

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

Szpital Powiatowy
im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie

WPISANO

dnia: 06. 07. 2026

Nr: 230A

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

Złotów, 10 czerwca 2026 r.
(miejscowość i data)

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ON-HK.9020.163.2026

przeprowadzonej przez

Wiesława Sagan, leg. służbowa 11. Paulina Taras, leg. służbowa – Oddział Nadzoru Sekcja Higieny Pracy; Julia Mahsel leg. służbowa 10, Delfina Konnek leg. służbowa 3 - Oddział Nadzoru Sekcja Epidemiologii; Lucyna Biernikowicz, leg. służbowa nr 8, 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 z późn. zm.) 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 2025 r. poz. 1961).

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, e-doręczenia AE:PL-88580-60761-CSHEU-33
(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 e-doręczenia AE:PL-88580-60761-CSHEU-33
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

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

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

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

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Aneta Kaufka - dyrektor szpitala
(imię i nazwisko/stanowisko)

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

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

Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* [redacted] – starszy referent Działu Techniczno – Administracyjnego i Zaopatrzenia [redacted] referent Działu Techniczno – Administracyjnego i Zaopatrzenia,



██████████ - p.o. Pielęgniarki Naczelnej, Pełnomocnik ds. Jakości, ██████████ koordynator ds. bezpieczeństwa i higieny pracy
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 2 czerwca 2026 r. godz. 8.15 (ON-HK);
5 czerwca 2026 r. godz. 11.15 (ON-HK);
2 czerwca 2026 godz. 9:30 (ON-HP);
9 czerwca 2026.godz.09:45 (OH-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 2025 r. poz. 1480 ze zm.).
4. Data i godzina zakończenia kontroli 2 czerwca 2026 r. godz. 13.30 (ON-HK);
5 czerwca 2026 r. godz. 14.30 (ON-HK);
2 czerwca 2026 godz. 14:30 (ON-HP);
9 czerwca 2026 r. godz. 14:00 (ON-EP);
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* **20 min (ON-EP)**
6. Zakres przedmiotowy kontroli:

*ocena stanu sanitarno-technicznego i sanitarno-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;

*ocena funkcjonowania systemu kontroli zakażeń szpitalnych; ocena procedur obowiązujących na terenie placówki; ocena przebiegu procesów dezynfekcji i sterylizacji; zgłaszalność podejrzeń lub rozpoznania zakażeń lub chorób zakaźnych

*ocena realizacji przepisów ustawy o substancjach chemicznych i ich mieszaninach; ocena realizacji przepisów w zakresie czynników rakotwórczych, mutagennych i reprotoksycznych; ocena realizacji w zakresie czynników biologicznych.

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* nie dotyczy.
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów* nie dotyczy.
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* nie dotyczy.
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów w zakresie:
- pola elektromagnetycznego i formaldehydu z dnia 03.02.2026 r. wykonane przez firmę Biosan
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

W zakresie Higieny komunalnej

- Umowa Nr 30/2026 z dnia 26.05.2026 zawarta z Zakładem Utylizacji Odpadów Sp. z o.o., ul. Sulańska 11, 62-510 Konin dotycząca odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych wraz z załącznikami – czas obowiązywania do 27.05.2028 r. ;

- 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, aneks do umowy z dnia 31.01.2025 r.– dotyczy kompleksowej usługi pralniczej (pranie, dezynfekcja, czyszczenie chemiczne, prasowanie, maglowanie i naprawy;
- Faktura 040/05/2026/FVS/ST z dnia 05 maja 2026 r. Hollywood Textile Service Sp. z o.o. z siedzibą w Sierpcu – usługa pranie bielizny szpitalnej do umowy nr 110/2024
- Umowa nr 25/2025 z 4.06.2025 r. zawarta pomiędzy Szpitalem Powiatowym im. A. Sokołowskiego w Złotowie a firmą FM Integrated Solution Sp. z o.o. – lider konsorcjum oraz Impel Facility Services Sp z o.o. - z siedzibą przy ul. A. Słomińskiego 1, 50-304 Wrocław (czas obowiązywania do 1.08.2026 r.) na usługę w zakresie kompleksowego utrzymania czystości i dezynfekcję oddziałów szpitalnych i innych komórek Szpitala Powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie;
- Faktura VAT Nr 22/1385/2026 z dnia 29.05.2026 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) czas obowiązywania od 1.10.2024 do 30.09.2026;
- potwierdzenie wykonania konserwacji / naprawy urządzeń zainstalowanych w Szpitalu Powiatowym im. A. Sokołowskiego w Złotowie z dnia 22.05. 2026 r. przez firmą ADLIFT Adam Fabjański, ul. Gen. Sikorskiego 2/10, 64-920 Piła oraz faktura nr 86/5/2026 r. z 29.05.2026 r.
- Protokół dotyczący pomiaru wydajności instalacji wentylacji nawiewno – wyciągowej z dnia 03.06.2025 wystawiony przez firmę PHU KLIMATERM Jerzy Zielnik, ul. Kossaka 144B/6 w Pile w całości (wszystkie pomieszczenia);
- Faktura FV/13/05/2026 z dnia 28.05.2026 wystawiona przez PHU KLIMATERM Jerzy Zielnik, ul. Kossaka 144B/6 w Pile za przegląd i konserwację urządzeń klimatyzacyjnych i zestawów chłodniczych;
- Protokół nr 10774/2026 z okresowej kontroli przewodów kominowych z dnia 29.03.2026 r. dot. Szpitala Powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie, budynek kuchni i kotłownia przez Zakład Kominiarski Mariusz Stuba, Luchowo 21a, 89-310 Łobżenica;
- Protokół nr 10761/2026 z okresowej kontroli przewodów kominowych z dnia 29.03.2026 r. dot. Szpitala Powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie, Oddział Uzależnień od Alkoholu w Piecovie przez Zakład Kominiarski Mariusz Stuba, Luchowo 21a, 89-310 Łobżenica;
- Faktura nr 37/03/2026 z dnia 3.03.2026 za okresowych kontroli przewodów kominowych (...) w budynkach będących własnością Szpitala Powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie przeprowadzonych przez Zakład Kominiarski 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 dokonania przeglądów obiektów budowlanych z dnia 01.12.2025 r. firma MAR-INVEST Sp. z o.o., ul. Osiedle Słoneczne 38, 67-100 Lubieszów
- zawiadomienie o zmianie wysokości opłat za gospodarowanie odpadami komunalnymi od 1 czerwca 2026 r. z dnia 08.05.2026r.
- orzeczenia lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych losowo wybranego personelu i termin ważności losowo wybranych pracowników firmy sprzątajacej:

