd i konserwacja urządzeń (dźwig towarowy, dźwig osobowy, dźwig towarowo – osobowy, platforma dla niepełnosprawnych);
- Protokół dotyczący pomiaru wydajności instalacji wentylacji nawiewno – wywiewnej z dnia 03.06.2024 wystawiony przez firmę PHU KLIMATERM Jerzy Zielnik, ul. Kossaka 144B/6 w Pile;
- Faktura FV/2/06/2024 z dnia 04.06.2024 wystawiona przez PHU KLIMATERM Jerzy Zielnik, ul. Kossaka 144B/6 w Pile za przegląd i konserwację urządzeń klimatyzacyjnych i zestawów chłodniczych;
- Protokół badania instalacji gazowej Budynek Użytkowy – Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego z dnia 21.11.2024 wystawiony przez firmę: Przegląd Instalacji Gazowych mgr Dariusz Jaroszczak;
- Deklaracja do Związku Gmin Krajny w Złotowie z dnia 27.02.2024 r.;
- Protokoły z okresowej kontroli przewodów kominowych z dnia 30.10.2024 r. dot. poszczególnych budynków szpitala wykonane przez Zakład Kominarski Mariusz Stuba, Luchowo 21a, 89-310 Łobżenica
- Faktura nr 164/2024 z dnia 31.10.2024 z okresowych kontroli przewodów kominowych (...) w budynkach będących własnością Szpitala Powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie przeprowadzonych w dniu 01.03.2024 r. przez Zakład Kominarski Mariusz Stuba, Luchowo 21a, 89-310 Łobżenica;
- Protokół nr 21/2022 z okresowej „rocznej” oraz „pięcioletniej” kontroli stanu technicznego obiektu z dnia 30.11.2022 r.;
- Sprawozdanie z prac komisji dotyczącej przeglądu obiektów budowlanych z dnia 23.12.2024
- orzeczenia lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych losowo wybranego personelu i termin ważności: Piesiak Andrzej – 6.11.2027, Głuszak Krystian – 27.11.2025, Kałuża Beata – 29.10.2026, Wiesława Rolka – 6.03.2027, Kosińska Iwona – 26.06.2026;
- Protokół B1/2022 z kontroli bezpiecznego użytkowania – dotyczy lądowiska dla helikopterów - wykonanej przez Jakub Sztekel z dnia 14.10.2022r.

W zakresie Epidemiologii:

PREWENCJA I KONTROLA ZAKAŻEŃ (KZ)

1. QP-1.2/KZ-01 Stosowanie środków ochrony osobistej
2. QP-1.2/KZ-01 Mycie rąk. Dezynfekcja rąk
3. QP-1.3/KZ-02 Chirurgiczne mycie i dezynfekcja rąk
4. QP-1.3/KZ-03 Mycie i dezynfekcja pola operacyjnego
5. QP-1.5/KZ-01 Postępowanie w przypadku ekspozycji na krew i IPiM
6. QP-2.1/KZ-01 Program racjonalnej polityki antybiotykowej
7. QP-2.2/KZ-01 Zasady podawania antybiotyków w profilaktyce około zabiegowej
8. QP-3/KZ-01 Rozpoznawanie, rejestracja zakażenia szpitalnego, czynnika alarmowego, dodatniego posiewu krwi
9. QP-3/KZ-02 Postępowanie w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby zakaźnej
10. QP-3/KZ-03 Postępowanie w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego
11. QP -3.3/KZ-01 Izolacja chorych
12. QP-3.4/KZ-01 Manualna dekontaminacja endoskopów
13. QP-3.4/KZ-02 Mechaniczna dekontaminacja endoskopów
14. QP-3.4/KZ-03 Manualna dekontaminacja endoskopu intubacyjnego
15. QP-4/KZ-01 Monitorowanie procesów sterylizacji
16. QP-4.1/KZ-01 Postępowanie z narzędziami i sprzętem medycznym w CS
17. QP-4.1/KZ-02 Postępowanie ze środkami dezynfekcyjnymi, narzędziami i sprzętem medyczny,
18. QP-4.1/KZ-03 System transportu materiału skażonego z oddziałów szpitalnych do Centralnej Sterylizatorni i transport z Centralnej Sterylizatorni do Oddziałów szpitalnych

19. Qp-4.1/KZ-04 Przechowywanie materiałów po sterylizacji
 20. QP-5/KZ-01 Sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych
- Wszystkie wydane 31.12.2024 roku obowiązujące od 01.01.2025 r.

