



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA. 410.033.01.2020

Pan
Bohdan Kozak
p.o. Dyrektor
Okręgowego Szpitala Kolejowego
w Katowicach s.p.z.o.z.
ul. Panewnicka 65, 40-760 Katowice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/061 – „Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia”

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana

Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach s.p.z.o.z.¹, ul. Panewnicka 65, 40-760 Katowice

Kierownik jednostki kontrolowanej

Bohdan Kozak, p.o. Dyrektor od 17 grudnia 2020 r.

W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki pełnili poprzednio:

Krzysztof Kowalik do 13 stycznia 2017 r.;

Mirosława Rutkowska, od 14 stycznia do 13 czerwca 2017 r.;

Janusz Orman, od 14 czerwca 2017 r. do 20 października 2020 r.

Ewa Fica, od 21 października 2020 r. do 16 grudnia 2020 r.

(akta kontroli str. 3-13d)

Zakres przedmiotowy kontroli

1. Przygotowanie świadczeniodawców do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

2. Prawdopodobność działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego.

Okres objęty kontrolą

Od 1 stycznia 2017 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych².

Podstawa prawna podjęcia kontroli

Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³

Jednostka przeprowadzająca kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

Kontroler

Janina Balas, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/271/2020 z 30 września 2020 r.

(akta kontroli str.1-2)

¹ Dalej: „Szpital”.

² Tj. 24 listopada 2020 r.

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200; dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach 2017-2020 (do 24 listopada)⁵ w Szpitalu obowiązywały właściwie opracowane i wdrożone procedury mające na celu właściwe postępowanie z ostrymi narzędziami, używanie odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej oraz postępowanie po ekspozycji zawodowej na krew i IPIM. W Szpitalu utworzono *Służbę bhp* oraz *Komisję bhp*, których składy osobowe oraz kwalifikacje pracowników, którym powierzono wykonywanie zadań, spełniały wymagania odpowiednich przepisów. Sporządzano raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które zawierały wszystkie dane i informacje wymagane przepisami. Na bieżąco i chronologicznie dokonywano wpisów w wykazie zranień ostrymi narzędziami pracowników szpitala, a prowadzone w Szpitalu postępowania poekspozycyjne były zgodne z regulacjami zawartymi w obowiązującej procedurze postępowania po ekspozycji zawodowej na krew i IPIM. Szpital nie był jednak w pełni przygotowany do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, bowiem w obszarze tym stwierdzono nieprawidłowości dotyczące:

- nieprzeprowadzenia w wymaganym terminie aktualizacji Oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy,
- nieprzeprowadzenia szkoleń mających na celu zapobieganie narażeniu na zranienia i jego skutków,
- nieopracowania planu ćwiczeń oraz nieprzeprowadzenia ćwiczeń awaryjnych w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego,
- nieprzeprowadzenia posiedzeń Komisji bhp w wymaganych terminach oraz niewłaściwe dokumentowanie jej prac,
- niewykonania wszystkich zadań określonych do realizacji w *Analizie stanu bhp* za 2019 r. mających na celu poprawę bezpieczeństwa pracy.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Przygotowanie Szpitala do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

1.1 Spełnianie wymogów dotyczących utworzenia służby bezpieczeństwa i higieny pracy⁷ oraz komisji bezpieczeństwa i higieny pracy⁸

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu według stanu na dzień 1 stycznia i 1 lipca poszczególnych lat pracowało:

- w 2017 roku odpowiednio: 300 i 312 osób;

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Okres objęty kontrolą.

⁶ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Dalej: „Służba bhp”.

⁸ Dalej: „Komisja bhp”.

- w 2018 roku odpowiednio: 314 i 322 osoby;
- w 2019 roku odpowiednio: 321 i 334 osoby;
- w 2020 roku odpowiednio po 328 osób.

W okresie objętym kontrolą w strukturze Szpitala w ramach funkcjonowania Służby bhp utworzono wyodrębnione, samodzielne jednoosobowe stanowisko specjalisty ds. bhp, który bezpośrednio podlegał Dyrektorowi Szpitala. W okresie od 1 stycznia 2017 r. do 15 sierpnia 2017 r. Szpital zatrudniał specjalistę ds. bhp w pełnym wymiarze czasu pracy, natomiast od 16 sierpnia 2017 r. do czasu rozpoczęcia niniejszej kontroli w niepełnym wymiarze czasu pracy, tj. 0,6 etatu. Liczba osób i wymiar czasu powołanych w Szpitalu Służb bhp odpowiadała wymogom określonym w § 1 ust. 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy⁹.

(akta kontroli str. 14-21)

1.2 Składy osobowe Służby bhp i Komisji bhp

Komisja bhp została powołana zarządzeniami wewnętrznymi¹⁰ Dyrektora Szpitala. Do dnia 25 września 2017 r. ww. Komisja składała się z siedmiu osób (czterech przedstawicieli pracodawcy i trzech przedstawicieli pracowników), od 26 września 2017 r. Komisja składa się z sześciu osób (trzech przedstawicieli pracodawcy i trzech przedstawicieli pracowników). W skład działającej w Szpitalu Komisji bhp każdorazowo wchodził: przewodniczący - specjalista ds. bhp, wiceprzewodniczący - społeczny inspektor pracy, lekarz medycyny pracy, Naczelną Pielęgniarka oraz przedstawiciele pracowników. Do zadań ww. Komisji należało m.in.:

- dokonywanie okresowych przeglądów warunków pracy oraz oceny stanu bhp;
- składanie wniosków dot. poprawy warunków pracy;
- opiniowanie przedsięwzięć pracodawcy podejmowanych w celu zapobiegania wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym;
- współdziałanie z pracodawcą w realizacji jego obowiązków i działań w zakresie bhp w szczególności: oceny ryzyka zawodowego występującego przy wykonywaniu określonych prac oraz informowania pracowników o tym ryzyku, przydzielanie pracownikom środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego, szkolenia pracowników w dziedzinie bhp.

(akta kontroli str. 54-61)

W okresie objętym kontrolą Okręgowy Inspektor Pracy nie odniósł się do liczby pracowników Służby bhp zatrudnionej w Szpitalu.

(akta kontroli str. 163)

1.3. Spełnianie wymagań kwalifikacyjnych przez osoby powołane w skład Służby bhp

Zatrudniony w Szpitalu specjalista ds. bhp spełniał wymagania określone w § 4 ust. 2 rozporządzenia ws. służby bhp, tj. posiadał wykształcenie wyższe w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Posiadał również aktualne¹¹ zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracowników służby BHP i osób wykonujących zadania tej służby.

(akta kontroli str. 24-32)

⁹ Dz. U. Nr 109, poz. 704, ze zm., zwanym dalej: „rozporządzeniem ws. służby bhp”.

¹⁰ Nr 7/2011 z dnia 26 października 2011 r. (obowiązujące do 5 czerwca 2017 r.), nr 47/2017 z dnia 6 czerwca 2017 r., nr 78/2017 z dnia 26 września 2017 r., nr 85B/2018 z dnia 10 września 2018 r.

¹¹ Z października 2019 r.