aktualne do 11.07.2026 r.

aktualne do 15.07.2027 r.

aktualne do 10.07.2028

aktualne do 14.07.2027 r.

– aktualne do 21.07.2026 r.

W zakresie Epidemiologii

- Zarządzenie Nr 178/2025 Dyrektora Szpitala Powiatowego w Złotowie z dnia 06.11.2025r.
- Protokół z podsumowania kontroli wewnętrznych Szpital Powiatowy w Złotowie im. A. Sokołowskiego w Złotowie. Okres objęty protokołem: 1 stycznia-31 grudnia 2025r.
- Zarządzenie nr 97/2025 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie z dnia 12.06.2025r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku pałeczek z rodziny Enterobacteriaceae wytwarzających karbapenemazy.
- Plan szkoleń – Epidemiologia 2026
- Analiza Statystyczna dot. zużycia preparatów do dezynfekcji rąk oraz mydła w Oddziale Chirurgicznym (porównanie 2024 vs 2025).
- Analiza badań mikrobiologicznych w Szpitalu Powiatowym im. A. Sokołowskiego w Złotowie za 2025 rok.

Szpital posiada certyfikaty: „Szpital bez bólu”, „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”, „Lider Zaufania Pacjentów”, Wyróżnienie Specjalne – „Lider Zaufania Pacjentów”. Świadczenia – Ogólnopolski Sprawdzian Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych POLMICRO 2025 -Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej w Łodzi. Świadczenie – Ogólnopolski Program Zewnętrznej Oceny w zakresie chemii klinicznej w ramach międzylaboratoryjnej, oceny jakości badań w 2025r.- Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi.

Wykaz procedur:

PREWENCJA I KONTROLA ZAKAŻEŃ (KZ)

1. QP-1.2/KZ-01 Stosowanie środków ochrony osobistej (data obowiązywania: 01.01.2025r.)
2. QP-1.3/KZ-01 Mycie rąk. Dezynfekcja rąk (data obowiązywania: 27.05.2025 r.)
3. QP-1.3/KZ-02 Chirurgiczne mycie i dezynfekcja rąk (data obowiązywania: 01.01.2025 r.)
4. QP-1.3/KZ-03 Mycie i dezynfekcja pola operacyjnego (01.01.2025 r.)
5. QP-1.5/KZ-01 Postępowanie w przypadku ekspozycji na krew i IPIM (data obowiązywania: 01.01.2025 r.)
6. QP-2.1/KZ-01 Program racjonalnej polityki antybiotykowej (data obowiązywania: 01.01.2025 r.)
7. QP-2.2/KZ-01 Zasady podawania antybiotyków w profilaktyce około zabiegowej (data obowiązywania: 01.01.2025 r.)
8. QP-3/KZ-01 Rozpoznawanie, rejestracja zakażenia szpitalnego, czynnika alarmowego, dodatniego posiewu krwi (data obowiązywania: 01.01.2025 r.)
9. QP-3/KZ-02 Postępowanie w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby zakaźnej (17.03.2026 r.)
10. QP-3/KZ-03 Postępowanie w przypadku wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego (data obowiązywania: 01.01.2025 r.)
11. QP -3.3/KZ-01 Izolacja chorych (data obowiązywania: 01.01.2025 r.)
12. QP-3.4/KZ-03 Manualna dekontaminacja endoskopu intubacyjnego (data obowiązywania: 01.01.2025 r.)
13. QP-4.3/KZ-02 Mechaniczna dekontaminacja endoskopów (data obowiązywania: 01.01.2025 r.)
14. QP-4/KZ-01 Monitorowanie procesów sterylizacji parowej (data obowiązywania: 08.04.2025 r.)
15. QP-4.1/KZ-01 Postępowanie z narzędziami i sprzętem medycznym w CS (data obowiązywania: 04.04.2025 r.)
16. QP-4.1/KZ-02 Postępowanie ze środkami dezynfekcyjnymi, narzędziami i sprzętem medycznym (data obowiązywania: 01.01.2025 r.)
17. QP-4.1/KZ-03 System transportu materiału skażonego z oddziałów szpitalnych do Centralnej Sterylizatorni i transport z Centralnej Sterylizatorni do Oddziałów szpitalnych (data obowiązywania: 07.04.2025 r.)
18. QP-4.1/KZ-04 Przechowywanie materiału po sterylizacji (data obowiązywania: 01.01.2025 r.)
19. QP-5/KZ-01 Sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych (data obowiązywania: 01.08.2025 r.)

