



PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr N-EP-14/10

Szczecin 6-9 i 13.09.10r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: Ewa Antosiewicz – młodszy asystent Nr up. PS-98/07,
Ewa Kowalewska – starszy asystent Nr up. PS-22/09,
Lidia Betlej - młodszy asystent nr upoważnienia PS-7/07
Krystyna Węglicka - starszy instruktor higieny nr upoważnienia PS-5/07
Urszula Koziarska - - starszy instruktor higieny nr upoważnienia PS-11/07
Henryka Szelepajło - młodszy asystent nr upoważnienia PS-13/08
Urszula Kowalczyk - starszy asystent nr upoważnienia PS-44/07
Jadwiga Ojrzanowska - - starszy asystent nr upoważnienia PS-45/07
Małgorzata Wais - młodszy asystent nr upoważnienia PS-106/07
Hanna Pawlak – starszy asystent nr upoważnienia PS-101/07
Agnieszka Kruszyńska- mł. asystent, upoważnienie nr PS-16/09.

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie

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 2006 r. Nr 122, poz. 851 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
Al. Powstańców Wielkopolskich 72 telefon: 091-466-1000

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie 70-204 ul Rybacka 1

(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP 955-19-08-958

REGON 000288900

PESEL nie dotyczy

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Ryszard Chmurowicz - Dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

- lekarz epidemiolog
- pielęgniarka epidemiologiczna
- pielęgniarka epidemiologiczna
- kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego.
- starszy inspektor ds. aparatury medycznej

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):
nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 06.09.2010r. Godz. 9⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Bieżący stan sanitarno – higieniczny oddziałów szpitalnych, przestrzeganie procedur p/epidemicznych, stan sanitarno – technicznego szpitala i zaplecza. Sposób postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, sposób przechowywania zwłok, postępowania z bielizną czystą i brudną. Dane dotyczące zatrudnienia, orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku, pomieszczenia pracy i pomieszczenia higieniczno-sanitarne, ocena ryzyka zawodowego, czynniki szkodliwe dla zdrowia występujące na stanowiskach pracy, substancje i preparaty chemiczne.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.): KRS -0000018427

▪ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PAM w Szczecinie, al. Powstańców Wielkopolskich 72 posiada pozytywnie zaopiniowany przez PWIS w Szczecinie (Postanowienie nr: WS-N.NZ-4028-1172/07 z 22.06.2010 r.) program dostosowania do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24.11.2006 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568; z późn. zm.),
▪ na stan sanitarno-techniczny pomieszczeń szpitala obowiązują decyzje administracyjne nr: PS-HK-600-410/64/2483/06 z 27.11.2006 r.; PS-HK-600-410/82/08 z 23.10.2008 r.; PS-HK-410/11/09 z 23.11.2009 r.

▪postępowanie z odpadami niebezpiecznymi wytwarzanymi w trakcie prowadzonej działalności nie jest zgodne z decyzją Prezydenta Miasta Szczecina nr WGKiOS.IV.LR-7660/Z/143/2005 (UNP 73269/WGKiOŚ/-XXVI/05) z 30 grudnia 2005 r. a mianowicie:

-szpital wytwarza większą ilość odpadów medycznych o kodach 18 01 02, 18 01 03 i 18 01 08 niż przewidziano do wytwarzania w decyzji Prezydenta Miasta Szczecina zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi nr WGKiOS.IV.LR-7660/Z/143/2005 z 30 grudnia 2005 r. tj.

-ilość odpadów medycznych o kodzie 18 01 02 przewidzianych do wytwarzania w ciągu roku w w/w decyzji: **0.5 Mg/rok,**

-ilość odpadów medycznych o kodzie 18 01 02 wytworzonych w 2009 r.: **0,692 Mg,**

-ilość odpadów medycznych o kodzie 18 01 03 przewidzianych do wytwarzania w ciągu roku w w/w decyzji: **120 Mg/rok,**

-ilość odpadów medycznych o kodzie 18 01 03 wytworzonych w 2009 r.: **184,824 Mg,**

-ilość odpadów medycznych o kodzie 18 01 08 przewidzianych do wytwarzania w ciągu roku w w/w decyzji: **0.01 Mg/rok,**

-ilość odpadów medycznych o kodzie 18 01 08 wytworzonych w 2009 r.: **2,244 Mg,**

▪ Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli opisano szczegółowo w pkt. IV.