1.4. Zakres działania Komisji bhp i Służby bhp

W okresie objętym kontrolą Komisja bhp odbyła 12 posiedzeń¹². Analiza protokołów z posiedzeń ww. Komisji wykazała, że posiedzenia Komisji w III, IV kw. 2017 r., I, II i III kw. 2018 r., I, II i III kw. 2019 r. oraz I i II kw. 2020 r. odbyły się z częstotliwością zgodną z obowiązującymi przepisami i postanowieniami § 4 zarządzeń Dyrektora Szpitala w sprawie powołania Komisji BHP, tj. przynajmniej raz na kwartał, przy czym w I kw. 2019 i I kw. 2020 r. odbyły się po dwa posiedzenia. Natomiast w I i II kw. 2017 r. IV kw. 2018 r., IV kw. 2019 r. oraz III kw. 2020 posiedzenia ww. Komisji nie odbyły się, co było niezgodne z art. 237¹² § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy¹³ oraz § 4 ww. zarządzeń Dyrektora Szpitala, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Tematy omawiane podczas posiedzeń dotyczyły m.in. następujących kwestii: stanu bhp w Szpitalu, w tym liczby wypadków przy pracy, zachorowań na choroby zawodowe, ekspozycji zawodowych na czynniki biologiczne ze szczególnym uwzględnieniem zranień ostrymi narzędziami medycznymi, szkoleń wstępnych i okresowych z zakresu bhp, przydziału napojów profilaktycznych (wody), omówiono wyniki pomiarów z zakresu pola elektromagnetycznego na blokach operacyjnych i poziomu hałasu w centralnej sterylizatorni, konieczność przeprowadzenia szkoleń wewnętrznych dot. stosowania odpowiednich środków ochrony indywidualnej i zbiorowej. Komisja bhp podczas ww. posiedzeń nie formułowała wniosków w zakresie poprawy warunków pracy.

Żaden protokół z posiedzenia Komisji bhp odbytych w latach 2017-2020 nie został zatwierdzony przez pracodawcę, tj. Dyrektora Szpitala, co było niezgodne z § 7 ww. zarządzeń (szerzej opisano tę kwestię w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 62-81)

Służba bhp opracowała okresowe analizy stanu bhp za 2018 i 2019 rok w terminach zgodnych z § 2 ust. 1 pkt. 3 rozporządzenia ws. służby bhp. Do kontroli nie przedłożono dokumentu potwierdzającego sporządzenie takiej analizy za okres od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2017 r.

W powyższej sprawie Specjalista ds. bhp wyjaśnił, iż od czasu podjęcia przez niego w Szpitalu pełnienia obowiązków specjalisty ds. bhp, nie odnalazł powyższego dokumentu.

(akta kontroli str. 88-96, 162)

Analizy stanu bhp zawierały informacje dotyczące liczby i przyczyn wypadków, do których doszło na terenie Szpitala, liczbę przeprowadzonych badań profilaktycznych pracowników oraz liczbę szkoleń pracowników z zakresu bhp. W zakresie działań poprawy warunków pracy w Szpitalu wymieniono m.in.: zrealizowanie obowiązku wynikającego z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy¹⁴, przeprowadzenie badania i pomiar pola elektromagnetycznego dla urządzeń medycznych (diatermii chirurgicznych), zaktualizowano rejestry prac oraz pracowników narażonych na szkodliwe czynniki środowiska pracy, tj. pole elektromagnetyczne, promieniowanie jonizujące, materiał biologiczny.

¹² Protokoły posiedzeń z dnia: 28 września 2017 r., 14 grudnia 2017 r., 29 marca 2018 r., 28 czerwca 2018 r., 24 września 2018 r., 7 stycznia 2019 r., 4 marca 2019 r., 6 czerwca 2019 r., 30 września 2019 r., 15 stycznia 2020 r., 5 marca 2020 r. oraz 1 czerwca 2020 r.

¹³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.

¹⁴ Dz.U. z 2016 r. poz. 1117, ze zm.

Na 2020 r. w celu dalszej poprawy bezpieczeństwa pracy założono: przeprowadzenie aktualizacji oceny ryzyka zawodowego, przeprowadzenie pomiaru środowiska pracy (hałasu) na stanowiskach w pomieszczeniach sterylizacji, przeprowadzenie szkoleń okresowych pracowników, kontrolę warunków pracy oraz wewnętrzną kontrolę dot. stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej.

(akta kontroli str. 88-96)

Do dnia zakończenia niniejszej kontroli z powyższych zaleceń wykonano jedynie wewnętrzną kontrolę dot. stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej. Pozostałych zadań nie wykonano, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Specjalista ds. bhp wyjaśnił, że wykonanie ww. zadania zaplanował w drugiej połowie 2020 r., ale na skutek nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ przebywając na zwolnieniu lekarskim, co spowodowało, że nie mógł zrealizować ww. założeń. Dodał, że wykona je najszybciej jak to będzie możliwe po powrocie do pełnienia swoich obowiązków służbowych.

(akta kontroli str. 92-96, 99-141)

W dniu 9 marca 2020 r. specjalista ds. bhp, w ramach uprawnień służby bhp określonych w § 3 rozporządzenia ws. służby bhp, przeprowadził kontrolę wewnętrzną w zakresie rodzaju i ilości stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej¹⁵. Kontrolą objęto cztery komórki organizacyjne Szpitala¹⁶. W związku ze wzrostem ryzyka zakażeń COVID-19, jako zalecenia pokontrolne dla ww. komórek organizacyjnych rekomendowano zwiększenie ilości i doposażenie ich m.in. w: kombinezony ochronne z kapturem, osłony na obuwiu z podeszwą antypoślizgową, przyłbice ochronne. Kontrola sprawdzająca wykonanie zaleceń pokontrolnych, przeprowadzona w dniu 4 czerwca 2020 r., wykazała realizację zaleceń pokontrolnych poprzez uzupełnienie stanów magazynowych w środki ochrony indywidualnej i zbiorowej.

(akta kontroli str. 99-139)

W okresie objętym kontrolą specjalista ds. bhp, przy współudziale społecznego inspektora pracy lub specjalisty ds. higieny i epidemiologii, przeprowadzili trzy zakładowe wewnętrzne kontrole warunków pracy¹⁷. Ww. kontrole dotyczyły niskiej temperatury w pomieszczeniach Izby przyjęć oraz gabinetach zabiegowych, wycieku nieczystości z uszkodzonej rury kanalizacyjnej do pomieszczeń znajdujących się pod apteką zakładową oraz częściowego ubytku linoleum i płyty konstrukcji w podłodze w pomieszczeniu damskiej szatni na pierwszym piętrze części administracyjnej. Stwierdzone usterki zostały usunięte.

(akta kontroli str. 82-87, 161-162)

Osoby wchodzące w skład działającej w Szpitalu Komisji bhp (specjalista ds. bhp, społeczny inspektor pracy, Naczelna Pielęgniarka) wyjaśniły, że w okresie objętym kontrolą współpraca z Dyrekcją Szpitala w obszarze dotyczącym spraw ekspozycji zawodowej przebiegała poprawnie.

(akta kontroli str. 263, 267, 269)

¹⁵ Maski chirurgiczne, maski filtrujące (FFP2, FFP3), fartuch ochronny, fartuch barierowy, fartuch sterylny, rękawice ochronne, chusteczki dezynfekujące, gogle, okulary, ochraniacze na buty, kombinezon.

¹⁶ Izbę przyjęć, gabinety Nocnej i świątecznej opieki medycznej i POZ, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

¹⁷ 9 stycznia 2017 r., 4 marca 2019 r. oraz 7 marca 2020 r.

1.5. Ocena ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy

Specjalista ds. bhp 6 sierpnia 2018 r. opracował dokument pn. „Ocena ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy”.

Ocena ta została sporządzona dla wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala (Oddziały, bloki, poradnie i pracownie) z określeniem stanowiska pracy¹⁸, na których występuje zagrożenie narażenia na czynniki biologiczne¹⁹.

Przyjęte do ww. oceny parametry, tj. czas trwania potencjalnego narażenia dla poszczególnych stanowisk pracy, czynności w trakcie wykonywania, których może dojść do narażenia, czynniki psychospołeczne związane ze środowiskiem pracy, uwzględniały wymogi określone w § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych²⁰.

Do oceny przyjęto metodę Risk Score, wyliczone tą metodą ryzyko zawodowe przed zastosowaniem środków profilaktycznych²¹ określone zostało jako średnie nieakceptowane. Natomiast przy zastosowaniu środków profilaktycznych ryzyko to określono, jako małe - akceptowane.

