

w Szczecinie
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego
71-342 Szczecin, ul. Wincentego Pola 6

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr N-EP-21/14

Szczecin, dnia 24.11.2014r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: Ewa Dombrowska – starszy asystent nr up. PS-15/14

Lidia Betlej - starszy asystent nr up. PS-84/14;

Ewa Kowalewska - starszy asystent nr up. PS-30/14;

Urszula Koziarska - starszy instruktor higieny nr up. PS-31/14;

Bogna Radziszewska - starszy asystent nr up. PS-52/14;

Krystyna Węglińska starszy instruktor higieny nr up. PS-66/14

Henryka Szelepajło - starszy asystent nr up. PS-60/14;

Natalia Szlempo- kierownik Oddziału Epidemiologii nr up. PS-61/14

Mirosława Kwiatkowska - starszy asystent nr up. PS-38/14;

Justyna Zięcik – starszy asystent nr up. PS-72/14;

Magdalena Szelażewicz - młodszy asystent nr up. PS-59/14;

Grzegorz Bućko - starszy asystent nr up. PS-10/14;

(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 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z 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 2013r. , poz. 267 ze 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

71-111 Szczecin Al. Powstańców Wielkopolskich 72, telefon: 91-466-1000

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

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie,

(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

70-204 Szczecin ul Rybacka 1

(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)

Barbara Turkiewicz - Dyrektor

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

- J - pielęgniarka epidemiologiczna

- a - pielęgniarka epidemiologiczna

- - - - - - kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego

- / - specjalista ds. BHP

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:

17.11.2014r. godz. 8³⁰

18.11.2014 r. godz. 8³⁰

19.11.2014 r. godz. 8³⁰

20.11.2014 r. godz. 6³⁰

24.11.2014r. godz. 8³⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

Z zakresu epidemiologii: Bieżący stan sanitarno-higieniczny oddziałów szpitalnych, przestrzeganie reżimu p/epidemicznego, przestrzeganie procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym, zaświadczenia lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-

epidemiologicznych, przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwem używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Z zakresu higieny komunalnej: stan sanitarno-techniczny i sanitarno-porządkowy, postępowanie z bielizną czystą i brudną, postępowanie z odpadami komunalnymi i medycznymi, sprzątanie i dezynfekcja pomieszczeń i urzędzeń, dokumentacja zdrowotna pracowników zaplecza szpitala, postępowanie ze zwłokami.

Z zakresu higieny pracy: orzeczenia lekarskie pracowników o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku, przydział odzieży i obuwia roboczego oraz środków ochrony indywidualnej, ocena ryzyka zawodowego, pomieszczenia pracy i higieniczno-sanitarne, czynniki szkodliwe dla zdrowia występujące na stanowiskach pracy.

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

W związku z nieprawidłowym stanem sanitarno-technicznym pomieszczeń szpitala obowiązują następujące decyzje administracyjne wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie:

- PS-HK-600-410-/82/08 z dnia 23.10.2008r.;
- PS-EP-600-2-57/11 z dnia 19.10.2011r.;
- PS-EP-600-2-177/12 z dnia 05.12.2012r.;
- PS-EP.600-2.230/13 z dnia 20.12.2013r.

Wypełniono następujące formularze, które są do wglądu w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie przy ul. W. Pola 6 w dniach od poniedziałku do piątku w godz. 7²⁵ - 15⁰⁰:

- ZF/PK/HK/01/01/01 „Ocena stanu sanitarnego zaplecza szpitala” -1 szt.;
- F/HP/03 „Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki”;
- F/HP/04 „Ocena realizacji wymogów w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy”;
- F/HP/06 „Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania leków cytostatycznych”;
- F/EP/03 „Ocena stacji dializ”-1 szt.;
- F/EP/04 „Ocena bloku operacyjnego” - 5 szt.;
- F/EP/05 „Ocena pomieszczeń pracowni endoskopowych”-1 szt.;
- F/EP/06 „Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą przyjęć” - 7 szt.;
- F/EP/07 „Ocena podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie procesów sterylizacji”-1 szt.;
- F/EP/13 „Ocena pomieszczeń medycznego laboratorium diagnostycznego”-1 szt.;
- F/EP/14 „Ocena oddziału szpitalnego”- 17 szt.;
- F/EP/15 „Ocena zakładu rehabilitacji leczniczej”-1 szt..