W zakresie Higieny Pracy

- ocena ryzyka zawodowego,
- instrukcje bhp,
- rejestry czynników szkodliwych i karty badań i pomiarów,
- rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 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 lub reprotoksycznym,
- rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów

- technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym,
- potwierdzenia zapoznania się pracowników z oceną ryzyka zawodowego,
- spis stosowanych substancji i mieszanin chemicznych niebezpiecznych,
- karty charakterystyki substancji i mieszanin chemicznych stosowanych w zakładzie,
- zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie bhp,
- orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy,
- wyniki pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia z dnia 03.02.2026 r. w zakresie pola elektromagnetycznego i formaldehydu,

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

- spis stosowanych substancji i mieszanin chemicznych,
- wykaz czynników biologicznych,
- wykaz stanowisk pracy,
- wykaz szczepów kontrolnych w pracowni mikrobiologii i wykaz pracowników,
- zestawienie pracowników narażonych na działanie pola elektromagnetycznego,
- harmonogram pomiarów środowiska pracy- wykaz urządzeń podlegających badaniom środowiska pracy
- wykaz środków używanych w centralnej sterylizacji,
- 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/10 w jednym egzemplarzu, które są dostępne do wglądu stronie kontrolowanej w siedzibie PSSE w Złotowie

Podczas kontroli okazano klauzulę 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

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

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 zakresie Oddziału Nadzoru Higieny Pracy

Szpital zatrudnia 537 osób, w tym na umowę o pracę 310 osób, 152 osób na kontrakcie oraz 75 pracowników na umowę-zlecenie. Stanowiska pracy w zakładzie: lekarz, pielęgniarka, położna, technik analityki medycznej, laborant, laborant sekcyjny, diagnosta, ratownik medyczny, kierowca, rejestratorka medyczna, fizjoterapeuta, rehabilitant, terapeuta, farmaceuta, sterylizator, dezynfektor, kucharka, pomoc kuchenna, konserwator, elektryk, pracownik gospodarczy. Na stanowiskach pracy występują czynniki szkodliwe dla zdrowia takie jak: pole elektromagnetyczne, promieniowanie jonizujące, szkodliwe czynniki biologiczne, czynniki chemiczne - w tym rakotwórcze oraz hałas.

Przedstawiono do wglądu aktualne wyniki pomiarów w zakresie pola elektromagnetycznego i formaldehydu z dnia 03.02.2026 r. wykonane przez firmę Biosan oraz harmonogram pomiarów środowiska pracy z wykazem urządzeń podlegających badaniom na poszczególnych oddziałach w zakresie pola elektromagnetycznego: Oddział Ginekologiczny - salka zabiegowa- ginekologia, pracownia endoskopii – salka endo 1 i 2, blok operacyjny – sala A i B, pomieszczenie do rozlewania formaldehydu /stężenie formaldehydu/, SOR – salka zabiegowa, poradnia ginekologiczna – salka zabiegowa, pracownia fizjoterapii - salka magnetyczna.

Wyniki pomiarów wykonanych w dniu 03.02.2026 na stanowisku pielęgniarki operacyjnej na bloku pomieszczenie do rozlewania formaldehydu nie wykazały przekroczeń NDS formaldehydu - kr.< 0,1, NDSCh-

kr. < 1 i pola elektromagnetycznego na stanowisku lekarz / diatermia chirurgiczna - osoba narażona/, pielęgniarka/ diatermia chirurgiczna – osoba potencjalnie narażona/ – Poradnia ginekologiczna - salka zabiegowa. Przestrzeń obsługi źródła pola EM występuje w strefie zagrożenia i strefie pośredniej. Wskaźnik ekspozycji $W < 0,01$.

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

W związku z występowaniem na stanowiskach pracy czynnika rakotwórczego – formaldehyd i promieniowanie jonizujące prowadzony jest na bieżąco rejestr prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym. Formaldehyd: blok operacyjny – pomieszczenie rozlewania formaldehydu/ 10% - narażonych ogółem 19 pracowników, 19 kobiet, w tym do 45 lat 5 kobiet. Promieniowanie jonizujące narażonych ogółem 39 pracowników w tym 34 kobiety, do 45 lat 15 kobiet i 5 mężczyzn.