Ww. dokument obejmował wszystkie rodzaje wykorzystywanych w Szpitalu do udzielania świadczeń zdrowotnych ostrych narzędzi.

W ocenie wskazano, że następna aktualizacja opracowania powinna nastąpić w sierpniu 2020 r. Do dnia zakończenia niniejszej kontroli NIK r. niniejszy dokument nie został zaktualizowany, co było niezgodne z § 3 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie zgodnie, z którym ocenę ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, przeprowadza się nie rzadziej niż raz na dwa lata (szerzej opisano tę kwestię w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 270-278)

Do dnia 6 sierpnia 2018 r. w Szpitalu obowiązywała „Ocena ryzyka zawodowego”, opracowana w 2012 roku i była to ocena opracowana osobno dla każdego stanowiska pracy (np. lekarz stażysta, lekarz okulista, chirurg, anestezjolog, położna, pielęgniarka bloku operacyjnego) funkcjonujących w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala.

Stwierdzono, że ostatniego przeglądu ww. stanowisk dokonano w lutym 2014 r. i w grudniu 2015 r. Natomiast ostatnia aktualizacja miała miejsce w lutym 2014 r. W przypadku takich stanowisk jak np. salowa, lekarz stażysta, lekarz ginekolog, lekarz okulista, pielęgniarka/położna bloku operacyjnego od 2012 r. nie

¹⁸ Pielęgniarka/starsza pielęgniarka, pielęgniarka oddziałowa, pielęgniarka koordynująca, pielęgniarka środowiskowa, położna/starsza położna, opiekun medyczny, salowa, młodszy asystent, starszy asystent, kierownik komórki organizacyjnej (oddziału), dezynfektor/technik sterylizacji/operator ciśnieniowych sterylizatorów gazowych i parowych oraz technik medyczny.

¹⁹ WZW typu B i C, HIV oraz grupy zagrożeń 3*** tj. czynniki biologiczne, które stanowią ryzyko zakażenia dla pracowników, ponieważ nie są zazwyczaj przenoszone drogą powietrzną.

²⁰ Dz. U. poz. 696, dalej: „rozporządzenie ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie”.

²¹ Tj. procedura bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, procedura stosowania środków ochrony indywidualnej, procedura segregacji odpadów, postępowanie poekspozycyjne, bezpieczne narzędzia (igła-mandaryn kaniuli dożylniej, igła Veresa, ostrze do nakłuwania typu Lancet, nóż operacyjny typu Slit, próbówki aspiracyjno/próżniowe plastikowe, klamerki/szwy stalowe/stapler skóry, nóż tunelowy).

przeprowadzono ani przeglądu, ani aktualizacji ocen ryzyka zranieniem na tych stanowisk.

(akta kontroli str. 279-348)

Spółeczny inspektor pracy wyjaśniła, że w okresie objętym kontrolą na poszczególnych stanowiskach pracy wystąpiły istotne zmiany związane z poprawą bezpieczeństwa i zdrowia pracowników, które dotyczyły głównie jednorazowego sprzętu medycznego. Jak dalej wyjaśniła, używany obecnie sprzęt jest bezpieczniejszy w użyciu, używane mechanizmy chroniące takie jak: igła – mandryn kaniuli dożylniej, igła Veresa, ostrze do nakłuwania typu Lancet, skalpel jednorazowego użytku, nóż operacyjny okulistyyczny, próbówki aspiracyjno-próżniowe w znacznym stopniu zmniejszają liczbę zakłuć i zranień podczas pracy. Dodała również, że duże znaczenie miała również poprawnie prowadzona segregacja, przechowywanie i usuwanie odpadów medycznych oraz prowadzony przez zespół kontroli zakaźnej system indywidualnych szkoleń nowo przyjętych pracowników.

(akta kontroli str. 268-269)

Z kolei specjalista ds. bhp wyjaśnił, że zaistniałe zmiany na stanowiskach pracy dotyczyły głównie zastosowania coraz bezpieczniejszego sprzętu medycznego dostępnego na rynku medycznym do użytku szpitalnego, zmniejszającego ryzyko zakłuć oraz zranień ostrymi narzędziami, a co za tym – idzie minimalizującego ryzyko zakażeń materiałem biologicznym. Dodał, że zastosowany sprzęt dotyczy wszystkich stanowisk medycznych.

(akta kontroli str. 263)

1.6. Działania eliminujące lub ograniczające ryzyko narażenia wystąpienia zranień ostrymi narzędziami oraz zakażeń

Szpital w okresie objętym kontrolą w celu ochrony pracowników przed zranieniem stosował m.in. następujące środki ochrony indywidualnej:

- rękawice ochronne dla personelu medycznego (lateksowe i bezlateksowe – chirurgicznie sterylne; nitylowe – diagnostycznie niesterylne; rękawice wzmocnione z przedłużonym mankietem do procedur dezynfekcyjnych przy pracy z narzędziami wielorazowego użytku; rękawice robocze);
- fartuchy ochronne barierowe wzmocnione, włókninowe i podfoliowane, kombinezony lekkie i barierowe typu TYVEK;
- obuwie ochronne z krytymi palcami, obuwie chirurgiczne, kalosze;
- okulary ochronne typu gogle, przyłbice ochronne;
- odzież ochronna wielorazowego i jednorazowego użytku, fartuchy, odzież operacyjna i barierowa.

W zakresie bezpiecznego sprzętu medycznego ograniczającego bądź eliminującego narażenie na zranienie ostrymi narzędziami w Szpitalu stosowano m.in.:

- igły: iniekcyjna (domięśniowa, podskórna), tzw. „motylek”, mandryn kaniuli dożylniej, Veresa;
- ostrze do nakłuwania typu Lancet (opuszka, pięta),
- skalpel jednorazowego użytku, nóż operacyjny okulistyyczny (typu Slit), nóż tunelowy;
- próbówki aspiracyjno/próżniowe plastikowe;
- klamerki/szwy stalowe/stapler skórny;
- ampulki.

(akta kontroli str. 190, 154)

Szpital nie prowadził w formie pisemnej analiz określających potrzeby w zakresie zakupu (ilości i rodzaju) środków ochrony indywidualnej.

Specjalista ds. higieny i epidemiologii wyjaśniła, że podstawą do zakupu środków ochrony indywidualnej stanowiły zapotrzebowania składane przez pielęgniarki oddziałowe i kierowników oraz pielęgniarkę epidemiologiczną na podstawie realizacji świadczeń medycznych przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala oraz były one adekwatne do sytuacji epidemiologicznej w Szpitalu. Dodała, że planowanie zakupów z wyprzedzeniem nie zawsze ma przełożenie na zapotrzebowanie i zużycie środków ochrony indywidualnej, więc dokonywanie są korekty zamówień w zależności od zapotrzebowania.

(akta kontroli str. 147-148)

Szpital na zakup środków ochrony indywidualnej poniósł następujące koszty: 95 374,89 zł w 2017 r., 102 511,99 zł w 2018 r., 107 399,15 zł w 2019 r. oraz 247 723,43 zł do 20 października 2020 r.

(akta kontroli str. 166)

Specjalista ds. higieny i epidemiologii wyjaśniła, że każdorazowo przed planowaniem zakupów w Szpitalu prowadzona była analiza kosztów zakupu bezpiecznego sprzętu na podstawie analizy zużycia sprzętu w okresie poprzedzającym zakup, zapotrzebowania w komórkach organizacyjnych, oceny użytkowników i prognozowanych cen w postępowaniach przetargowych. Wyjaśniła również, że dodatkowo dokonywana jest analiza ekspozycji zawodowych na skutek zranień ostrym sprzętem medycznym za każdy raportowany okres. Dodała, że z uwagi na wysokie koszty zakupu sprzętu posiadającego zabezpieczenia przed zranieniem i bardzo trudną sytuację finansową Szpitala nie są w stanie zapewnić 100% bezpiecznego sprzętu chroniącego przed zranieniem. Szpital zapewnia 100% bezpiecznych kaniul dożylnych, systemów zamkniętych do pobierania krwi, ampulek plastikowych i opakowań płynów infuzyjnych plastikowych. Dodała, że ww. analiz nie dokonywano na piśmie.