Oddziały Epidemiologii, Higieny Komunalnej i Higieny Pracy skontrolowały następujące oddziały i poradnie szpitala:

w dniu 17.11.2014r. w godz. 8³⁰-15⁰⁰

1. Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej;
2. Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej;
3. Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii;
4. Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej;
5. Klinika Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostrego Zatrucia;
6. Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej;
7. Centralna Sterylizacja;
8. Pracownia Diagnostyczna Kliniki Urologii;
9. Izba Przyjęć Chirurgiczna;

10. Kadry;

w dniu 18.11.2014r. w godz. 8³⁰-15⁰⁰

1. Izba Przyjęć Kliniki Okulistyki;
2. Oddział Okulistyki Dziecięcej;
3. Poradnia Okulistyczna;
4. Poradnia Okulistyczna Nowotworowa;
5. Poradnia Okulistyczna Wcześnieaków;
6. Poradnia Strabologiczna;
7. I Klinika Okulistyki;
8. II Klinika Okulistyki;
9. Blok Operacyjny Kliniki Okulistyki;
10. Izba Przyjęć Kliniki Kardiologii i Kardiologii;
11. Poradnia Kardiologiczna Stymulatorów;
12. Klinika Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym;
13. Pracownie Hemodynamiki, Stymulatorów;
14. Klinika Kardiologii + OITK;
15. Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej;
16. Zaplecze szpitala;
17. Zakład Radiologii;
18. BHP;
19. Centralna Sterylizacja;
20. Izba Przyjęć Położniczo-Ginekologiczna;
21. Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych;
22. Klinika Nefrologii i Transplantologii.

Oddziały od pozycji 17 były w dniu 18.11.2014r. kontrolowane tylko przez pracowników Oddziału Higieny Pracy.

w dniu 19.11.2014r. w godz. 8³⁰-15⁰⁰

1. Izba Przyjęć Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych;
2. Oddział Dializ;
3. Centralna Pracownia Endoskopii;
4. Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych;
5. Klinika Patologii Noworodka Oddział Neonatologii;
6. Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt;
7. Klinika Położnictwa i Ginekologii;
8. Izba Przyjęć Położniczo-Ginekologiczna;
9. Oddział Ginekologiczno-Położniczy;
10. Oddział Patologii Ciąży;
11. Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii;
12. Zaplecze Szpitala;

w dniu 20.11.2014r. w godz. 6³⁰-15⁰⁰ ze względu na pracę na Blokach Operacyjnych, kontrole rozpoczęto wcześniej

1. Blok Operacyjny Kliniki Kardiologii;
2. Blok Porodowy Kliniki Ginekologii i Położnictwa;
3. Zintegrowany Blok Operacyjny;
4. Blok Operacyjny Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt
5. Laboratorium Centralne;
6. Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi;
7. Poradnia Endokrynologiczna;
8. Poradnia Kardiologiczna Bay-pasów;
9. Poradnia Kardiologiczna dla pacjentów po PTCA i Implantacji Stenów;
10. Poradnia Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej;
11. Poradnia Chirurgii Ginekologii Operacyjnej i Onkologii;
12. Poradnia Patologii Ciąży;

13. Apteka Szpitalna;
14. Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej;
15. Klinika Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostrego Zatrucia;
w dniu 24.11.2014r. w godz. 8³⁰-15⁰⁰

1. Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Pododdział Chemioterapii;
2. Punkt Podawania Cytostatyków;
3. Poradnia chorób Naczyniowych;
4. Przychodnia Przykliniczna;

Sprawdzenie zaświadczeń lekarskich z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników.

Ustalenia kontrolne z zakresu epidemiologii

W zakładzie przestrzega się zakazu palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych – znaki graficzne i słowne umieszczone w widocznym miejscu.

W Poradniach i Przychodni Przyklinicznej w dniu 18.11.2014r. przeprowadzono kontrolę wewnętrzną, temat: „Przestrzeganie i stosowanie procedur higienicznych”.

W szpitalu stosowane są następujące preparaty dezynfekcyjne, które wprowadzone zostały Zarządzeniem Dyrektora z dnia 15.07.2014r.:

1. Preparaty do dezynfekcji i mycia manualnego narzędzi i wyposażenia anestetycznego:
Sekusept Pulver + Aktywator;
2. Preparaty do dezynfekcji i mycia sprzętu endoskopowego i narzędzi:
Gigazyme X-tra, Aniosyme DLT, Cidex OPA, EndoDis, EndoDet, EndoAct, Steranios, Instru Star, Steril-S;
3. Preparaty do maszynowego mycia i dezynfekcji narzędzi:
Neodisher Septo DN, Neodisher FA, Neodisher Mediklar, Neodisher Z;
4. Preparaty do dezynfekcji powietrza i powierzchni:
Nocolyse 6 mint, Nocolyse 12;
5. Preparaty do dezynfekcji skóry:
Softasept N barwiony, Softasept N bezbarwny, Skinsept Pur, Skinsept Color;
6. Preparaty do dezynfekcji błon śluzowych i ran:
Braunol, Octenisept, Octenilin, Octenisan Nasal Gel;
7. Preparaty do szybkiej dezynfekcji powierzchni sprzętów medycznych:
Bactacid, Incidin Liquid Spray;
8. Preparaty do dezynfekcji i mycia powierzchni:
Incidin Plus, Perform, Virkon, Laudamonium, Qautrodes Strong;
9. Środki bez zawartości alkoholu do dezynfekcji powierzchni sprzętów i wyposażenia wrażliwych na działanie alkoholu:
Mikrozid Sensitive Wipes, Meliseptol fosc, Incidin foam,
10. Preparaty do dezynfekcji powierzchni zanieczyszczonych materiałem organicznym i urządzeń sanitarnych:
Medicarine, Savo Prim;
11. Preparaty do mycia, dezynfekcji i pielęgnacji skóry rąk:
Softa Man, Skinman soft, Purell żel, Lifosan soft, Manisoft, Silonda Lipid;
12. Preparaty do dekontaminacji:
Seraman Sensitive Foam, Octanisan, Skinman skrub, Hydrex S.

Ustalenia kontrolne z zakresu higieny komunalnej

Oceniono szczegółowo gospodarkę odpadami medycznymi niebezpiecznymi. Sprawdzone poprawność sposobu opisywania pojemników i worków na odpady medyczne niebezpieczne, czas przechowywania, na stanowisku pracy, w miejscu wytworzenia, sposób magazynowania oraz postępowanie z pojemnikami zbiorczymi w magazynie odpadów medycznych w zakresie stopnia ich napełniania, mycia oraz dezynfekcji w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi z dnia 30 lipca 2010 r. (Dz. U. Nr 139, poz. 940).

Sposób postępowania z odpadami medycznymi na terenie SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie przy Al. Powstańców Wielkopolskich 72 został usprawniony w porównaniu do roku ubiegłego. Zarządzeniem nr 265/2014 Dyrektora SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie z dnia 12.11.2014r. w sprawie wprowadzenia do stosowania „Procedury postępowania z odpadami medycznymi” w SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie, zaktualizowano dotychczasową obowiązującą procedurę. W nowo wprowadzonej procedurze uregulowano m.in. sposób transportu wewnętrznego odpadów medycznych. Zgodnie z procedurą odpady medyczne powstające na oddziałach, odbierane są w wyznaczonych godzinach z oddziałów i transportowane są w specjalnie wyznaczonych w tym celu pojemnikach wykonanych z tworzywa o ścianach gładkich i łatwowymywalnych, a następnie za pomocą wózków akumulatorowych przewożone są bezpośrednio do magazynu odpadów medycznych.

Ponadto zmieniono częstotliwość odbioru odpadów medycznych z terenu szpitala przez firmę specjalistyczną. Obecnie są one odbierane codziennie od poniedziałku do piątku.

W odniesieniu do sposobu postępowania z odpadami medycznymi Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Szczecinie przypomina, że zgodnie z § 7 ust.1, ust. 4 i ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi:

1) „Transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca powstawania do miejsca magazynowania, unieszkodliwiania lub odbioru odbywa się środkami transportu przeznaczonymi wyłącznie w tym celu” (§ 7 ust.1.);

2) „Środki transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemniki wielokrotnego użycia należy zdezynfekować i umyć po każdym użyciu” (§ 7 ust. 4.);

3) „Transport wewnętrzny odpadów medycznych odbywa się w sposób uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt z tymi odpadami” (§ 7 ust.5.).

Czas kontroli, podczas którego stwierdzono nieprawidłowości z zakresu higieny komunalnej w dniach i godzinach / liczba pracowników PSSE w Szczecinie stwierdzających nieprawidłowości / obszar, w którym stwierdzono nieprawidłowości:

17.11.2014r., godz. 9³⁰-10⁰⁰ - 0,5 h , nieprawidłowości stwierdził 1 pracownik, dot. Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej.

18.11.2014 r., godz. 13³⁰-14⁰⁰ - 0,5 h nieprawidłowości stwierdził 1 pracownik; dot. zaplecza szpitala

19.11.2014 r., godz. 10⁰⁰-10³⁰, godz. 11⁰⁰ – 11³⁰ oraz 11³⁰ – 12⁰⁰ i 12⁰⁰ – 12³⁰, 13³⁰-14⁰⁰ łącznie 2,5 h, nieprawidłowości stwierdził 1 pracownik; dot. Kliniki położnictwa, Izby Przyjęć, Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologii, Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt, Kliniki Położnictwa i Ginekologii oraz zaplecza szpitala.