W zakresie Higieny Pracy

- wyniki pomiarów w zakresie formaldehydu z 2025r. i promieniowania jonizującego z 2024r.,
- rejestry czynników szkodliwych i karty badań i pomiarów,
- ocena ryzyka zawodowego
- instrukcje bhp,
- rejestr prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym,
- rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym,
- spis stosowanych substancji i mieszanin chemicznych niebezpiecznych,
- karty charakterystyki substancji i mieszanin chemicznych stosowanych w zakładzie.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

- spis stosowanych substancji i mieszanin chemicznych,
- wyniki pomiarów w zakresie formaldehydu
- Kwestionariusz do oceny przestrzegania przepisów ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

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

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

III. WYNIKI KONTROLI

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

W zakresie Higieny Pracy

Kontrola w zakresie stosowania substancji i mieszanin chemicznych oraz narażenia pracowników na czynniki rakotwórcze, mutagenne i reprotoksyczne.

W czasie kontroli przedstawiono do wglądu aktualne wyniki pomiarów w zakresie formaldehydu na stanowisku pielęgniarki bloku operacyjnego z dnia 14.02.2025 r. wykonane przez firmę Biosan (wynik <0,1 kr.) oraz wyniki pomiarów indywidualnego równoważnika promieniowania fotonowego metodą dozymetrii fotometrycznej wykonane przez Zakład Ochrony Radiologicznej Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi u osób, które mają kontakt z promieniowaniem jonizującym (ekspozycja od 10.07.2024r do 09.10.2024r.)

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

W związku z narażeniem pracowników na kontakt z czynnikami rakotwórczymi – promieniowaniem jonizującym wykorzystywanym w diagnostyce oraz formaldehydem, używanym do konserwacji próbek, prowadzony jest na bieżąco rejestr prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami, procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym oraz rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników, procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym. Została przesłana do WSSE w Poznaniu informacja o czynnikach rakotwórczych za 2024r. na aktualnym druku.

W kontakcie z formaldehydem pracuje 19 kobiet, natomiast w narażeniu na promieniowanie jonizujące 39 osób, w tym 5 mężczyzn.

Zapewniono dostęp do instrukcji bhp dla prac wykonywanych w kontakcie z czynnikami chemicznymi oraz rakotwórczymi.

W przedstawionej dokumentacji oceny ryzyka zawodowego dla stanowiska pielęgniarki uwzględniono narażenie na czynniki chemiczne i rakotwórcze.

Przedstawiono do wglądu aktualny spis stosowanych substancji i mieszanin chemicznych niebezpiecznych oraz karty charakterystyki tych mieszanin. Karty charakterystyk są na bieżąco aktualizowane zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) 2020/878 z dnia 18 czerwca 2020 r. zmieniającym załącznik II do rozporządzenia REACH). W laboratorium brak etykiet w języku polskim dla części używanych odczynników chemicznych, dostarczanych przez firmę Roche Diagnostic Polska sp. z o.o. Wydano zalecenie, by zapewnić etykiety w języku polskim dla wszystkich stosowanych substancji i mieszanin chemicznych w terminie do 30.04.2025r.

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

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

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

W zakresie Higieny Komunalnej

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 stosunku do Kontrolowanego do dnia 31 lipca 2024 r. obowiązywała decyzja Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego znak: DN-HK.9020.107.2019 z dnia 27 sierpnia 2019r. w zakresie zapewnienia śluzy umywalkowo-fartuchowej przed wejściem Zespołu Porodowego w Szpitalu Powiatowym w Złotowie. Oddział był zamknięty na okres remontu w związku z nieprawidłowym stanem technicznym budynku. Do dnia dzisiejszego oddział nie wznowił działalności. W dniu 17 września 2024 r. Państwowy Powiatowy inspektor Sanitarny w Złotowie zwrócił się pisemnie do Dyrekcji placówki z zapytaniem, czy nakaz ww. decyzji został wykonany. W korespondencji z dnia 18 października 2024 r. (znak: SZP-N-158/2024) Strona poinformowała o wykonaniu nakazu. Z uwagi na fakt, iż oddział nie wznowił działalności organ nie przeprowadził sprawdzających czynności kontrolnych.