(akta kontroli str. 147-148)

Szpital w okresie objętym kontrolą zakupił poniższe rodzaje bezpiecznego sprzętu:

- bezpieczne igły do pobierania krwi – na łączną wartość 242,2 zł²²;
- bezpieczne kaniule dożylnie – na łączną wartość 120 075,3 zł²³;
- ampulki bezigłowe – na łączną wartość 48 122,3 zł²⁴;
- inne²⁵ - na łączną wartość 182 469,9 zł²⁶.

W latach 2017-2020 Szpital nie zakupił bezpiecznych cewników obwodowych, tępych igieł chirurgicznych ani tępych nożyczek chirurgicznych. Łączna wartość zakupionego przez Szpital ww. bezpiecznego sprzętu wyniosła 350 909,7 zł²⁷. Łączna wartość zakupionych ostrych narzędzi wyniosła 379 369 zł²⁸. Udział sprzętu bezpiecznego w zakupach ogółem w poszczególnych latach wyniósł: 39% w 2017 r., 46% w 2018 r., 59% w 2019 r. oraz 47% do 30 września 2020 r.

(akta kontroli str. 257)

²² 0,00 zł w 2017 i 2018 r., 168,5 zł w 2019 r., 73,7 zł do 30 września 2020 r.

²³ 34 571,7 zł w 2017 r., 32 659,2 zł w 2018 r., 31 411,8 zł w 2019 r. i 21 432,6 zł do 30 września 2020 r.

²⁴ 10 644,1 zł w 2017 r., 10 386,1 zł w 2018 r., 14 302,3 zł w 2019 r. oraz 12 789,8 zł do 30 września 2020 r.

²⁵ Skalpel bezpieczny, stapler bezpieczny, nakłuwnic bezpieczny, próbowniki aspiracyjno-próżniowe, tępe igły do pobierania leków, igła veressa, nóż tunelowy, igła do termoablacji.

²⁶ 28 257,2 zł w 2017 r., 28 820,6 zł w 2018 r., 82 480,9 zł w 2019 r. i 42 911,2 zł do 30 września 2020 r.

²⁷ 73 473 zł w 2017 r., 71 865,9 zł w 2018 r., 128 363,4 zł w 2019 r. oraz 77 207,4 zł do 30 września 2020 r.

²⁸ 117 237,8 zł w 2017 r., 83 366,4 zł w 2018 r., 90 612, 7 zł w 2019 r. i 88 152,1 zł do 30 września 2020 r.

P.o. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że przyczyną znacznego wzrostu wartości zakupionego przez Szpital w 2019 r. i 2020 r. bezpiecznego sprzętu chroniącego pracowników przed zranieniem były analizy ekspozycji zawodowych dokonane i opisane w raportach za 2017 i 2018 rok oraz wskazanie działania mające na celu ograniczenie liczby zranień w przyszłości. Dodał, że zamówienia realizowane były na podstawie zapotrzebowania w oddziałach na taki sprzęt.

(akta kontroli str. 708-709)

Specjalista ds. higieny i epidemiologii wyjaśniła, że w okresie objętym kontrolą oceny i zapotrzebowania na bezpieczny sprzęt medyczny chroniący przed zranieniem zgodnie z nowymi technologiami dostępnymi na rynku dokonywano poprzez testowanie nowych technologii, prezentacje producentów sprzętu oraz zapotrzebowania składane przez oddziałowe (kierowników) do postępowań przetargowych. Dodała, że ww. oceny nie dokonano na piśmie.

W powyższej sprawie starszy referent Sekcji zaopatrzenia w Szpitalu dodała, że do przygotowania postępowań o udzielenie zamówień prowadzone były analizy w oparciu o faktyczne zużycie ilości oraz poniesionych kosztów ww. asortymentu z magazynu medycznego oraz sekcji zaopatrzenia. Dodała, że do analiz służyły również ceny oraz asortyment podany w złożonych ofertach przez firmy, które biorą udział w postępowaniach.

(akta kontroli str. 147-148, 164)

W Szpitalu zapewniono szczepienia ochronne pracowników wykonujących czynności w trakcie których dochodzi do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego (krew i inne płyny ustrojowe oraz wydaliny i wydzieliny) lub sprzętem skażonym tym materiałem biologicznym. Ponadto w Szpitalu gromadzone były dane o wyszczepieniu personelu Szpitala przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B²⁹.

W 2017 r. rozdysponowano 50 szczepionek przeciwko grypie oraz 9 szczepionek na WZW typu B, w 2018 r. odpowiednio 50 przeciwko grypie i 13 przeciwko WZW B, w 2019 r. 77 przeciwko grypie i 7 przeciwko WZW B, do 13 października 2020 r. zaszczepiono 28 osób przeciwko grypie, żadna osoba nie została zaszczepiona przeciwko WZW B.

Udział pracowników wyszczepionych na grypę w stosunku do liczby pracowników Szpitala wynosił: 15% w 2017 r., 17% w 2018 r., 24,4% w 2019 r. oraz 10,3% do 13 października 2020 r.

Udział pracowników zaszczepionych na WZW B w stosunku do liczby pracowników narażonych wyniósł 3% na koniec 2017 r., 4,4% w 2018 r., 2,3% w 2019 r.

Pielęgniarka Koordynująca wyjaśniła, że wszyscy pracownicy urodzeni po 1996 r. podlegają obowiązkowym szczepieniom ochronnym przy urodzeniu (WZW B). Doszczepiani są tylko pracownicy, którzy nie mają podstawowego szczepienia, bądź mają niski poziom przeciwciał anti-HBV (poniżej 10).

(akta kontroli str. 187-188, 261)

1.7. Procedury postępowania z ostrymi narzędziami oraz procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej

W Szpitalu opracowano i wdrożono z dniem 4 maja 2016 r. następujące procedury:

- 1) Nr 9/BHP dot. stosowania środków ochrony indywidualnej;
- 2) Nr 10/BHP dot. bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami.

²⁹ zwanemu dalej "WZW B"

Ww. procedury opracowywane były w formie papierowej i elektronicznej, co było zgodne z § 4 ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie. Egzemplarz „0” każdej procedury w formie elektronicznej znajdował się u Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością. Procedury opracowane zostały przez specjalistę ds. bhp i zatwierdzone przez Dyrektora Szpitala.

Procedura nr 9/BHP dotyczyła pracowników Szpitala i komórek organizacyjnych, w których występuje narażenie na materiał biologiczny potencjalnie zakaźny, występuje kontakt z pacjentami, skażonymi powierzchniami, sprzętem lub narzędziami, wykonywane są procedury aseptyczne. Z kolei procedura nr 10/BHP dotyczyła komórek organizacyjnych i pracowników Szpitala, gdzie występują prace związane z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Szpitalu. Kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala poświadczyli datą i podpisem zapoznanie się z ww. procedurami. Zostali zobowiązani do zdobycia pisemnego potwierdzenia zapoznania się niniejszymi procedurami podległych służbowo pracowników. Ponadto w przypadku procedury nr 10/BHP zobowiązano pielęgniarkę epidemiologiczną do przeszkolenia z zakresu zakażeń szpitalnych w ramach szkolenia wstępnego nowozatrudnionych pracowników, których praca związana jest z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami. Ww. procedury były aktualizowane 28 kwietnia 2017 r., 30 kwietnia 2019 r. oraz 30 kwietnia 2020 r., przy czym ww. aktualizacje nie wprowadziły do nich niż żadnych zmian.