▪ **Terminy usunięcia uchybień sanitarno – technicznych opisanych w pkt. 1÷17 oraz dostosowania szpitala do wymagań Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi z 30.07.2010 r. (Dz.U. Nr 139, poz. 940), tj. pkt 18 – i pkt. 19-22** dyrekcja Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie, al. Powstańców Wielkopolskich 72 określi pisemnie w ciągu 7 dni od daty otrzymania protokołu kontroli nr N-EP-14/10.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

Nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

Nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

Nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- Decyzja Prezydenta Miasta Szczecina WGKiOS.IV.LR-7660/Z/143/2005 (UNP 73269/WGKiOŚ/-XXVI/05) z 30 grudnia 2005 r.,
- Zbiorcze zestawienie danych o rodzajach i ilości wytworzonych odpadów za 2009 r. dla Zachodniopomorskiego Urzędu Marszałkowskiego,
- Umowa nr ZP/221/88/08 zawarta dnia 16.05.2008 r. z Pralnią Centralną Sp. z o.o. w Szczecinie, ul. Wernyhory 15,
- Umowa nr ZP/221/25/10 z 16.03.2010 r. z Przedsiębiorstwem Produkcyjno- Usługowo- Handlowym „HYGEA” Czesław Golik, 64-720 Lubasz, ul. Szkolna 21 na odbiór odpadów niebezpiecznych medycznych,
- Umowa nr ZP/221/93/09 z 30.06.2009 r. z Remondis Szczecin Sp. z o.o. w Szczecinie, ul. Żołnierska 5, zawarta na okres 18 miesięcy,
- Umowa nr OP/2800/76/08 z 31.12.2008 r. z Remondis Szczecin Sp. z o.o. w Szczecinie, ul. Żołnierska 5, zawarta na czas określony do 01.01.2011 r.,
- Umowa nr ZP/221/241/08 z 18.12.2008 r. z Firmą Handlowo- Usługową „Thomas”, ul. Lubiszyńska 34; 72-006 Mierzyn zawarta na okres 36 miesięcy od dnia 01.02.2009 r.,
- Umowa nr OP/2800/7/05 z 19.11.2005 r. z Spółdzielnią Pracy ARGO-FILM w Warszawie , ul. Praca 9/1 zawarta na czas nieokreślony,
- Umowa nr ZP/221/85/09 z 30.06.2009 r. z Adamem Nowikiem- Zakładem Sprzątania Wnętrz w Szczecinie, ul. 5 Lipca 4/12 zawarta do 31.01.2012 r.,
- Procedura postępowania z bielizną czystą- transport bielizny czystej, przechowywanie w oddziale czystej bielizny z 21.11.2008 r.,
- Procedura postępowania z brudną bielizną z 21.11.2008 r.,
- Ogólny plan higieny- wg stref czystości,
- Schemat utrzymania czystości w oddziałach,
- Instrukcja dezynfekcji powierzchni i sprzętów zanieczyszczonych substancjami organicznymi z 21.11.2008 r.,
- Instrukcja postępowania ze sprzętem po zakończeniu sprzątania z 21.11.2008 r.,
- Instrukcja mycia i dezynfekcji wind z 05.12.2008 r.,
- Instrukcja postępowania z łóżkiem z 20.11.2008 r.,
- Procedura gruntownego sprzątania sal operacyjnych z 18.11.2008 r.,
- Procedura postępowania w przypadku rozsypania lub rozlania zawartości worka z odpadami medycznymi zakaźnymi z 21.11.2008 r.,
- Procedura postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu,
- Procedura postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi z 21.12.2007 r.,
- Instrukcja postępowania z odpadami medycznymi zakaźnymi przekazywanymi do utylizacji,
- Instrukcja segregacji odpadów medycznych w miejscu ich powstawania,
- Zeszyt dezynfekcji wózków transportowych,
- Protokoły wykonania prac konserwacyjnych odnośnie czyszczenia wentylacji w szpitalu (ostatni z lipca 2010 r.),
- Dokumentacja zdrowotna pracowników zaplecza gospodarczego szpitala (tj. pracowników firm sprzątających, magazynów bielizny, magazynu depozytowego pacjentów),
- rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3 lub 4 zagrożenia i rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 zagrożenia
- ocena ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy
- orzeczenia lekarskie pracowników stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy na zajmowanym stanowisku

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

Z zakresu Epidemiologii uchybień nie stwierdzono

Z zakresu Higieny Komunalnej:

Uchybienia sanitarno – techniczne:

Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych

1 Sala chorych nr 213: zniszczona podłoga.

Klinika Położnictwa i Ginekologii – Blok Porodowo-Operacyjny

2 Sala operacyjna nr 331: ubytki i odpryski tynku na suficie w sali cięć.

3 Sala operacyjna nr 331: zacieki na ścianach i suficie w myjni.

Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza

4 Ciąg komunikacyjny: odpryski tynku i farby na ścianach, źle umocowane (poluzowane) gniazdko elektryczne.

Poradnia Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej

5 Gabinet lekarski nr 2: trwałe zabrudzenia ścian.

6 Rejestracja: plamy po zacieku na suficie.

Klinika Okulistyki; Izba Przyjęć

7 Gabinet lekarski nr 15: dziura w suficie i plamy po zalaniu. → sufit podniesiony E. A. A.

Izba Przyjęć Chirurgiczna

8 Gabinet EKG nr 4: pęknięcia i ubytki w kafelkach na parapecie.

9 Gipsownia nr 5: pęknięcia i ubytki w kafelkach na parapecie.

10 WC nr 1 dla personelu: dziury w górze ściany.

Kliniki Chirurgii Naczyniowej Ogólnej i Angiologii

11 Sala chorych nr 7: trwałe zabrudzenia ścian, zniszczona, popękana stolarka okienna.

12 Brudownik: trwałe zabrudzenia i otarcia tynku na ścianach, ubytki kafli ściennych oraz ubytki w kaflach podłogowych.

Magazyn bielizny czystej (ogólnoszpitalny)