20.11.2014 r. godz.11⁰⁰-11³⁰ – 0,5 h, nieprawidłowości stwierdził 1 pracownik; dot. Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej.

24.11.2014 r. godz. 10⁰⁰-10³⁰ – 0,5 h, nieprawidłowości stwierdził 1 pracownik; dot. Poradni Chorób Naczyniowych.

Łącznie czas, podczas którego stwierdzono nieprawidłowości z zakresu higieny pracy wyniósł 4,5 godziny.

Uchybienie sanitarne opisane w punkcie **IV.1. oraz IV.2.** powyższego protokołu zostało usunięte podczas kontroli.

Ustalenia kontrolne z zakresu higieny pracy

Zatrudnienie na umowę o pracę w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie wynosi 1111 pracowników (zatrudnienie na dzień 17.11.2014 r. wg zbiorczego „stanu zatrudnienia z podziałem na miejsca zatrudnienia, grupy personelu”, stanowiącego załącznik do protokołu), 507 pracowników wykonuje pracę w systemie zmianowym (w tym dyżury nocne), 11 osób wykazało się orzeczeniem o niepełnosprawności, 98 osób zatrudnionych jest na umowę zlecenie.

Orzeczenia lekarskie pracowników o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku znajdują się w aktach osobowych. Aktualność zaświadczeń lekarskich pracowników sprawdzono w losowo wybranej dokumentacji pracowniczej. Wskazane akta osobowe posiadały aktualne orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku.

W stosunku do kontrolowanego, aktualnie prowadzone jest postępowanie administracyjne ze strony PIP. Nakaz PIP Nr rej.14185-5301-K049-Nk01/13 z dnia 15.10.2013r. dotyczący m.in. dokonania ponownej oceny ryzyka zawodowego stwarzanego przez czynniki chemiczne przy pracach wykonywanych na stanowiskach pracownika sterylizacji (operatora urządzeń sterylizujących) oraz pracownika apteki, z uwzględnieniem m.in. niebezpiecznych właściwości czynników chemicznych, rodzaju, poziomu i czasu narażenia, warunków pracy przy użytkowaniu czynników chemicznych a także zaleceń dotyczących ich bezpiecznego stosowania w szczególności zawartych w kartach charakterystyki, dokonania oceny ryzyka zawodowego przy ręcznych pracach transportowych wykonywanych na stanowisku magazyniera z uwzględnieniem wymogów prawa, w tym m.in. masy przemieszczanych przedmiotów, rodzaju i położenia środka ciężkości, organizacji pracy, w tym stosowanych sposobów wykonywania pracy oraz indywidualnych predyspozycji pracowników, dokonania oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, określenia kategorii ciężkości pracy oraz dokonania oceny wydatku energetycznego przy pracach związanych z wysiłkiem fizycznym wykonywanych przez pracowników w magazynie centralnym celem ustalenia działań ograniczających poziom ryzyka występującego przy ich wykonywaniu, sporządzenia aktualnego wykazu prac szczególnie niebezpiecznych. Pracodawca dokonał oceny ryzyka zawodowego występującego na stanowiskach pracy. Dokumentacja ryzyka zawodowego w związku z nakazem Państwowej Inspekcji Pracy obecnie jest aktualizowana.

Stosowane gazy anestetyczne w SPSK Nr 2 PUM to: azot ciekły, podtlenek azotu, tlen ciekły medyczny, tlen sprężony medyczny, dwutlenek węgla medyczny, dwutlenek węgla techniczny, powietrze sprężone. Gazy stosowane są w 16 salach operacyjnych (narażonych 106 pracowników), w dniu kontroli 3 sale operacyjne były wyłączone z użytkowania ze względu na trwający w obiektach remont.

Przeгляд systemu wentylacji zapewnionej w salach operacyjnych wykonuje firma „WK” Wiesław Kozybski na podstawie umowy Nr ZP/221/219/10 zawartej w dniu 31 grudnia 2010r. Firma świadczy usługi od dnia 01.02.2011r. Przeglądy stanu urządzeń wentylacji odbywają się co miesiąc, protokoły z przeglądów dostępne są w biurze firmy „WK” Wiesław Kozybski mieszczącym się na terenie szpitala (protokoły z przeglądu stanu urządzeń wentylacyjnych i klimatyzacyjnych za miesiąc październik 2014r. stanowią załącznik do protokołu).