Została przesłana do WSSE w Poznaniu informacja o czynnikach rakotwórczych za 2025 r. Zapewniono dostęp do instrukcji bhp dla obsługiwanych urządzeń i wykonywanych prac.

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

Pracownicy zatrudnieni na stanowiskach pracy w zakładzie mają kontakt z czynnikami biologicznymi zakwalifikowanymi na podstawie oceny ryzyka do grupy 2 i 3 zagrożenia. Przedstawiono do wglądu rejestr prac i pracowników narażonych na czynniki biologiczne z grupy 3 i 4. Na czynniki biologiczne narażonych w grupie 2 i 3 jest 462 pracowników.

Pracownicy mają zapewnioną odzież, obuwie robocze i środki ochrony indywidualnej. Pracodawca zapewnia pracownikom system pierwszej pomocy w razie wypadku, Apteczki pierwszej pomocy są łatwo dostępne, odpowiednio wyposażone w środki do udzielania pierwszej pomocy i odpowiednio oznakowane. Przy apteczce dostępne są instrukcje o udzielaniu pierwszej pomocy w razie wypadku, pracownicy przeszkoleni w zakresie udzielania I-iej pomocy.

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

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.

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

W zakresie Sekcji Oddziału Nadzoru Higieny Komunalnej i Oddziału Nadzoru Epidemiologii

Czynności kontrolne przeprowadzono w pomieszczeniach na terenie oddziałów: wewnętrznym, psychiatrycznym, rehabilitacyjnym, chirurgicznym, ZOL, medycyny paliatywnej, dziecięcym, SOR, OIOM, ginekologicznym, laboratorium, poradni szpitalnych, prosektorium, pracowni endoskopowej, Centralnej Sterylizatorni oraz pomieszczenia: mycia wózków, bielizny czystej i brudnej, magazynu odpadów i chłodnia na odpady, wiaty śmietnikowe, magazyn środków czystościowych i dezynfekcyjnych oraz otoczenie obiektu.

Informacje ogólne dotyczące kontrolowanego obiektu

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, wyłożone kostką brukową. Na terenie placówki znajduje się utwardzony, płatny parking.

Na terenie szpitala, w wyznaczonym, oznakowanym miejscu znajduje się lądowisko dla helikopterów. W dniu kontroli lądowisko jest nieczynne, ogrodzone taśmą. Umieszczona została tablica informująca o budowie.

W trakcie kontroli poszczególnych oddziałów szpitalnych zwrócono uwagę na następujące uchybienia: na Oddziale Chirurgicznym cz. B, w sanitariacie dla pacjentów na łączeniu ściany i sufitu niewielki zaciek i luszcząca się farba, na Oddziale Rehabilitacyjnym w szatni dla pacjentów, na ścianie przy wejściu do toalety odrapana farba i tynk - prawdopodobnie od wieszaka na odzież wierzchnią lub krzesła. Ponadto w magazynie środków czystościowych i dezynfekcyjnych w budynku dla obsługi porządkowej i technicznej Szpitala stwierdzono luszczącą się farbę na ścianie przy oknie.

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 30 czerwca 2025 r. i nie wykazała nieprawidłowości. Natomiast ostatnia ocena jakości wody wydana w dniu 6 maja 2026 r. wykazała, iż jakość wody spełnia wymagania określone w obowiązującym rozporządzeniu.

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

Ciepła woda zapewniona jest z własnej kotłowni (gazowej), podgrzewanej wstępnie za pomocą instalacji fotowoltaicznej. Na terenie szpitala w dniu 21 stycznia 2026 r. przeprowadzona została wewnętrzna kontrola jakości ciepłej wody użytkowej, próbki pobrano w 4 punktach. W badanych próbkach nie stwierdzono przekroczenia wartości parametru Legionella sp. dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnym lub całodobowym świadczenia zdrowotne, w którym przebywają pacjenci o obniżonej odporności.

Nieczystości płynne z placówki odprowadzane są do miejskiej sieci kanalizacyjnej. Do wglądu okazano fakturę VAT Nr 22/1385/2026 z dnia 29.05.2026 r. wystawioną przez MZWIK Sp. z o.o., ul. Wodociągowa 1A, 77-400 Złotów, za dostawę wody oraz za odbiór ścieków i wody deszczowej ze szpitala. W zakresie gospodarki ściekowej nieprawidłowości nie stwierdzono.

Postępowanie z odpadami medycznymi i komunalnymi.