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

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

W zakresie Sekcji Higieny Komunalnej

Budynki wchodzące w skład szpitala wyposażone są w instalację wodno – kanalizacyjną, grzewczą, elektryczną, wentylację grawitacyjną, mechaniczną i częściowo klimatyzacyjną. Oddziały wyposażone są w windy osobowe, towarowe i osobowo – towarowe oraz platformy dla niepełnosprawnych. Budynki przechodzą okresowe kontrole stanu technicznego (roczne i pięcioletnie), z czego sporządzane są stosowne protokoły. Podobnie instalacje w budynkach, w dniu kontroli okazano aktualne protokoły z przeglądów.

Otoczenie szpitala ogrodzone, ze szlabanem wjazdowym, częściowo zagospodarowane zielenią, utwardzone i utrzymane w czystości. Dojścia do poszczególnych oddziałów oznakowane tabliczkami informacyjnymi. Na terenie placówki znajduje się utwardzony, płatny parking.

Na terenie szpitala, w wyznaczonym, oznakowanym miejscu znajduje się lądowisko dla helikopterów.

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

Czynności kontrolne przeprowadzono w losowo wybranych pomieszczeniach placówki.

Gospodarka wodno – ściekowa.

Szpital zaopatrywany jest w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi z własnego ujęcia, będącego pod nadzorem tutejszej stacji. Ostatnia kontrola sanitarna wodociągu zakładowego została przeprowadzona w dniu 22 kwietnia 2024 r. i nie wykazała nieprawidłowości. Natomiast ostatnia ocena jakości wody wydana w dniu 4 lutego 2025 r. wykazała, iż jakość wody spełnia wymagania określone w obowiązującym rozporządzeniu, pomimo wcześniejszego krótkotrwałego przekroczenia dopuszczalnych wartości parametrów mętność i mangan.

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

Ciepła woda zapewniona jest z własnej kotłowni (gazowej), podgrzewanej wstępnie za pomocą instalacji fotowoltaicznej. Kontrolę jakości ciepłej wody użytkowej przeprowadzono na terenie szpitala w dniu 3 lutego 2025 r. i wykazała obecność bakterii *Legionella* sp. w jednej z czterech próbek wody (w ilości 845 jtk/100ml próbki wody na oddziale wewnętrznym, dziecięcym, łazienka ogólnodostępna) - sprawa w toku.

Nieczystości płynne z placówki odprowadzane są do miejskiej sieci kanalizacyjnej. W zakresie gospodarki ściekowej nieprawidłowości nie stwierdzono.

Postępowanie z odpadami medycznymi i komunalnymi.

W placówce opracowano i wdrożono procedurę postępowania z odpadami medycznymi. We wszystkich pomieszczeniach, w których świadczone są zabiegi medyczne, bądź mogą powstawać odpady zapewniono odpowiednie pojemniki / worki do ich tymczasowego gromadzenia.

Odpady o ostrych końcach i krawędziach gromadzone są w sztywnych, odpornych na uszkodzenie pojemnikach jednorazowego użytku. Pozostałe odpady medyczne gromadzone są w jednorazowych workach koloru czerwonego, umieszczonych w zamykanych pojemnikach. Pojemniki i worki ustawiono w miejscu wytwarzania odpadów, oznakowano odpowiednimi etykietami. Nie stwierdzono przypadków przepełnienia pojemników / worków, a ich stan nie budził zastrzeżeń. Ponadto pojemniki i worki nie były przetrzymywane w miejscu wytworzenia odpadu dłużej, aniżeli określają to przepisy.

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

Odpady medyczne do czasu odbioru przez wyspecjalizowaną jednostkę przechowywane są w chłodni. Jest to wolnostojący kontener z wejściem bezpośrednio z zewnątrz. Powierzchnie ścian i podłogi gładkie, zmywalne, odporne na działanie środków czystościowych i dezynfekcyjnych. Brak progu oraz odpowiednia szerokość drzwi umożliwia wjazd wózkiem do pomieszczenia. Urządzenie zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, zamykane na klucz, ze stałym monitoringiem temperatury w chłodni. W sąsiednim pomieszczeniu (z odrębnym wejściem z zewnątrz) zapewniono umywalkę z bieżącą ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem i płynem dezynfekcyjnym, podajnik na ręczniki jednorazowe oraz pojemnik na zużyte ręczniki. W pomieszczeniu chłodni znajdują się zamykane, oznakowane kontenery z tworzywa sztucznego. W dniu kontroli kontenery utrzymane w czystości i dobrym stanie technicznym, przepełnienia nie stwierdzono.