Sprzątanie pomieszczeń szpitalnych powierzone zostało Zakładowi Sprzątania Wnętrz Adam Nowik, ul. 5-go Lipca 4/23 Szczecin na podstawie umowy Nr ZP/221/226/11 zawartej w dniu 30.12.2011r. Odzież robocza pracowników wykonujących te usługi na rzecz szpitala prana jest przez firmę DGP Dozorbud Grupa Polska S.A. z Legnicy. Pomieszczenia administracyjne, biura oraz pomieszczenia techniczne sprząta firma DGP Clean Partner Sp. z o.o. z Legnicy Oddział Szczecin ul. Kolumba 1 na podstawie umowy Nr ZP/221/227/11 zawartej w dniu 30.12.2011r.

Zasady przydziału pracownikom odzieży, obuwia roboczego oraz środków ochrony indywidualnej określone zostały w Zarządzeniu Nr 164/2014 Dyrektora SPSK Nr 2 w Szczecinie z dnia 07.07.2014r. w sprawie zasad przydzielania pracownikom środków ochrony indywidualnej, odzieży roboczej, obuwia roboczego, środków higieny osobistej oraz dodatkowego wyposażenia. Indywidualne karty ewidencji przydziału odzieży roboczej prowadzone są przez Dział BHP. Ocenie poddano losowo wybrane karty ewidencji przydziału odzieży i obuwia roboczego.

W skontrolowanych gabinetach zabiegowych pracownikom zapewniono środki ochrony indywidualnej (m.in. rękawice robocze, okulary ochronne, maski typu chirurgicznego).

W szpitalu stosowane są leki cytostatyczne (zestawienie zużycia cytostatyków w roku 2013 stanowi załącznik do protokołu).

Odbiór odpadów medycznych w Szpitalu zapewnia firma PPH Hygea ul. Szkolna 21, 64-720 Lubasz, odpadów komunalnych oraz niebezpiecznych firma Remondis.

Czas kontroli, podczas którego stwierdzono nieprawidłowości z zakresu higieny pracy w dniach i godzinach / liczba pracowników PSSE w Szczecinie stwierdzających nieprawidłowości / obszar, w którym stwierdzono nieprawidłowości:

17.11.2014 r.

godz. 11³⁰-13⁰⁰ - 1,5 h, nieprawidłowości stwierdziło 2 pracowników, dot. oceny dokumentacji;

18.11.2014 r.

godz. 10⁵⁰- 11⁰⁰ - 10 min., nieprawidłowości stwierdziło 2 pracowników, dot. Izby Przyjęć Kliniki Położnictwa i Ginekologii;

godz. 11¹⁰- 11²⁰ - 10 min., nieprawidłowości stwierdziło 2 pracowników, dot. Kliniki Okulistyki;

godz. 11²⁵- 11³⁵ - 10 min., nieprawidłowości stwierdziło 2 pracowników, dot. Oddziału Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych;

godz. 11⁴⁰- 12⁰⁰ - 20 min., nieprawidłowości stwierdziło 2 pracowników, dot. Kliniki Nefrologii i Transplantologii;

godz. 12¹⁰- 12²⁰ - 10 min., nieprawidłowości stwierdziło 2 pracowników, dot. Zakładu Radiologii;

dot. 12³⁵- 12⁵⁰ - 15 min., nieprawidłowości stwierdziło 2 pracowników, dot. Centralnej Sterylizacji;

godz. 12⁵⁵- 13¹⁰ - 15 min., nieprawidłowości stwierdziło 2 pracowników, dot. pomieszczeń szatni;

godz. 13¹⁵- 13³⁰ - 15 min., nieprawidłowości stwierdziło 2 pracowników dot. oceny dokumentacji.

20.11.2014r.

godz. 12³⁰- 12⁴⁵ - 15 min., nieprawidłowości stwierdził 1 pracownik, dot. Apteki Szpitalnej;

godz. 13³⁰- 14⁰⁰ - 30 min., nieprawidłowości stwierdził 1 pracownik, dot. Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostreńch Zatruc.

Łącznie czas, podczas którego stwierdzono nieprawidłowości z zakresu higieny pracy wyniósł 4 godziny.

W dniu podpisywania protokołu kontroli, pracownik PSSE w Szczecinie, st. asystent Mirosława Kwiatkowska była nieobecna w pracy.

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:

- Sprawozdanie z badań środowiska pracy Nr H.P.270/08 z dnia 09.12.2008r. wykonane przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Szczecinie, Dział Laboratoryjny.
- Sprawozdanie z badań środowiska pracy Nr H.P.115/11 z dnia 18.08.2011r. wykonane przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Szczecinie, Dział Laboratoryjny.