W placówce opracowano i wdrożono procedurę postępowania z odpadami medycznymi. Na poszczególnych oddziałach, w których świadczone są zabiegi medyczne, bądź mogą powstawać odpady medyczne zapewniono worki / pojemniki 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. Pojemniki i worki w miejscu wytwarzania odpadów, oznakowano etykietami. W dniu kontroli nie stwierdzono przypadków przepełnienia pojemników / worków, a ich stan nie budził zastrzeżeń. Odpady medyczne odbierane są do miejsca magazynowania przez personel firmy sprzątającej. Do transportu odpadów z miejsca wytworzenia do miejsca ich tymczasowego magazynowania wykorzystywane są zamykane wózki. Wspomniane wózki myte, dezynfekowane i przechowywane są w osobnym, wyznaczonym pomieszczeniu, utrzymanym w czystości. W pomieszczeniu mycia

zapewniono bieżącą ciepłą i zimną wodę oraz środki czystościowe i dezynfekcyjne, o pełnym spektrum działania. Stan sanitarno-techniczny wózków do transportu i pojemników na odpady bez uwag.

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 progów oraz odpowiednia szerokość drzwi umożliwia wjazd wózkiem do pomieszczenia. Urządzenie zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, zamykane na klucz. Prowadzony stały monitoring 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 kodami kontenery z tworzywa sztucznego przeznaczone do odpadów o różnych kodach. 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. Odpady przekazywane na bieżąco, odbiór dokumentowany w systemie BDO. Dokumentacja z przekazywania odpadów prowadzona w systemie elektronicznym. Odbiór odpadów odbywa się 3 x tygodniu (pn., śr., pt.). Do wglądu okazano Umowę Nr 30/2026 z dnia 26.05.2026 zawartą z Zakładem Utylizacji Odpadów Sp. z o.o., ul. Sulańska 11, 62-510 Konin dotyczącą odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych wraz z załącznikami – czas obowiązywania do 27.05.2028 r.

Na odpady komunalne - w miejscach wytwarzania - zapewniono zamykane pojemniki wyłożone workami jednorazowymi. Do tymczasowego gromadzenia odpadów zapewniono kontenery na zewnątrz budynku. Do przechowywania pojemników zbiorczych na odpady zapewniono żadazoną, 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. Do wglądu okazano zawiadomienie o zmianie wysokości opłat za gospodarowanie odpadami komunalnymi od 1 czerwca 2026 r. z dnia 08.05.2026r. wystawiony przez Związek Gmin Krajny w Złotowie, do którego została złożona deklaracja w sprawie gospodarki odpadami komunalnymi. W zakresie gospodarki odpadami medycznymi i komunalnymi nieprawidłowości nie stwierdzono.

Postępowanie z odpadami medycznymi w miejscu wytwarzania

Pojemniki twarłosćienne oraz czerwone worki na odpady medyczne posiadają etykiety zawierające miejsce na uzupełnienie wymaganych danych oraz checkbox z wyborem odpowiedniego kodu odpadów medycznych – 18 01 02 lub 18 01 03.

Wszystkie zweryfikowane pojemniki twarłosćienne w miejscu ich powstawania posiadały widoczne oznakowanie identyfikujące, które zawierało:

- 1) kod odpadów medycznych w nim przechowywanych;
- 2) nazwę wytwórcy odpadów medycznych;
- 3) numer REGON wytwórcy odpadów medycznych;
- 4) numer księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260), wraz z podaniem organu rejestrowego;
- 5) datę i godzinę otwarcia (rozpoczęcia użytkowania);
- 6) datę i godzinę zamknięcia.

Natomiast czerwony worek z odpadami medycznymi bez godziny otwarcia (rozpoczęcia użytkowania) oraz bez zaznaczonego kodu odpadów medycznych w nim przechowywanych wykryto na Oddziale Dziecięcym, odpady terminowo znajdowały się w okienku czasowym na przechowywanie ich w miejscu wytwarzania.

Na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, w Pracowni Endoskopowej, w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, na Oddziale Ginekologicznym – wykryto worki z odpadami medycznymi bez zaznaczonego kodu odpadów medycznych w nim przechowywanych.

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

Zgodnie z procedurą QP-4.1/KZ-01 „Postępowanie z narzędziami i sprzętem medycznym w Centralnej Sterylizatorni” w C.S. wyodrębniono trzy strefy – brudną, czystą i sterylną. Do strefy brudnej przekazywany jest skażony sprzęt medyczny z oddziałów szpitalnych. Sprzęt transportowany w specjalnych pojemnikach do tego przeznaczonych, przez pracownika transportu wewnętrznego. W strefie brudnej wykonuje się dezynfekcję wstępną w myjni ultradźwiękowej w środku myjąco-dezynfekującym (za wyjątkiem narzędzi motorowych i optyk) z zastosowaniem środka Aniosyme X3 0,5% czas 10 minut, następnie narzędzia zostają opłukane i przełożone do myjni dezynfektora (program dezynfekcji termicznej 90°C 5'). Prawidłowość każdego procesu potwierdzana jest testem skuteczności mycia, testem prawidłowej dezynfekcji, wydrukiem z myjni, a raz w tygodniu stosuje się test pozostałości białkowych.