Odbiorem, transportem i unieszkodliwianiem odpadów zajmuje się Zakład Utylizacji Odpadów Sp. z o.o. z siedzibą w Koninie na mocy zawartej ze szpitalem umowy. Przekazywanie odpadów jest na bieżąco dokumentowane w systemie BDO. Dokumentacja z przekazywania odpadów prowadzona w systemie elektronicznym. Odbiór odpadów odbywa się 3 x tygodniu (pn., śr., pt.).

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

W zakresie gospodarki odpadami medycznymi i komunalnymi nieprawidłowości nie stwierdzono.

Stan sanitarno – porządkowy i techniczny.

Skontrolowano stan sanitarno - techniczny i porządkowy wybranych pomieszczeń na oddziałach szpitalnych, pomieszczeń prosektorium, magazynów bielizny czystej i brudnej, magazynu odpadów medycznych, pomieszczenia mycia i dezynfekcji wózków transportu wewnętrznego, wind, ciągów komunikacyjnych oraz otoczenia szpitala. Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu w Piecovie (od 2023 r. to osobny obiekt w ewidencji PSSE) nie jest przewidziany do kontroli w roku bieżącym.

Za utrzymanie właściwego stanu porządkowego oddziałów szpitalnych i innych pomieszczeń szpitala odpowiada firma zewnętrzna (umowa nr 27/2024 z 27.03.2024r. zawarta z firmą EVER Medical Care Sp. z o.o. z siedziba w Warszawie).

Środki czystościowe, dezynfekcyjne oraz sprzęty porządkowe przechowywane są w wydzielonym budynku znajdującym się na terenie szpitala, gdzie również znajduje się część socjalna dla pracowników firmy sprzątajacej. **W dniu kontroli w pomieszczeniu magazynowym stwierdzono brudny sufit z ubytkami tynku.** Zapas środków wystarczający, o aktualnych terminach przydatności - według oświadczenia Kontrolowanego - stosowanych zgodnie z przeznaczeniem. Środki i preparaty posegregowane na regałach. Personel sprzątający ma zapewniony zapas środków czystościowych i dezynfekcyjnych oraz sprzętu porządkowego. Do czynności porządkowych wykorzystywane ścierki z zachowaniem rozdziału kolorystycznego w zależności od zastosowania.

Na poszczególnych oddziałach zapewniono „brudowniki”, w których przechowywany jest sprzęt do utrzymania bieżącej czystości oraz środki czystościowe i dezynfekcyjne. Pomieszczenia wyposażone w umywalki z dostępem do bieżącej ciepłej i zimnej wody. Zapas środków uzupełniany na bieżąco. Zapewniono ponadto urządzenia do mycia i dezynfekcji nocników i basenów.

Według oświadczenia Kontrolowanego ścierki po zakończeniu pracy - w osobnych opakowaniach - przekazywane są do pralni zewnętrznej.

W trakcie kontroli stwierdzono, iż Zespół Poradni Przyszpitalnych, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Paliatywny, Pracownia Diagnostyki Ultrasonograficznej i Endoskopowej oraz Prosektorium to oddziały o najlepszym stanie technicznym i najnowszym wyposażeniu. Natomiast pomieszczenia Oddziału Psychiatrycznego, Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych są w gorszym stanie technicznym, zarówno pod względem sanitarno – technicznym jak i wyposażenia. Szpital w miarę posiadanych środków finansowych przeprowadza bieżące remonty i modernizacje pomieszczeń, oraz doposaża placówkę w sprzęt i środki medyczne.

W trakcie czynności kontrolnych stwierdzono:

- 1- Oddział Psychiatryczny Żeński – odcinek „ostry” – w pomieszczeniu natrysków brudny i zawilgocony sufit oraz ściana nad oknem, zniszczona rama okienna, łuszcząca się farba na parapecie, zniszczona glazura w narożniku ściany przy drzwiach wejściowych, ✓
- 2- Oddział Psychiatryczny Żeński – odcinek „lekki” – sala chorych nr 11 – zaciek pomiędzy ścianą a sufitem, ✓