(akta kontroli str. 33-53, 661-665)

Specjalista ds. higieny i epidemiologii w sprawie sposobu przekazywania ww. procedur do zapoznania się pracownikom Szpitala wyjaśniła, że egzemplarz „0” otrzymuje pełnomocnik ds. jakości, egzemplarz „1” – komórka która opracowała daną procedurę, a kolejne egzemplarze procedur są przekazywane kierownikom wg rozdzielnika zawartego w procedurze. Dodała, że załącznikiem do każdej procedury jest potwierdzenie zapoznania się z nią i zobowiązanie do jej stosowania przez złożenie podpisów pracowników w każdej komórce organizacyjnej, do której dana procedura jest skierowana.

Na podstawie dokumentacji dot. zapoznania się pracowników sześciu jednostek organizacyjnych Szpitala³⁰ z ww. procedurami stwierdzono, że pracownicy pracowni RTG z procedurą dot. stosowania środków ochrony indywidualnej zapoznali się 13 miesięcy po dacie jej opracowania i przyjęcia do stosowania w Szpitalu. Pracownicy pozostałych oddziałów z ww. procedurami zapoznali się w lipcu 2016 r.

(akta kontroli str. 601, 661, 672-673, 674-707)

P.o. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że pracownicy pracowni radiologicznej zapoznają się z procedurami w chwili, kiedy je otrzymują. Dodała, że rozbieżność może być kilkudniowa, gdyż pracują w trybie zmianowym. Roczne opóźnienie świadczy o późnym przekazaniu procedury do pracowni.

(akta kontroli str. 601, 661, 672-673)

Ustalono, że nowo zatrudniani pracownicy przechodzili szkolenie wstępne z zakresu higieny, epidemiologii i profilaktyki zakażeń szpitalnych, co potwierdzali własnoręcznym podpisem.

(akta kontroli str. 147, 151, 349-356)

Specjalista ds. bhp wyjaśnił, że nie uczestniczył w opracowywaniu ww. procedur. Dodał, że z informacji, które posiada ww. procedury były opracowane m.in. w oparciu o wiedzę i bogate doświadczenie pielęgniarki epidemiologicznej, a także

³⁰ Oddziału okulistycznego, wewnętrznego, chirurgicznego, neurologicznego, neonatologicznego oraz pracowni RTG.

lekarza medycyny, który jest przewodniczącym Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

Odnosnie procedury postępowania z ostrymi narzędziami³¹ wyjaśnił, że po zatrudnieniu w Szpitalu został z nią zapoznany i aktualizował ją w porozumieniu z Komisją bhp nie wnosząc zmian do procedury. Dodał również do ww. procedury nie były formułowane żadne szczegółowe opinie.

(akta kontroli str. 263)

1.8. Szkolenia pracowników mające na celu zapobieganie narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny

Na podstawie badania dokumentacji wybranych losowo 50 pracowników³² uczestniczących w realizacji świadczeń zdrowotnych stwierdzono, że w aktach osobowych ww. pracowników nie było zaświadczeń o ukończeniu okresowych szkoleń, o których mowa w § 7 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.

Specjalista ds. higieny i epidemiologii na pytanie, w jaki sposób Szpital realizował szkolenia, o których mowa w § 7 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie wyjaśniła, że szkolenia z zakresu zapobiegania narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny były prowadzone w ramach szkoleń wstępnych i okresowych z zakresu bhp i profilaktyki zakażeń szpitalnych, podczas którego omawiane były następujące procedury: higiena rąk w warunkach szpitalnych, praca z ostrym sprzętem medycznym i narzędziami, stosowanie środków ochrony indywidualnej, postępowanie z odpadami medycznymi, postępowanie po ekspozycji na krew i IPIM³³.

Dodała, że wszyscy pracownicy przyjmowani do pracy na umowę o pracę i stażyści byli przeszkoleni z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych.

(akta kontroli str. 148, 349-366)

Stwierdzono, że każdy z 50 losowo wybranych pracowników posiadał aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego, o których mowa w § 14 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy³⁴. Zakres tematyczny ww. szkoleń obejmował m.in: aktualizację i uzupełnienie wiedzy i umiejętności z zakresu przepisów prawnych dotyczących bhp, analizy i oceny zagrożeń czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, uciążliwymi i niebezpiecznymi oraz ocenę ryzyka związanego z tymi zagrożeniami, zagadnienia związane z wypadkami przy pracy i postępowania w sytuacjach awaryjnych.

Zakres tematyczny ww. szkoleń nie obejmował jednak wszystkich zagadnień określonych szczegółowo w § 7 ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie (szerzej opisano tę kwestię w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Dokumentacja osobowa 50 losowo wybranych pracowników Szpitala wykazała, że 14 z nich rozpoczęło pracę w Szpitalu w okresie objętym kontrolą. Analiza teczek osobowych ww. osób w zakresie posiadanych zaświadczeń i szkoleń, wykazała, że każda z ww. osób posiadała zaświadczenie (kartę) szkolenia wstępnego w dziedzinie bhp oraz zaświadczenie o ukończeniu szkolenia wstępnego z zakresu higieny i epidemiologii.

(akta kontroli str. 349-366)

³¹ Nr 10/BHP z 4 maja 2016 r.

³² 24 pielęgniarek, 15 położnych, 11 lekarzy specjalności zabiegowych spośród pracowników zatrudnionych (uczestniczących w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych) w 2020 r.

³³ Inny potencjalnie infekcyjny materiał.

³⁴ Dz. U. Nr 180 poz. 1860, ze zm.

1.9. Program zapewnienia jakości

Obowiązujący w Szpitalu w okresie objętym kontrolą Program zapewnienia jakości został opracowany 14 grudnia 2009 r. Program spełniał wymogi aktualnie określone w art. 7 ust. 2a ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe³⁵.

Program zawierał instrukcję pracy z aparatem Siemens Multix ustalającą szczegółowe zasady postępowania w zakresie ochrony radiologicznej, procedurę obsługi aparatu rtg, podstawowe obowiązki oraz zasady stosowane w promieniowaniu jonizującym w pracowni, zakresy i obowiązki pracowników pracowni rtg, plan postępowania w sytuacja awaryjnych, który określał sposób postępowania, numery telefonów, pod które należy zadzwonić w przypadkach: awarii aparatu RTG, zaślabnięcia pacjenta, porażenia prądem, pożaru, zalania wodą, awarii sieci elektrycznej, kradzieży czy dewastacji oraz Zakładowy plan postępowania awaryjnego.

Program zapewnienia jakości dotyczył pracowni RTG i USG.

(akta kontroli str. 498-532)

Inspektor ochrony radiologicznej wyjaśniła, że Program zapewnienia jakości podlegał aktualizacji w momencie zmian na stanowisku Dyrektora Szpitala, zatrudnienia nowego pracownika, zmiany lub likwidacji aparatu lub wprowadzenia nowej procedury. Ostatnia aktualizacja ww. dokumentu miała miejsce 30 kwietnia 2018 r.

Ponadto podała, że w okresie objętym kontrolą istotna zmiana (doprecyzowanie) Programu zapewnienia jakości związana była z COVID-19 i dotyczyła zasad postępowania przy robieniu zdjęć przyłóżkowym aparatem RTG na oddziale Intensywnej Opieki Medycznej.

Na pytanie jak przebiegała współpraca z osobami wdrażającymi Program zapewnienia jakości wyjaśniła, że współpraca była dobra.