W Centralnej Sterylizatorni tryb postępowania w trakcie monitorowania procesów sterylizacji parowej jest prowadzony na podstawie Procedury QP-4/KZ-01 „Monitorowanie procesów sterylizacji parowej”. Monitorowanie procesów sterylizacji przebiega z wykorzystaniem oceny wskaźników fizycznych, wskaźników chemicznych oraz wskaźników biologicznych. Prawidłowe działanie sterylizatora potwierdzone jest również poprzez wykonywanie codziennie grzania wstępnego, testu szczelności komory oraz testu Bowie-Dick (umieszczany w tubie PCD Control). Kontrola każdego wsadu sterylizacji przebiega z wykorzystaniem testu typu 6 lub 5. Kontrola biologiczna procesu sterylizacji wykonywana jest codziennie oraz dodatkowo po naprawach, przestojach w użytkowaniu oraz serwisowaniu gwarancyjnym; przy sterylizacji w 134°C, do sterylizacji w 121°C - brak wskaźnika biologicznego. Wskaźnik biologiczny odczytywany jest po 24 minutach, wynik w autocytniku, dodatkowo wyniki rejestrowane są elektronicznie. W rejestrach mycia znajduje się data, symbol myjni, nr cyklu, nr programu mycia, nazwa programu, wynik kontroli mycia, wydruk rejestratora, dane operatora, dane osoby wykonującej kontrolę, Thermal disinfection test, nazwa użytego śr. dezynfekcyjnego, temperatura, zastosowanie testu białkowego. W strefie czystej przeprowadza się ocenę wizualną sprzętu przeznaczonego do sterylizacji pod kątem czystości oraz sprawności, a także konserwuje narzędzia specjalnym preparatem, następnie po spakowaniu zestawów, dołączeniu testów chemicznych przeprowadzana jest sterylizacja właściwa. W strefie czystej wykonuje się test grzania, test szczelności, test Bowie-Dicka, test biologiczny. W strefie sterylnej następuje rozładowywanie sterylizatora, weryfikacja wydruków oraz odczyt testów, opisanie pakietów, ocena wizualna pakietów. Po przejściu pozytywnej weryfikacji następuje zwolnienie wsadu.

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.

Higiena rąk personelu medycznego

Wyposażenie skontrolowanych stanowisk do higieny rąk w pokojach łóżkowych oraz pomieszczeniach, w których wykonuje się badania i zabiegi było prawidłowe. Wszystkie dozowniki na mydło oraz środek dezynfekcyjny uzupełniane są wkładami jednorazowymi. **W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wykryto dwa uszkodzone dozowniki, oklejone przylepcem włókninowym.**

W trakcie czynności kontrolnych nie stwierdzono przypadków niestosowania się personelu medycznego do zasady „nic poniżej łokcia”. Personel posiadał ręce wolne od wszelkich ozdób, paznokcie naturalne i krótkie. Bluzy z rękawem powyżej łokcia. **Na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wykryto przypadki noszenia przez personel medyczny identyfikatorów na długiej taśmie.**

Ocena funkcjonowania systemu kontroli zakażeń szpitalnych.

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

Zarządzenie Nr 178/2025 W sprawie ustalenia składu zespołu roboczych powołanych celem przeprowadzenia analiz wymaganych przez zestawy standardów akredytacyjnych. Z dnia 6.11.2025r.

Skład oraz kwalifikacje członków ZKZSz są zgodne z obowiązującymi w dniu kontroli przepisami prawa. Przewodniczący [REDAKTOWANE] – lekarz, dwie pielęgniarki epidemiologiczne – [REDAKTOWANE] które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. [REDAKTOWANE] - 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 organizuje lub prowadzi szkolenia – planowane, zgodnie z rocznym planem o tematyce dostosowanej do potrzeb poszczególnych grup zawodowych prowadzone nie rzadziej niż raz w roku w każdy oddziale. Szkolenia doraźne – w odpowiedzi na bieżące potrzeby lub sytuacji epidemiologicznej. W 2025 roku przeszkolono 471 osób przeprowadzono szkolenia tj. występnę, okresowe oraz dotyczące nowych przepisów prawa.

Posiedzenia Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych odbywają się dwa razy w roku ostatnie udokumentowane spotkanie odbyło się 8.04.2026 r.

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

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

Procedury obowiązujące w placówce są sprawdzane i aktualizowane. Dokumentacja, w wersji elektronicznej, dostępna jest we wszystkich jednostkach organizacyjnych szpitala. Personel szpitalny zobowiązany jest do zapoznania się z wewnętrzną dokumentacją i potwierdzenia tego faktu poprzez złożenie podpisu. Kontrola dokumentacji w tym zakresie, w wybranych jednostkach organizacyjnych szpitala wykazała, iż wszyscy pracownicy dopełnili tej powinności.

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 Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie. Opracowano również dokument „Program kontroli zakażeń i przeciwdziałania zakażeniom w Szpitalu Powiatowym w Złotowie” 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 roku 2026 kontrole wewnętrzne przeprowadzane są zgodnie z opracowanym planem.