- 3 ✓ - Oddział Psychiatryczny – „detoks” – w pomieszczeniu sanitarnym dla kobiet – brak krat wentylacyjnych, w sanitariacie męskim – ponownie stwierdzono duszący zapach uryny co wskazuje na brak wietrzenia pomieszczenia; sala chorych nr 146 – zabrudzenie przy umywalce,
- 4 ✓ - Oddział Psychiatryczny Żeński- pomieszczenie porządkowe na parterze – ubytki tynku na ścianach, zabrudzenie ścian,
- 5 ✓ - Oddział Psychiatryczny Męski – odcinek „ostry” – pomieszczenie natrysków- zniszczony brodzik, zacieki na ścianie przy oknie oraz na suficie, uszkodzona glazura na ścianie (kafel przy podłodze), uszkodzone drzwi;
- 6 ✓ - Oddział Psychiatryczny Męski – odcinek „lekki”- pomieszczenie natrysków- łuszcząca się farba na suficie, uszkodzona glazura na ścianie przy umywalce;
- 7 ✓ - Zakład Opiekuńczo - Leczniczy – gabinet zabiegowy - zacieki na suficie (w dwóch miejscach), sanitariat *dufalek*
- 8 ✓ -uszkodzona futryna przy drzwiach wejściowych. *✓ zrobione*
- Nie stwierdzono innych nieprawidłowości w zakresie stanu porządkowego i technicznego placówki, przypadków niewłaściwego stosowania sprzętu i środków czystościowych oraz dezynfekcyjnych, bądź obecności przeterminowanych preparatów, a także obecności owadów, gryzoni lub śladów ich bytności.

Postępowanie z bielizną czystą i brudną.

W placówce opracowana i wdrożona została procedura postępowania z bielizną szpitalną. Pranie bielizny odbywa się poza obiektem. Na usługę prania (wraz z suszeniem, prasowaniem, dezynfekcją, maglowaniem segregacją i pakowaniem) podpisana została umowa z firmą „HOLLYWOOD TEXTILE SERVICE” Sp. z o. o. z siedzibą w Sierpcu. Przedstawiono do wglądu kopię umowy oraz fakturę za wykonaną usługę.

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

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

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

Bielizna brudna tymczasowo magazynowana w brudownikach, w foliowych workach. Bielizna zanieczyszczona np. 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 czystej oraz postępowanie z bielizną na terenie szpitala - bez uwag.

Postępowanie ze zwłokami.

Na terenie szpitala, w osobnym budynku znajduje się prosektorium. Do budynku prowadzi wejście bezpośrednio z ulicy, przeznaczone do transportu ciał osób zmarłych poza szpitalem (np. w celu wykonania sekcji zwłok bądź korzystania z pomieszczeń chłodni do czasu pochówku) oraz dojazd z oddziałów szpitalnych – częściowo osłonięty zielenią. W skład pomieszczeń budynku wchodzi część biurowa, sanitarno-higieniczna, pomieszczenie sekcyjne, pomieszczenie chłodni (3 urządzenia chłodnicze na 3 stanowiska – łącznie na 9 ciał), klimatyzowane pomieszczenie chłodnicze na 6 stanowisk oraz sala pożegnań i sanitariat dla osób spoza obsługi prosektorium. Pomieszczenie z chłodniami metalowymi oraz pomieszczenie chłodni odremontowane, wyburzono chłodnię murowaną z komorami i zastąpiono metalowymi, wolnostojącymi. Wykonano również remont sanitariatu dla osób korzystających z sali pożegnań. Prace remontowe wpłynęły na poprawę stanu sanitarno – technicznego obiektu.

Na oddziale Paliatywnym znajduje się pomieszczenie *pro morte*, gdzie osoby zmarłe na oddziale są przewożone po stwierdzeniu zgonu przez lekarza i przebywają do czasu zabrania zwłok do sekcjonarium/ umieszczenia w chłodni. Osoby zmarłe na innych oddziałach szpitalnych, po stwierdzeniu zgonu przewożone są do odosobnionej sali, w której przebywają kolejne 2 godziny. Po upływie 2 godzin lekarz ponownie bada ciało, w celu potwierdzenia zgonu. Ciało umieszczane jest w specjalnym worku na zwłoki. Następnie zmarły przewożony jest specjalnym wózkiem z metalową skrzynią/trumną do przyszpitalnej chłodni przez ekipę transportową szpitala.

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

Placówka posiada procedury postępowania z narzędziami medycznymi, a na oddziałach wdrożono system kontroli terminów przydatności posiadanych leków.

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

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

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

W kontrolowanym obszarze nie poczyniono innych spostrzeżeń.