(akta kontroli str. 160, 488)

1.10. Uprawnienia Inspektora ochrony radiologicznej do sprawowania w Szpitalu nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej

Osoba pełniąca w Szpitalu w okresie objętym kontrolą funkcję Inspektora ochrony radiologicznej posiadała ww. uprawnienia nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego³⁶ decyzją nr 230 R/2018 z dnia 8 listopada 2018 r. Uprawnienia zostały nadane na okres 5 lat. W okresie od 11 października 2013 r. do 7 listopada 2018 r. pełniła powyższą funkcję posiadając uprawnienia nadane decyzją nr 234 R/2013 wydanej przez GIS.

Stanowisko inspektora ochrony radiologicznej podlegało bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala. W okresie objętym kontrolą GIS nie cofnął Inspektorowi ochrony radiologicznej nadanych mu uprawnień.

(akta kontroli str. 490-497, 723-724)

1.11. Realizacja obowiązków przez Inspektora ochrony radiologicznej

Inspektor ochrony radiologicznej w ramach sprawowanego nadzoru nad ochroną radiologiczną pracowników prowadziła m.in.: nadzór nad poprawnością prowadzenia dokumentacji medycznej wraz z dawkami użytymi do wykonania badań, sprawdzała poprawność działania sygnalizacji ostrzegawczej, przestrzegała terminowego wykonywania podstawowych i specjalistycznych testów kontroli parametrów aparatury RTG, nadzorowała odczyty dozymetrów indywidualnych każdego pracownika, narażonego na promieniowanie jonizujące i wysyłała je do odczytu

³⁵ Dz. U. z 2019 poz. 1792, ze zm.; dalej: „Prawo atomowe”.

³⁶ Dalej: „GIS”.

do laboratorium pomiarowego. Ponadto sprawdzała kwalifikacje pracowników w zakresie ochrony radiologicznej oraz spełnianie warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia w warunkach promieniowania jonizującego, a także nadzorowała wykonywanie przez pracowników badań lekarskich w zakresie ich terminowości.

(akta kontroli str. 467, 567-587, 603-658, 668-669)

Inspektor ochrony radiologicznej wyjaśniła, że przy wykonywaniu swoich obowiązków nie napotkała na żadne trudności uniemożliwiające właściwe wywiązywanie się z obowiązków i korzystanie z uprawnień związanych z pełnieniem ww. funkcji. Dodała również, że w okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie wystąpiły żadne zdarzenia negatywnie oddziałujące na zapewnienie właściwej ochrony radiologicznej pracowników.

(akta kontroli str. 488)

1.12. Spełnianie wymagań w zakresie ochrony pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące

Badanie dokumentacji osobowej pięciu pracowników zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umowy o pracę, pracujących w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące³⁷ wykazało, że posiadali aktualne orzeczenia lekarskie o zdolności do pracy, w tym stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia, wydane przez uprawnionego lekarza.

W okresie objętym kontrolą na promieniowanie jonizujące narażonych było 10 osób³⁸. Wszyscy pracownicy pracownicy radiodiagnostycznej stosowali środki ochrony indywidualnej tj.: fartuchy ołowiane i pół fartuchy, osłonę na tarczycę oraz rękawice.

Ponadto wszyscy ww. pracownicy wyposażeni byli w dozymetry indywidualne, które zbierały informacje o dawce promieniowania przyjętej przez każdego z nich. Po zakończeniu kwartału dozymetry wysyłane były do Instytutu Fizyki Jądrowej w Krakowie do dokonania odczytów. Wyniki odczytów drogą pocztową otrzymywał Inspektor ochrony radiologicznej, który sprawdzał czy nie zostały przekroczone normy przyjętej przez pracowników dawki promieniowania. W przypadku przekroczenia przez pracownika przewidzianej normą dawki informował o tym danego pracownika oraz Dyrektora Szpitala. W czasie, gdy dozymetry wysłane zostają do odczytów, *pracownicy pracowali na drugim zestawie indywidualnych dozymetrów.*

(akta kontroli str. 482-483, 484-485, 561-562)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie wystąpił przypadek przekroczenia dawki promieniowania jonizującego przez któregokolwiek z pracowników.

(akta kontroli str. 669)

W okresie objętym kontrolą poza pracownikami zatrudnionymi na stałe w Szpitalu na podstawie umowy o pracę, w pracowni rtg zatrudniony był na umowę zlecenia³⁹ student medycyny, który odbywał praktyki przeddyplomowe. Posiadał on aktualne orzeczenia lekarskie o zdolności do pracy, w tym stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia, wydane przez uprawnionego lekarza, wyposażony był w niezbędne środki ochrony indywidualnej, stosownie do warunków narażenia, wyposażony był w indywidualny dozymetr zapewniający pomiar dawek promieniowania jonizującego.

(akta kontroli str. 486, 562, 722)

³⁷ Czterech techników zatrudnionych w Pracowni Rentgenowskiej Ogólnej i jednego lekarza zatrudnionego na Oddziale chirurgii ogólnej.

³⁸ Dwóch lekarzy radiologów, jeden lekarz chirurgii, jeden lekarz anestezjolog oraz 6 techników elektroradiologii.

³⁹ Od 1 lipca 2020 r. do 30 września 2020 r.

Dyrektor Szpitala nie zasięgał opinii Inspektora ochrony radiologicznej na temat badania i sprawdzania urządzeń ochronnych i przyrządów dozymetrycznych.

W powyższej sprawie Inspektor ochrony radiologicznej wyjaśniła, iż zasięgnięcie ww. opinii nie było konieczne, ponieważ pracownia istniała już w latach 80-tch, istniały plany i schematy, a aparat RTG został postawiony w miejscu, w którym wcześniej zainstalowany był tomograf.

(akta kontroli str. 562)

Szpital, oprócz dozymetrów indywidualnych, nie posiadał innych przyrządów dozymetrycznych (stacjonarnych i przenośnych), z których korzystałby personel szpitala.

Pełniąca obowiązki Dyrektor Szpitala wyjaśniła, iż Szpital nie posiada przyrządów dozymetrycznych stacjonarnych, gdyż nie ma takiej potrzeby. Dodała, że Prawo atomowe nie nakłada obowiązku na Szpital, mający tylko jedno źródło promieniowania, posiadania dodatkowo stacjonarnych przyrządów dozymetrycznych.

(akta kontroli str.672-673)

Dla pracowni RTG była opracowana procedura postępowania i nadzoru nad dozymetrem indywidualnym. Procedura ta wykluczała możliwość pracy bez dozymetru, lub naświetlenia dozymetru bez obecności pracownika, do którego dozymetr był bezpośrednio (imiennie) przypisany.

(akta kontroli str. 563-564)

1.13. Kwalifikacja pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia na czynniki szkodliwe

Na podstawie badania dokumentacji osobowej pięciu pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące⁴⁰ stwierdzono, że wszystkie ww. osoby zostały zakwalifikowane do kategorii narażenia „B”. Czterech z pięciu pracowników zatrudnionych było w Szpitalu na ww. stanowiskach od ponad 15 lat, w przypadku jednej osoby było to pierwsze miejsce zatrudnienia, w związku z powyższym Dyrektor Szpitala nie występował do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki⁴¹ z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez tych pracowników w roku kalendarzowym, w którym występuje z wnioskiem, oraz w okresie czterech poprzednich lata kalendarzowych.

P.o. Dyrektor Szpitala w sprawie niewystępowania przez Szpital do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez ww. pracowników wyjaśniła, że ww. czynność nie dotyczy pracowników tu. Szpitala, gdyż Szpital nie posiada pracowników zatrudnionych w kategorii „A”, a ww. pracownicy są zakwalifikowani do kategorii B narażenia na promieniowanie jonizujące.