Zgłaszanie podejrzeń lub rozpoznawań zakażeń lub chorób zakaźnych

W analizowanym okresie stwierdzono opóźnienie w przekazaniu zgłoszenia na druk ZLK-1 w komórce organizacyjnej – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy (ZOL), data uzyskania wyniku badania: 27.03.2026r. W trakcie kontroli dokonano analizy zaistniałej sytuacji, personel podjął działania mające na celu wyjaśnienie i zakończenie przedmiotowego przypadku. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej na druk ZLK-1 powinno zostać dokonane w ustawowym terminie od momentu powzięcia informacji o podejrzeniu lub rozpoznaniu choroby. Zaistniałe opóźnienie powinno zostać potraktowane jako sytuacja wymagająca wdrożenia działań zapobiegawczych w celu ograniczenia ryzyka wystąpienia podobnych przypadków w przyszłości.

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. Do wglądu okazano Umowę nr 110/2024 z dnia 3.10.2024 r. zawartą pomiędzy Szpitalem Powiatowym im. A. Sokołowskiego w Złotowie, a Hollywood Textile Service Sp. z o. o. z siedzibą w Sierpcu oraz aneks do umowy z dnia 31.01.2025 r. – dotyczy kompleksowej usługi pralniczej (pranie, dezynfekcja, czyszczenie chemiczne, prasowanie, maglowanie i naprawy. Przedstawiono również Faktura 040/05/2026/FVS/ST z dnia 05 maja 2026 r.

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 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 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 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 – nie budzi zastrzeżeń.

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, 3 komory chłodnicze (3 stanowiska – łącznie na 9 ciał) do przechowywania ciał osób zmarłych w szpitalu, klimatyzowane pomieszczenie chłodnicze na 6 stanowisk do przechowywania ciał osób zmarłych poza szpitalem, sala pożegnań i sanitariat dla osób spoza obsługi prosektorium. Pomieszczenie chłodni oraz komory chłodnicze z monitoringiem temperatury. Przy pomieszczeniu i komorach zapewniono zlew z bieżącą ciepłą i zimną wodą oraz wszelkie środki do utrzymania higieny rąk: mydło w płynie, płyn do dezynfekcji, ręczniki jednorazowe oraz pojemnik na zużyte ręczniki. W sali sekcyjnej znajdują się: stół sekcyjny ze stali nierdzewnej ze spustem wody, szafy na sprzęt wykorzystywany przy sekcjach oraz zlew do mycia rąk. Zapewniono bieżącą ciepłą i zimną wodę oraz środki higieniczne i dezynfekcyjne. W budynku prosektorium wydzielono również pomieszczenie – służbę, w którym zapewniono szafy na środki ochrony (fartuchy, maseczki, rękawice ochronne, zapas płynów dezynfekcyjnych, worków na odpady). W pomieszczeniach chłodni, komorach chłodniczych oraz sali sekcyjnej stosuje się również dezynfekcję promieniami UV. Do wglądu okazano zeszyty emisji lampy. Na odpady medyczne zapewniono wystarczającą ilość pojemników i worków, oznakowane prawidłowo.

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 prosektorium, następnie przewożone wózkami z

zamykana pokrywa ze stali nierdzewnej i umieszczane w komorze chłodniczej. 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 komory chłodni przez ekipę transportową szpitala.

Do wglądu okazano procedurę: zasady odwiedzin w przypadku ostatniego pożegnania pacjenta oraz postępowanie w razie śmierci pacjenta.

W dniu kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie postępowaniu ze zwłokami.

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.

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.

Ponadto w trakcie czynności kontrolnych stwierdzono, iż na terenie obiektu przeprowadzono modernizacje i inwestycje:

- na oddziale wewnętrznym wymienione zostały wszystkie łóżka (40 szt. po 20 na części damskiej i męskiej) z monitoringiem pacjenta oraz większość stolików; wydzielona została jedna sala jedno osobowa, która w przypadku konieczności może być wykorzystywana jako izolatka z pełnym zabezpieczeniem przed szerzeniem się zakażeń i chorób zakaźnych; dla pacjentów wydzielone zostały urządzenia chłodnicze oraz zapewnione woreczki z etykietami do znakowania żywności poszczególnych pacjentów;
- na oddziale chirurgicznym w 2025 r. wymienione zostały wszystkie łóżka dla pacjentów
- wdrażana jest e-usługa elektronicznej rejestracji pacjenta;
- wymiana kanalizacji i nawierzchni oraz wymiana części ogrodzenia przy prosektorium;
- wymiana kanalizacji i nawierzchni przy budynkach oddziałów psychiatrycznego i wewnętrznego;
- przeprowadzony został kapitałowy remont oddziału ZOL, który jest w na etapie wyposażania w sprzęt i

- urządzenia. Obecnie pacjenci umieszczeni zostali w pomieszczeniach oddziału psychiatrycznego, części „Detoks” – planowany powrót czerwiec – lipiec br.;
- pomieszczenia laboratorium zostały wyremontowane w 2025 r. i wyposażone w nowy sprzęt laboratoryjny. Obecnie trwa wyposażenie pomieszczeń laboratorium w nowe meble.

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

W zakresie Oddziału Nadzoru Epidemiologii:

1. Niepełne oznakowanie identyfikujące worki z odpadami medycznymi w miejscu ich powstawania – wykryto przypadki bez zaznaczonego kodu odpadów medycznych w nim przechowywanych oraz bez godziny otwarcia (rozpoczęcia użytkowania).