13 Pomieszczenie wydawania bielizny czystej: zniszczona (powycierana, z ubytkami) wykładzina podłogowa, poodklejane listwy przypodłogowe oraz liczne odpryski farby na drzwiach.

14 Pomieszczenie magazynowania bielizny czystej: liczne odpryski farby na ścianach oraz ubytki w kaflach podłogowych.

Magazyn bielizny brudnej (ogólnoszpitalny)

15. Odpryski farby na drzwiach wejściowych.

Magazyn odpadów medycznych (ogólnoszpitalny)

16 Pomieszczenie mycia i dezynfekcji pojemników: skorodowane, z ubytkami drzwi wejściowe oraz skorodowany stelaż umywalki.

Zaplecze socjalne pracownika magazynu: w ustępie

17. Trwałe zabrudzenia ścian i sufitu, odpryski farby na parapecie i ubytki kafli ściennych oraz w natrysku - trwałe zabrudzenia ścian i sufitu, z odpryskami farby.

Inne nieprawidłowości sanitarne:

18 Postępowanie z odpadami medycznymi nie w pełnym zakresie spełnia wymagania Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi z 30.07.2010 r. (Dz.U. Nr 139, poz. 940).

Z zakresu Higieny Pracy:

19. Niekompletna ocena ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy
20. Brak w dokonanej ocenie narażenia na czynniki biologiczne występujące na stanowiskach pracy uwzględnienia: klasyfikacji i wykazu szkodliwych czynników biologicznych, rodzaju, stopnia oraz czasu trwania narażenia na działanie szkodliwego czynnika biologicznego, informacji na temat potencjalnego działania alergizującego lub toksycznego szkodliwego czynnika biologicznego, choroby, która może wystąpić w następstwie wykonywanej pracy, stwierdzonej choroby, która ma bezpośredni związek z wykonywaną pracą
21. Niekompletna dokumentacja rejestru prac narażających pracowników na działanie szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3 lub 4 zagrożenia i rejestru pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 zagrożenia
22. Uszkodzona powłoka malarska, rdzawo - brunatne zacieki i pleśń na ścianach, odpadające elementy tynku oraz odkryte przewody elektryczne w pokoju pracownika bhp i dietetyka.

Przepisy prawne, które naruszono:

1. Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 05.12.2008r. (Dz. U. Nr 234, poz. 1570), art. 22.1;
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu postępowania z odpadami medycznymi z 30.07.2010 r. (Dz. U. Nr 139, poz. 940);
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568, z późn. zmianami), §§ 37 ust. 1 i 2; 38 .
4. art. 207 § 1, 226 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 1988 r. Nr 21, poz. 94 ost. zm. Dz. U. z 2010 r. nr 135 poz. 912)
5. §§ 14, 39 ust. 1 i 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bhp (Dz. U. 2003r. nr 169 poz. 1650 ost. zm. Dz. U. 2008r. nr 108 poz. 690)
6. §§ 5, 7 pkt.2 i 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. nr 81 poz. 716 ost. zm. Dz. U 2008 nr 48 poz. 288)

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

Nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. **nie nałożono/ nałożono**** mandat karny na

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art.

.....
(nr mandatu karnego)

.....
(podstawa prawna)

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

E

Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej i **książce kontroli****

Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej **

Data i godz. zakończenia kontroli: 28.09.2010r. Godz. 14. Liniowy Nr 2. Łączny czas kontroli: 20h.

PAM w Szczecinie, Al. Powstańców Wielkopolskich 72
DZIAŁ ADMINISTRACYJNO-GOSPODARZY
KIEROWNIK Starysi ms

EPIDEMIOLOG
SPSK Nr 2 w Szczecinie

PAM w Szczecinie, Al. Powstańców Wielkopolskich 72
SPECJALISTA

Ok. Bekly.
[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

M. Kowalski

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 28.09.2010

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PAM w Szczecinie
Al. Powstańców Wielkopolskich 72
70-111 Szczecin
tel. 091/466-10-10, fax 091/466 10 15
NIP 955-18 08-958, Regon 142226980

D Y R E K T O R
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PAM w Szczecinie
lek. med. Ryszard Chmurowicz

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli. Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”
** - właściwie zakreślić