Wszystkie ww. osoby posiadały aktualne certyfikaty w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta⁴² ważne przez okres pięciu lat od daty wystawienia

(akta kontroli str. 484-485, 672-673)

NIK zauważa, że art. 22 ust. 1 Prawa atomowego nie uzależnia występowania do Prezesa PAA z wnioskami o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez nowo zatrudnionego pracownika od kategorii narażenia, do której zaliczony jest pracownik. Zatem przed zatrudnieniem pracownika

⁴⁰ Czterech techników zatrudnionych w Pracowni Rentgenowskiej Ogólnej i jednego lekarza zatrudnionego na Oddziale chirurgii ogólnej.

⁴¹ Dalej: „PAA”.

⁴² W przypadku czterech osób certyfikaty wydane zostały 19 października 2018 r., a w przypadku jednej osoby – w dniu 16 września 2018 r.

w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, pracodawca zobowiązany jest każdorazowo występować do PAA o uzyskanie informacji w tym zakresie.

1.14. Spełnianie wymagań przez pracownię rentgenowskie

Szpital nie posiadał ambulansu rentgenowskiego ani pracowni mammograficznej. W pracowni rentgenowskiej zainstalowany był aparat RTG typu MULTIX PRO firmy Siemens.

W wyniku oględzin stwierdzono, że parametry techniczne pracowni rentgenowskiej (powierzchnia, wysokość, konstrukcja ścian, drzwi oraz zainstalowane w pracowni urządzenia ochronne), rodzaj i wydajność zainstalowanej w pracowni wentylacji oraz wyposażenie w środki ochrony indywidualnej pracowników i pacjentów spełniały wymagania określone w rozdziale 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi⁴³. Ponadto stwierdzono, że drzwi pracowni rentgenowskiej oznakowane były znakiem ostrzegawczym przed promieniowaniem jonizującym, zgodnym ze wzorem określonym w załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia. Przed wejściem do pracowni rentgenowskiej w widocznym miejscu umieszczona była informacja o konieczności powiadomienia rejestratorki i operatora aparatu rentgenowskiego, przed wykonaniem badania, o tym, że pacjentka jest w ciąży. Gabinet z diagnostycznym aparatem rentgenowskim wyposażony był w ostrzegawczą sygnalizację świetlną umieszczoną nad drzwiami do gabinetu, włączaną równocześnie z zasilaniem generatora.

(akta kontroli str. 462-483)

1.15. Dokumentacja pracowni rentgenowskiej

Przeprowadzone oględziny pracowni rentgenowskiej wykazały, że w pracowni znajdowały się w oryginale lub w uwierzytelnionych odpisach m.in. następujące dokumenty:

- zezwolenie na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego znajdującego się w pracowni;
- projekt pracowni (rzuty pomieszczeń) wraz z projektem i opisem osłon stałych oraz wentylacji, zatwierdzonym przed uruchomieniem aparatu rentgenowskiego przez właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego;
- dokumentacja techniczna działania i obsługi aparatu rentgenowskiego, w tym także urządzeń sygnalizacyjnych i blokujących;
- sprawozdania z odczytów pomiarów dozymetrów indywidualnych;
- protokoły pokontrolne⁴⁴;
- ewidencję zawierającą m.in.: wykaz osób zatrudnionych w pracowni rentgenowskiej w podziale na odpowiednie kategorie narażenia, aktualne orzeczenia lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy pracowników na określonym stanowisku;
- szkolenia i dokumenty potwierdzające jego realizację.

(akta kontroli str. 481, 533-558)

W okresie objętym kontrolą aparat rentgenowski znajdujący się w pracowni rentgenowskiej poddawano corocznie specjalistycznym testom, wykonywanym przez akredytowane laboratorium badawcze. Z powyższych testów każdorazowo

⁴³ Dz. U. Nr 180, poz. 1325, zwane dalej: „rozporządzenie ws. bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi”.

⁴⁴ Z kontroli przeprowadzonych przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego przeprowadzonych w dniu 7 stycznia 2010 r. oraz 3 kwietnia 2013 r.

sporządzano sprawozdanie. Sprawozdania z ww. testów nie wykazały odchylenia od dopuszczalnych norm, ani nieprawidłowości w działaniu ww. aparatu.

(akta kontroli str. 603-659)

1.16. Podział lokalizacji miejsc pracy w szpitalu

W wyniku przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że na terenie pracowni radiologicznej, zgodnie z art. 18 ust. 1 i 2 Prawa atomowego w celu dostosowania działań i środków ochrony radiologicznej pracowników do wielkości i rodzajów zagrożeń, wprowadzono podział lokalizacji miejsc pracy poprzez wydzielenie terenu nadzorowanego. Teren ten został oznakowany zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2007 r. w sprawie podstawowych wymagań dotyczących terenów kontrolowanych i nadzorowanych⁴⁵.

(akta kontroli str. 462-463, 469)

Pełniąca obowiązki Dyrektor Szpitala wyjaśniając na podstawie jakich danych (pomiarów) dokonano wydzielenia na terenie Szpitala terenu nadzorowanego podała, że ponieważ teren nadzorowany to obszar, w którym istnieje możliwość otrzymania dawek określonych dla pracowników kategorii B, a który nie został zakwalifikowany do terenów kontrolowanych, odpowiednie znaki ostrzegawcze zostały zainstalowane przed pracownią, w której przed obecnym aparatem zamontowany był tomograf komputerowy. Dodała, że pomieszczenie posiada więcej niż 20 m², spełnia obecne standardy. Zostało również sprawdzone przez pracowników Sanepidu w pomiarach akceptacyjnych. Dodała, że całe piętro 30 lat wcześniej przygotowane było specjalnie pod działalność w zakresie radiologii, a każde pomieszczenie na pierwszym piętrze spełnia normy dla aparatów rentgenodiagnostycznych.

(akta kontroli str. 672-673)

1.17. Kontrole zewnętrzne

W okresie objętym kontrolą Państwowa Inspekcja Pracy⁴⁶ przeprowadziła w Szpitalu pięć kontroli⁴⁷ w zakresie przestrzegania wybranych przepisów ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w tym m.in.: zagadnień dot. zawierania umów cywilnoprawnych, wypłaty dodatków do wynagrodzenia.

W wyniku ww. kontroli sformułowano zostały wnioski dot. m.in.: zapewnienie wypłaty wynagrodzenia w wysokości wynikającej z wysokości minimalnej stawki godzinowej, co najmniej raz w miesiącu – przy umowach zleceniach zawartych na czas dłuższy niż miesiąc, rzetelnego prowadzenia ewidencji czasu pracy pracowników, wypłacania pracownikom ekwiwalentu pieniężnego za niewykorzystany urlop wypoczynkowy w dniu rozwiązania stosunku pracy, tj. w dacie, w której roszczenie z tego tytułu stało się wymagalne, każdorazowe zamieszczanie w świadectwach pracy informacji o liczbie dni i godzinach wykorzystanego urlopu lub za który wypłacono ekwiwalent pieniężny, ustalenie sposobu podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących oraz niewykonujących zawodu medycznego celem dostosowania do obowiązujących przepisów oraz określenia w karcie szkolenia wstępnego bhp daty przeprowadzania instruktażu stanowiskowego.

(akta kontroli str. 381- 411, 414-425, 427-436, 443-460)

⁴⁵ Dz. U. Nr 131, poz. 910.

⁴⁶ Zwana dalej: „PIP”.

⁴⁷ W terminach: 16 i 25 stycznia 2017 r., marzec-kwiecień 2017 r., październik-listopad 2017 r., sierpień 2018 r. oraz lipiec 2020 r.

Szpital każdorazowo pisemnie poinformował PIP o wykonaniu wydanych zaleceń pokontrolnych. W związku z ww. kontrolami PIP nie wydał żadnych decyzji administracyjnych.

(akta kontroli str. 412-413, 426, 422, 461)

PIP w wyniku przeprowadzenia ww. kontroli wystawiła jeden nakaz⁴⁸ dot. przeprowadzenia szkolenia okresowego z bhp dla jednego pracownika zatrudnionego na stanowisku robotniczym, z terminem wykonania do dnia 30 września 2018 r. Szpital pismem z dnia 24 września 2018 r. poinformował PIP o zrealizowaniu ww. nakazu, poprzez przeprowadzenie szkolenia okresowego z zakresu bhp ww. osoby w dniu 20 września 2018 r.