Stwierdzone nieprawidłowości naruszają zapisy:

- § 6 ust. 1 pkt 1, pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. „W sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi” (Dz. U z 2017 r. poz. 1975)

Nakazuje: - Worki na odpady medyczne muszą posiadać pełne oznakowanie identyfikujące w miejscu ich powstawania.

2. Wykryto przypadek nie zgłoszenia ZLK-1 w terminie określonym przez ustawodawcę.

Stwierdzone nieprawidłowości naruszają zapisy:

Art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675).

Nakazuje: - Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, określone na podstawie ust. 9 pkt 1 (w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. wskazano wykaz tych chorób), jest obowiązany do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu określonego na podstawie ust. 9 pkt 2. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

W zakresie Oddziału Nadzoru Sekcji Higieny Komunalnej:

Należy doprowadzić do odpowiedniego stanu sanitarno-porządkowego i technicznego:

- ścianę i sufit w sanitariacie dla pacjentów na Oddziale Chirurgicznym cz. B (zaciek i łuszcząca się farba na łączeniu ściana - sufit),
- ścianę przy wejściu do toalety w szatni pacjentów na Oddziale Rehabilitacyjnym (odrapana farba i tynk),
- ścianę przy oknie w magazynie środków czystościowych i dezynfekcyjnych w budynku dla obsługi porządkowej i technicznej Szpitala (stwierdzono łuszczącą się farbę). Powyższe prace należy wykonać bezzwłocznie, a o ich zakończeniu poinformować pisemnie PPIS w Złotowie.

W zakresie Oddziału Nadzoru Epidemiologii

1. Należy wymienić uszkodzone dozowniki przy stanowisku higieny rąk w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – wykonać niezwłocznie.

Zgodnie ze Stanowiskiem Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie standardu higieny rąk personelu wykonującego czynności w obszarze opieki nad pacjentami z 5 maja 2026 r., w celu zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną przenoszonym drogą kontaktową należy wyeliminować u personelu medycznego zawieszki na szyję, krawaty, identyfikatory na długiej taśmie, naszyjniki, długie kolczyki, słuchawki lekarskie noszone na szyi.

O wykonaniu zaleceń należy poinformować pisemnie organ Państwowej Powiatowej Inspekcji Sanitarnej w Złotowie w terminie 7 dni od dnia podpisania protokołu kontroli.

W zakresie pionu Oddziału Nadzoru Higieny Komunalnej zwrócono uwagę na następujące aspekty:

1. Stan higieniczno - sanitarny i techniczny pomieszczeń i urządzeń obiektu (zasady utrzymania czystości i porządku pomieszczeń i urządzeń, instrukcje i procedury wewnętrzne).
2. Zasady właściwego utrzymania i eksploatacji wentylacji, klimatyzacji (okresowe przeglądy, czyszczenie, potencjalne zagrożenia dla zdrowia).
3. Postępowanie z odpadami medycznymi.(właściwa klasyfikacja odpadów medycznych, warunki wstępnego magazynowania odpadów, opracowanie, wdrożenie i stosowanie procedur postępowania z odpadami medycznymi, transport wewnętrzny, pomieszczenie / urządzenie do przechowywania odpadów medycznych, umowa na odbiór odpadów medycznych).
4. Postępowanie z bielizną czystą i brudną (pomieszczenie/miejsce do składowania bielizny czystej i brudnej, transport wewnętrzny, opracowana, wdrożona i stosowana procedura postępowania z bielizną czystą i brudną, opracowana, wdrożona i stosowana procedura dot. transportu bielizny czystej i brudnej, postępowanie z bielizną czystą i brudną na oddziale zakaźnym).
5. Rezerwowe źródło zaopatrzenia szpitala w wodę.
6. Badania bakteriologiczne ciepłej wody w kierunku Legionella sp. (częstotliwość pobierania próbek, procedury postępowania przy wykryciu skażenia, działania zapobiegawcze i profilaktyczne).
7. Właściwa eksploatacja wewnętrznej sieci wodociągowej mająca na celu zmniejszenie ryzyka występowania bakterii z rodzaju Legionella (przeglądy, czyszczenie i dezynfekcja, unikanie stagnacji wody, okresowe przegrzewanie, utrzymanie właściwej temperatury, instrukcje/procedury mającej na celu zapobieganie rozwojowi bakterii Legionella w instalacjach wodnych).
8. Palenie wyrobów tytoniowych, oznakowanie o zakazie palenia wyrobów tytoniowych.
9. Zabiegi DDD.

IV.UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

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

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

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

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

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

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości słownie

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna)

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

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

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



DYREKTOR
Szpitala Powiatowego
im. Alfreda Sokółkińskiego w Złotowie
mgr Aneta Kaufka

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Pauline Luras
Marek Dąbrowski, Delfina Kominek, Julia Kucharska, Beata Dąbrowska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... 06.07.20262026r.

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego
im. Alfreda Sokółkińskiego w Złotowie
mgr Aneta Kaufka

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

*ocena szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych F/EP/10

*charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu- /F/HP/01,

*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