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

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

W zakresie Epidemiologii :

Szpital liczy 10 oddziałów i Pracownię Diagnostyczną, zaś łączna liczba łóżek wynosi 290. Kontrolą objęto elementy postępowania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, sposób funkcjonowania systemu kontroli zakażeń szpitalnych w wybranych jednostkach organizacyjnych szpitala: Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Centralnej Sterylizatorni, Oddziale Chirurgicznym, Oddziale Wewnętrznym oraz Oddziałem Dziecięcy.

Ocena funkcjonowania systemu kontroli zakażeń szpitalnych.

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

Zarządzenie Nr 31/2025 W sprawie ustalenia składu zespołu roboczych powołanych celem przeprowadzenia analiz wymaganych przez zestawy standardów akredytacyjnych. Z dnia 11.02.2025r.

Skład oraz kwalifikacje członków ZKZSz są zgodne z obowiązującymi w dniu kontroli przepisami prawa. Lekarz przewodniczący ZKZSz posiada specjalizację w dziedzinie anestezjologii, ukończył kurs specjalistyczny oraz ma wieloletnie doświadczenie w pracy w ZKZSz. W szpitalu zatrudnione są dwie pielęgniarki epidemiologiczne, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego (jedna z nich zatrudniona jest w pełnym

wymiarze czasu pracy, druga w częściowym), Diagnosta laboratoryjny posiada tytuł specjalisty w dziedzinie mikrobiologii medycznej, w ZKZSz powołany jako członek organu, oraz przypisano mu funkcję specjalisty do spraw mikrobiologii. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych spotyka się w pełnym składzie raz w miesiącu.

Spotkania w niepełnym składzie (pielęgniarki epidemiologiczne oraz Specjalista mikrobiologii klinicznej oraz konsultacyjnie przewodniczący ZZSz) odbywają się przeważnie raz w tygodniu lub częściej, gdy wymaga tego sytuacja epidemiologiczna. ZZSz w 2024 roku przeprowadził 593 szkoleń tj. występnę, okresowe oraz dotyczące nowych przepisów prawa. Szkolenia dedykowane były dla poszczególnych grup uczestników i dotyczyły : higieny rąk, ekspozycji zawodowej, izolacji pacjentów, gospodarki odpadami medycznymi. Rozkład w poszczególnych grupach zawodowych – pielęgniarki, ratownicy, położne – 287 osób, lekarze – 31 osób, opiekunowie – 21 osób, pracownicy firmy zewnętrznej 48 osób, inni w tym laboranci, fizjoterapeuci, technicy radiologii, pracownicy biurowi – 54 osoby, studenci, praktykanci -122 osoby.

Posiedzenia Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych odbywają się dwa razy w roku ostatnie udokumentowane spotkanie odbyło się 21.11.2024 r.

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

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

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

Wykaz procedur:

PREWENCJA I KONTROLA ZAKAŻEŃ (KZ)

1. QP-1.2/KZ-01 Stosowanie środków ochrony osobistej
2. QP-1.2/KZ-01 Mycie rąk. Dezynfekcja rąk
3. QP-1.3/KZ-02 Chirurgiczne mycie i dezynfekcja rąk
4. QP-1.3/KZ-03 Mycie i dezynfekcja pola operacyjnego
5. QP-1.5/KZ-01 Postępowanie w przypadku ekspozycji na krew i IPiM
6. QP-2.1/KZ-01 Program racjonalnej polityki antybiotykowej
7. QP-2.2/KZ-01 Zasady podawania antybiotyków w profilaktyce około zabiegowej
8. QP-3/KZ-01 Rozpoznawanie, rejestracja zakażenia szpitalnego, czynnika alarmowego, dodatniego posiewu krwi
9. QP-3/KZ-02 Postępowanie w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby zakaźnej
10. QP-3/KZ-03 Postępowanie w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego
11. QP -3.3/KZ-01 Izolacja chorych

12. QP-3.4/KZ-01 Manualna dekontaminacja endoskopów
13. QP-3.4/KZ-02 Mechaniczna dekontaminacja endoskopów
14. QP-3.4/KZ-03 Manualna dekontaminacja endoskopu intubacyjnego
15. QP-4/KZ-01 Monitorowanie procesów sterylizacji
16. QP-4.1/KZ-01 Postępowanie z narzędziami i sprzętem medycznym w CS
17. QP-4.1/KZ-02 Postępowanie ze środkami dezynfekcyjnymi, narzędziami i sprzętem medyczny,
18. QP-4.1/KZ-03 System transportu materiału skażonego z oddziałów szpitalnych do Centralnej Sterylizatorni i transport z Centralnej Sterylizatorni do Oddziałów szpitalnych
19. Qp-4.1/KZ-04 Przechowywanie materiałów po sterylizacji
20. QP-5/KZ-01 Sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych

Wszystkie wydane 31.12.2024 roku obowiązujące od 01.01.2025 r.