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

1. Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników zaplecza szpitala oraz pracowników firmy „Nowik”.
2. Karty przekazania odpadów.
3. Zbiorcze zestawienie danych o ilości i rodzajach wytworzonych odpadów w roku 2013.
4. Karty ewidencji odpadów.
5. Rejestr mycia wózków akumulatorowych do transportu wewnętrznego na terenie szpitala.
6. Umowa Nr ZP/221/226/11 z dnia 30.12.2011r. z Adamem Nowikiem zamieszkałym w Szczecinie przy ul. 5 Lipca 4/12 prowadzącym działalność pod nazwą Zakład Sprzątnania Wnętrz Adam Nowik na usługi bieżącego kompleksowego utrzymania czystości w obiektach SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie oraz na przyległych terenach zewnętrznych wraz z pielęgnacją terenów zielonych.
7. Umowa Nr ZP/221/29/13 z dnia 10.04.2013 z Zakładem Usług Pralniczych Henryka Różalska, Katarzyna Karasiewicz Sp. J. z siedzibą przy ul. Lipowej 11, 76-032 Mielenko na świadczenie kompleksowych usług pralniczych.
8. Wykaz rodzajów odpadów wytwarzanych przez szpital.

9. Umowa Nr ZP/221/125/13 z dnia 30.07.2013r. z konsorcjum firm Czesław Golik PPUH HYGEA Czesław Golik z siedzibą w Lubaszu przy ul. Szkolnej 21 oraz SPS ZOZ w Gryficach przy ul. Niechorskiej 27 na transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych.
10. Umowa Nr OP/2800/81/13 z dnia 27.12.2013r. z firmą REMONDIS Szczecin Sp. z o. o. na usługę wywozu odpadów niebezpiecznych celem ich utylizacji (dotyczy odpadów o następujących kodach: 060404, 160103, 160213, 160213, 160214, 160215, 160216, 160506, 160601, 160602, 160604, 200123).
11. Umowa Nr ZP/221/96/12 z dnia 14.06.2012r. z firmą Remondis Szczecin Sp. z o. o. na świadczenie usług wywozu odpadów komunalnych.
12. Protokoły przeglądu stanu urządzeń wentylacyjnych i klimatyzacyjnych w budynkach: A, F, W z roku 2014.
13. Umowa z dnia 30.01.2009r. pomiędzy DGP DOORBUD Grupa POLSKA Sp. z o. o. z siedzibą w Legnicy przy ul. Najświętszej Marii Panny 5E a Zakładem Sprzątania Wnętrz Adam Nowik, na usługę prania i prasowania odzieży roboczej oraz mopów.
14. Instrukcja segregacji odpadów w miejscu ich powstania.
15. Tabele dozowania środków do dezynfekcji.
16. Zasady przygotowania środków do dezynfekcji.
17. Procedura postępowania z odpadami medycznymi.
18. Procedura postępowania ze zwłokami osób zmarłych w SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie.
19. Procedura postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego.
20. Zaświadczenia lekarskie pracowników o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku (ocenie poddano wybraną losowo dokumentację).
21. Indywidualne karty ewidencji przydziału odzieży i obuwia roboczego (ocenie poddano karty wybrane losowo).
22. Protokoły przeglądu stanu urządzeń wentylacyjnych i klimatyzacyjnych w budynkach A, F, W z października 2014r.
23. Rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 zagrożenia oraz rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3 lub 4 zagrożenia.
24. Zaświadczenia lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników.
25. Rejestr mycia i dezynfekcji wózków akumulatorowych.
26. Rejestr mycia i dezynfekcji komory do przechowywania zwłok
27. Protokoły czyszczenia i dezynfekcji oraz wymiany filtrów w klimatyzatorach z roku 2013.
28. Procedura i obowiązki zakładu opieki zdrowotnej w razie śmierci pacjenta oraz postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu.
29. Schemat utrzymania czystości na oddziałach.
30. Zasady przygotowania środków do dezynfekcji.
31. Tabele dozowania środków do dezynfekcji.
32. Instrukcja postępowania ze sprzętem po zakończeniu sprzątania.
33. Procedura mycia i dezynfekcji sprzętu endoskopowego.
34. Instrukcja mycia i dezynfekcji wind.
35. Procedura gruntownego sprzątania sal operacyjnych.
36. Procedura postępowania z bielizną czystą.
37. Procedura postępowania z bielizną brudną.
38. Procedura mycia i dezynfekcji sprzętu medycznego.
39. Procedura higienicznego mycia i dezynfekcji rąk.
40. Procedura chirurgicznego mycia i dezynfekcji rąk.
41. Procedura postępowania po ekspozycji.

odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz.739).