QP-3/KZ-01 „Rozpoznanie i rejestr zakażenia szpitalnego oraz czynnika alarmowego” 31.12.2024r., 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 Poza szpitalnego, Dodatniego Posiewu Krwi”. Powyższa karta jest zakładana również w przypadku zakażeń poza szpitalnych i kolonizacji patogenem alarmowym. Wszystkie karty weryfikowane są i zatwierdzane przez lekarza przewodniczącego ZKZSz. Placówka na podstawie powyższych kart rejestracyjnych prowadzi rejestr zakażeń szpitalnych oraz rejestr czynników alarmowych z rozdziałem na patogeny alarmowe o etiologii wirusowej oraz pozostałe czynniki alarmowe. Karty są numerowane i ułożone w porządku chronologicznym, według daty ich otrzymania.

Zespół ds. przeprowadzania kontroli wewnętrznych powołano Zarządzeniem nr 113/2020 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie. Opracowano również dokument „Program kontroli zakażeń i przeciwdziałania zakażeniom w Szpitalu Powiatowym w Złotowie” z dnia 09.01.2023 r, regulujący zakres, częstotliwość oraz prowadzenie dokumentacji pokontrolnej. Przedstawiono do wglądu dokumentację w formie raportów z kontroli potwierdzająca liczbę, zakres oraz wyniki kontroli. Raporty zatwierdzane są przez przewodniczącego ZKZSz i przekazywane do wiadomości ordynatorom jednostek oraz kierownikowi placówki. Kontrole kompleksowe (stan sanitarno- higieniczny oraz tematyka profilaktyki zakażeń) przeprowadzane są nie rzadziej niż co 6 miesięcy we wszystkich jednostkach szpitala. Przeprowadzane są również okresowo w wybranych bądź wszystkich oddziałach kontrole tematyczne, np. z zakresu wdrożonej antybiotykoterapii, profilaktyki 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 roku 2024 kontrole wewnętrzne przeprowadzane są zgodnie z opracowanym planem.

W zakresie postępowania w przypadku pojawienia się ogniska epidemicznego w placówce obowiązuje procedura nr. QP-1.11/KZ-01-„Postępowanie w przypadku wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego”. W 2024 roku na terenie szpitala wystąpiło 1 ognisko epidemicznych 71 zakażeń szpitalnych, po ich wygaszeniu przesłano raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych.

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.

Przeprowadzono również analizę zużycia środków do dezynfekcji rąk na podstawie zużycia wg. Oddziałów za okres 01.01.2024 r.– 31.12.2024 r.. Łącznie zużyto 1179 litrów płynu do dezynfekcji rąk. W podstawowych oddziałach w przeliczeniu na osobodni wyglądało to następująco:

oddział	Ilość środka do dezynfekcji w ml	Ilość środka w litrach	Ilość osobodni	Ilość środka na 1000 osobodni
Chirurgia	128 500	128,50	8333	15,42
Wewnętrzny	117 750	117,75	9352	12,59
OAIIT	111 250	111,25	769	144,67
Dziecięcy	60 750	60,75	2316	26,23
razem	418 250	418	20 770	20,14

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

W sterylizatorni obowiązuje ruch postępowy. W skład strefy brudnej wchodzi dwie myjnie przelotowe firmy Matachana seria SCiS rok produkcji 2021, myjka ultradźwiękowa – Sonic, wysokowydajna strumienica parowa Elmasteam 8. Strefa czysta wyposażona jest w dwa autoklawy firmy Matachana rok produkcji 2021 urządzenia z możliwością wydruku zapisów parametrów fizycznych oraz stojak do włókny. 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 Sekusept Easy roztwór gotowy czas 45 minut lub Aniosyme X3 0,25% czas 10 minut. Dezynfekcja właściwa Myjnia-Dezynfektor-dezynfekcja termiczna 91 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 – 5 min. Po zakończeniu procesu sterylizacji przeprowadza się kontrolę pod kontem uszkodzeń pakietów. Znakowanie procesu sterylizacji prowadzone jest w postaci wydruku zawierającego datę sterylizacji oraz aktualną datę ważności. Dokumentowanie procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji oraz wyników kontroli fizycznej, chemicznej i biologicznej prowadzone jest prawidłowo, podlega archiwizacji. Zachowana jest szczelność transportu materiałów brudnych i sterylnych między jednostkami organizacyjnymi szpitala a Centralną Sterylizatornią.

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

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

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

Przed zakończeniem sporządzania protokołu kontroli Kontrolowany pismem z dnia 26 lutego br.

znak: SZP-EIL/8/2025 poinformował o usunięciu części uwag/nieprawidłowości, tj.:

- Oddział Psychiatryczny Żeński – odcinek „ostry” – naprawiono ubytki w glazurze w narożniku ściany przy drzwiach wejściowych,
- Oddział Psychiatryczny Męski – odcinek „ostry” - wymieniono uszkodzoną glazurę na ścianie, naprawiono uszkodzenia w drzwiach od pomieszczenia natrysków, wymieniono zniszczony brodzik,
- Oddział Psychiatryczny Żeński- odświeżono i odmalowano pomieszczenie porządkowe na parterze.

Poinformowano, iż trwają prace malarskie sufitów, gdzie stwierdzono zacieki, w planach jest wymiana 4 okien w łazienkach damskiej i męskiej w celu m.in. częstszego wietrzenia pomieszczeń (czas realizacji ok. 60 dni). Wg oświadczenia złożono zamówienie na 2 pary nowych drzwi, które mają zostać zamontowane w łazience Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

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

W zakresie Oddziału Nadzoru Sekcji Higieny Komunalnej:

- budynek z pomieszczeniem magazynowym na sprzęt porządkowy i środki czystościowe firmy sprzątajacej - zabrudzony sufit z ubytkami tynku,
- Oddział Psychiatryczny Żeński – odcinek „ostry” – w pomieszczeniu natrysków brudny i zawilgocony sufit oraz ściana nad oknem, zniszczona rama okienna, łuszcząca się farba na parapecie,
- Oddział Psychiatryczny Żeński – odcinek „lekki” – sala chorych nr 11 – zacieki pomiędzy ścianą a sufitem,
- Oddział Psychiatryczny – „detoks” – w pomieszczeniu sanitarnym dla kobiet – brak krutek wentylacyjnych, w sanitariacie męskim – ponownie stwierdzono duszący zapach uryny, co wskazuje na brak wietrzenia pomieszczenia; sala chorych nr 146 – zabrudzenie przy umywalce,
- Oddział Psychiatryczny Męski – odcinek „ostry” – pomieszczenie natrysków- zacieki na ścianie przy oknie oraz na suficie,
- Oddział Psychiatryczny Męski – odcinek „lekki”- pomieszczenie natrysków- łuszcząca się farba na suficie, uszkodzona glazura na ścianie przy umywalce;
- Zakład Opiekuńczo - Leczniczy – gabinet zabiegowy - zacieki na suficie (w dwóch miejscach), sanitariat -uszkodzona futryna przy drzwiach wejściowych.

Stwierdzone nieprawidłowości naruszają zapisy:

- art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. u 2024, poz. 924 ze zm.);
- § 14 i §15 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., poz. 169, poz. 1650 ze zm.).

W zakresie pionu Epidemiologii:

- Na Oddziale Wewnętrznym oraz Chirurgicznym stwierdzono niestosowanie się do własnej, wewnętrznej szpitalnej „Procedury mycia i dezynfekcji rąk”, która mówi o tym, że pracownicy medyczni udzielający świadczeń zdrowotnych powinni mieć krótkie, niepomalowane paznokcie oraz nie powinni nosić biżuterii co stanowi naruszenie przepisów:

art. 11 ust.1, ust. 2. pkt. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924. ze zm.).

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

W zakresie Oddziału Nadzoru Sekcji Higieny Komunalnej:

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

W zakresie pionu Higieny Pracy:

- Zapewnić oznakowanie w języku polskim dla wszystkich stosowanych substancji i mieszanin chemicznych w terminie do 30.04.2025 r.

W zakresie pionu Higieny Komunalnej zwrócono uwagę na następujące aspekty:

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

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 grzywn 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.

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Danuta Kuczyńska
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

*Adres - Julia Olkaj, Delfina Skawonka
Piemkowińska Beata, Górali Chrobota*

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

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