- art. 22 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r., poz. 217 z późn. zm.);

Z zakresu Higieny Pracy:

13. Brak potwierdzonego przydziału odzieży w indywidualnej karcie ewidencji: p. (Izba Przyjęć Chirurgiczna);

(Klinika Ginekologii Operacyjnej),

(Dział Administracyjno-Gospodarczy).

14. Brak aktualnych pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy.

15. Brak rejestru prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami, preparatami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.

16. Pracodawca nie przekazał PWIS informacji o substancjach, preparatach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym za 2013 rok.

Izba Przyjęć Kliniki Położnictwa i Ginekologii

17. Miejscowo brudne ściany w szatni zorganizowanej dla pracowników.

18. Klinika Okulistyki

19. Niewystarczająca liczba miejsc siedzących w szatni zorganizowanej dla pracowników.

Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych

20. Brak oznakowania zagrożeniem biologicznym gabinetu zabiegowego.

Klinika Nefrologii i Transplantologii

21. Miejscowo brudna ściana okienna w szatni.

22. Miejscowo ubytki glazury w szatni.

23. Szerokość przejścia między rzędami szaf a ścianą w pomieszczeniu szatni nie jest zgodna z obowiązującymi przepisami.

24. Niewystarczająca liczba miejsc siedzących w szatni.

Zakład Radiologii

25. Zacieki na suficie i ścianach.

26. Brak wydzielonego pomieszczenia do spożywania posiłków dla pracowników. W pomieszczeniu technicznym pracowni RTG ustawiono sprzęt AGD (czajnik, lodówka, kuchenka mikrofalowa).

Centralna Sterylizacja

27. Miejscowo brudne ściany i odpryski powłoki malarskiej na suficie w szatni.

28. Zacieki na suficie w pomieszczeniu ustępu.

29. Odpryski powłoki malarskiej na suficie w pomieszczeniu do spożywania posiłków.

30. Wykwity na ścianach i suficie w ciągu komunikacyjnym.

Pomieszczenia szatni zorganizowane w budynku F

31. Niewystarczająca liczba miejsc siedzących zapewnionych w szatni zorganizowanej dla pracowników OIOM.

32. Niewystarczająca liczba miejsc siedzących zapewnionych w szatni zorganizowanej dla pracowników II Kliniki Chirurgii.

42. Zapobieżenie skażenia środowiska przez zawartość worków ze skażonym materiałem.
43. Szczegółowy sposób postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi.
44. Instrukcja segregacji odpadów medycznych w miejscu ich powstawania

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

Z zakresu Higieny Komunalnej:

Bieżące uchybienia sanitarne:

Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej:

1. Odpady medyczne o kodzie 18 01 03 tzw. „ostre” na stanowisku pracy powyżej 72 godzin w sali zabiegowej (na pojemniku do odpadów medycznych o kodzie 18 01 03 tzw. „ostre”, oznaczono datę rozpoczęcia jako 12.11.2014r. – w dniu kontroli tj. 17.11.2014r. odpady nadal znajdowały się na stanowisku pracy).

2. Odpady medyczne o kodzie 18 01 03 tzw. „ostre” na stanowisku pracy powyżej 72 godzin w dyżurce pielęgniarek (na pojemniku do odpadów medycznych o kodzie 18 01 03 tzw. „ostre”, oznaczono datę rozpoczęcia jako 12.11.2014r. oraz na kolejnym 14.11.2014r. godz. 6.00 – w dniu kontroli tj. 17.11.2014r., w godzinach 9.30-10.00 odpady nadal znajdowały się na stanowisku pracy).

Uchybienia sanitarno-techniczne:

Klinika Położnictwa. Izba Przyjść:

3. W gabinecie badań ginekologicznych brak zapewnionego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w bidet, połączonego bezpośrednio z gabinetem.

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii:

4. W gabinecie badań ginekologicznych brak zapewnionego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w bidet, połączonego bezpośrednio z gabinetem.

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt:

5. W pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów brak zapewnionego dozownika z mydłem oraz pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia.

Klinika Położnictwa i Ginekologii:

6. Zacieki na suficie oraz pęknięcia sufitu w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów nr 406.

Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej:

7. W gabinecie badań urologicznych – pracownia urodynamiczna brak zapewnionego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w bidet, połączonego bezpośrednio z gabinetem.

8. W gabinecie badań urologicznych – pracownia cystoskopii brak zapewnionego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w bidet, połączonego bezpośrednio z gabinetem.

Poradnia chorób naczyniowych:

9. Zacieki oraz ciemne plamy na ścianie i suficie w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów nr 4.

10. Ciemne plamy w narożniku ściany przy pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów nr 4.

Zaplecze szpitala:

11. Wózki akumulatorowe stanowiące środki transportu wewnętrznego: bielizny czystej i brudnej, odpadów medycznych i pozostałych, środków czystościowych i dezynfekcyjnych, nie posiadają zamkniętej przestrzeni ładunkowej. Przestrzeń ładunkowa nie jest wykonana z materiałów umożliwiających ich skuteczne mycie i dezynfekcję.

12. Środek do transportu zwłok posiada skorodowane metalowe fragmenty na noszach, we wnętrzu przestrzeni ładunkowej oraz na drzwiach, co uniemożliwia jego skuteczne mycie i dezynfekcję.

Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli stanowią naruszenie następujących przepisów:

- § 3 ust.5, ust.6, ust.7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi z dnia 30 lipca 2010 r. (Dz. U. 139, poz. 940).
- § 2 ust.4; § 26 ust. 1 pkt 2 i pkt 3; § 30; pkt 5 Załącznika nr 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny

Apteka Szpitalna

- 33. Miejscowo brudne ściany w szatni.
- 34. Miejscowo brudne ściany w magazynie dezynfekcji.
- 35. Miejscowo brudne ściany w magazynie żywienia.

Klinika Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Ostrych Zatruc

- 36. W pomieszczeniu umywalni zorganizowanej dla lekarzy przechowywana jest odzież oraz obuwie.
- 37. Ubytki glazury na ścianach w szatni zorganizowanej dla lekarzy.
- 38. Część szafek odzieżowych przeznaczonych dla pielęgniarek Kliniki znajduje się na korytarzu.

Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli stanowią naruszenie następujących przepisów:

- art. art. 207 § 1, 214, 222, 227, 237⁷ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2014r. , poz. 1502);
- §§ 14, 111 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bhp (Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.) oraz §§ 2, 8, 29 załącznika nr 3 ww. rozporządzenia.
- Załącznik Nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005r. 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 z późn. zm.).
- §4 ust.1 i ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy (Dz. U. 2012 poz. 890).
- § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 02 lutego 2011r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (Dz. U. Nr 33 poz. 166).

Z zakresu epidemiologii uchybień sanitarno – higienicznych nie stwierdzono. Reżim p/epidemiczny zachowany.

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

- „zatrudnienie z podziałem na miejsca zatrudnienia, grupy personelu” na dzień 17.11.2014r”.
- „zatrudnienie z podziałem na miejsca zatrudnienia, grupy personelu” na dzień 17.11.2014r” (kobiety).
- wykaz osób zatrudnionych na umowę zlecenie - stan na dzień 17.11.2014r.
- wykaz osób pracujących w systemie zmianowym - stan na dzień 17.11.2014r.
- wykaz osób zatrudnionych na czas określony - stan na dzień 17.11.2014r.
- zestawienie zużycia cytostatyków w roku 2013.
- protokół przeglądu stanu urządzeń wentylacyjnych i klimatyzacyjnych w budynku A, F, W z października 2014r.

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

Poprawki uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono

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

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

Dokonano/nie dokonanowpisu 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 ****

Terminy usunięcia nieprawidłowości opisanych w punktach **IV.3. - IV.38.** powyższego protokołu kontroli, kierujący zakładem określi w ciągu **7 dni** od daty otrzymania protokołu kontroli Nr N-EP-21/14.

Data i godz. zakończenia kontroli:

17.11.2014r. godz. 15⁰⁰

18.11.2014r. godz. 15⁰⁰

19.11.2014r. godz. 15⁰⁰

20.11.2014r. godz. 15⁰⁰

24.11.2014r. godz. 15⁰⁰

Łączny czas kontroli: 34godz. 30 min.

STARSZY ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie
Ewa Dombrowska
mgr Ewa Dombrowska

STARSZY ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie
Ewa Kowalewska
mgr inż. Ewa Kowalewska

STARSZY ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie
Lidia Bellej
mgr Lidia Bellej

STARSZY ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie
Justyna Zięciak
mgr Justyna Zięciak

STARSZY ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie
Henryka Szepajło
mgr Henryka Szepajło

STARSZY ASYSTENT
POWIATOWEJ STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEJ
w Szczecinie
Henryka Szepajło
mgr Henryka Szepajło

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie
Barbara Turkiewicz
(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)
lek. med. Barbara Turkiewicz

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

(podpis i/lub pieczęć osoby/osób kontrolowanej)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 9.12.2014

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
PUM w Szczecinie
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
tel. 91/466 10 10, fax 91/466 10 15
NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie
Barbara Turkiewicz
(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)
lek. med. Barbara Turkiewicz

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