(akta kontroli str. 437-438)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Do dnia 30 października 2020 r. nie przeprowadzono ponownej oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalny zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, co było wymagane § 3 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie. Zgodnie z powyższym przepisem aktualizacja dokonuje się nie rzadziej niż raz na dwa lata, tj. ponowna ocena winna zostać dokonana do dnia 6 sierpnia 2020 r.

Specjalista ds. bhp wyjaśnił, iż nie dokonał aktualizacji powyższego dokumentu we wskazanym okresie z powodu nieobecności spowodowanej przebywaniem na zwolnieniu lekarskim od dnia 8 września 2020 r. do nadal. Dodał, że zobowiązuje się do dokonania aktualizacji ww. dokumentu po powrocie do pełnienia obowiązków służbowych.

(akta kontroli str. 98)

Zdaniem NIK, powyższe wyjaśnienia nie mogą stanowić usprawiedliwienia stwierdzonej nieprawidłowości, bowiem niezależnie od przedstawionych w nich okoliczności, na pracodawcy spoczywał obowiązek zapewnienia terminowego przeprowadzenia ponownych ocen ryzyka zawodowego związanych ze zranieniami.

2. Szpital nie posiadał protokołów z posiedzeń Komisji bhp za I i II kw. 2017 r. Stanowiło to naruszenie wewnętrznych uregulowań, bowiem zgodnie z § 7 zarządzeń Dyrektora Szpitala w sprawie powołania Komisji BHP, każde posiedzenie Komisji powinno być udokumentowane protokołem z posiedzenia.

W powyższej sprawie Specjalista ds. bhp wyjaśnił, iż od czasu podjęcia się przez niego w Szpitalu pełnienia obowiązków w Służbie bhp, nie udało się odnaleźć protokołów z posiedzeń Komisji bhp za okres od 1 stycznia do 24 września 2017 r.

(akta kontroli str. 162)

NIK zauważa, że brak udokumentowania posiedzeń stanowi niewypełnienie obowiązków ustalonych w zarządzeniach Dyrektora Szpitala oraz nie daje możliwości potwierdzenia odbywania posiedzeń przez Komisję bhp.

3. Częstotliwość posiedzeń Komisji bhp w badanym okresie była niezgodna z art. 237¹³ § 2 Kodeksu pracy oraz § 4 zarządzeń wewnętrznych Dyrektora Szpitala w sprawie powołania Komisji bhp. Nie przeprowadzono posiedzeń Komisji bhp w IV kw. 2018 r., II i IV kw. 2019 r. oraz III kw. 2020 r.

Specjalista ds. bhp w sprawie przyczyn nieprzeprowadzenia posiedzeń Komisji bhp w ww. terminach wyjaśnił, że posiedzenia Komisji odbywały się w terminach

⁴⁸ Nr Rej. 040291-5317-K024-Nk01/18 z dnia 31 sierpnia 2018 r.

ustalonych i dogodnych dla wszystkich członków Komisji, a ich niedostosowanie do terminów określonych ww. zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora Szpitala spowodowane były tym, iż uważał, że niewielka różnica w czasie nie ma znaczącego wpływu na stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy. Dodał, że ważne dla niego było, aby posiedzenia Komisji się odbyły.

(akta kontroli str. 62-81, 141)

NIK zauważa, że powyższe wyjaśnienia nie mogą stanowić uzasadnienia dla zaniechania odbywania posiedzeń Komisji bhp w terminach określonych w obowiązujących przepisach oraz wewnętrznych uregulowaniach, jednoznacznie określających częstotliwość spotkań tego organu doradczego i opiniodawczego pracodawcy.

4. Niezatwierdzenie przez Dyrektora Szpitala protokołów z posiedzeń Komisji bhp, pomimo wymogu określonego w § 7 zarządzeń wewnętrznych Dyrektora Szpitala w sprawie powołania Komisji bhp.

Pełniący obowiązki Dyrektor Szpitala⁴⁹ wyjaśnił, że po każdym przeprowadzonym posiedzeniu Komisji bhp był sporządzany i przedstawiany protokół, który po analizie był zatwierdzany w formie ustnej (ze względu na brak jednoznacznego określenia w zarządzeniach Dyrektora formy zatwierdzenia: słownej, pisemnej, została przyjęta forma ustnego zatwierdzenia po szczegółowej jego analizie, wzory protokołów przewidywały podpisy przewodniczącego i członków Komisji, w związku z powyższym nie były one przez sekretariat przedstawiane do podpisu).

(akta kontroli str. 54-81, 672-673, 719-721)

NIK ponownie zauważa, że brak udokumentowania wykonania obowiązków ustalonych w zarządzeniach Dyrektora Szpitala nie daje możliwości potwierdzenia faktycznej ich realizacji.

5. Nie przeprowadzono szkoleń⁵⁰ mających na celu zapobieganie narażeniu na zranienia i jego skutkom, którego tematyka została określona w § 7 ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie. Przeprowadzenie ww. szkoleń było wymagane § 7 ust. 1 ww. rozporządzenia.

Specjalista ds. bhp potwierdził, że w ramach prowadzonych szkoleń bhp nie uwzględniono tematyki wymaganej ww. przepisami oraz dodał, że w związku z brakiem tematyki szkolenia przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, firma prowadząca szkolenia z bhp zobowiązała się doszkolić pracowników na stanowiskach medycznych, co potwierdzone będzie stosownym świadectwem szkoleń oraz podpisami osób przeszkolonych.

(akta kontroli str. 161, 349-350)

6. Nie wykonano założonych na 2020 r. w *Analizie stanu bhp* za okres od 1 stycznia 2019 do 31 grudnia 2019 r., zadań mających na celu poprawę bezpieczeństwa pracy tj.: aktualizacji oceny ryzyka zawodowego, pomiaru hałasu na stanowiskach pracy w pomieszczeniach sterylizatorni oraz szkoleń okresowych pracowników.

Specjalista ds. bhp wyjaśnił, że ww. zadania zaplanował w drugiej połowie 2020 r., ale na skutek nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ przebywa na zwolnieniu lekarskim, co spowodowało, że nie mógł zrealizować ww. założeń. Dodał, że

⁴⁹ w okresie od 14 czerwca 2017 r. do 20 października 2020 r.

⁵⁰ Ustalono na podstawie analizy dokumentacji osobowej 50 losowo wybranych pracowników Szpitala.

wykona je najszybciej jak to będzie możliwe po powrocie do pełnienia swoich obowiązków służbowych.

(akta kontroli str. 92-96, 99-134, 141)

NIK zwraca uwagę, że niezależnie od podniesionych w wyjaśnieniach okoliczności, właściwe wykonanie zaleceń jest istotne dla poprawy warunków pracy osób pracujących w warunkach zagrożenia dla ich zdrowia.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność Szpitala w badanym obszarze. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą nieprzeprowadzenia w wymaganym terminie aktualizacji *Oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem* oraz nieprzeprowadzenia szkoleń mających na celu zapobieganie narażeniu na zranienia i jego skutkom, mimo wymogów wynikających odpowiednio z § 3 ust. 2 oraz § 7 ust.1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie. Ponadto negatywnie oceniono brak w Szpitalu części protokołów z posiedzeń Komisji bhp oraz nieprzeprowadzenie posiedzeń Komisji bhp w terminach wymaganych w obowiązujących przepisach oraz wewnętrznych zarządzeniach Dyrektora Szpitala.

Pozytywnie oceniono opracowanie przez Szpital procedur dotyczących stosowania środków ochrony indywidualnej oraz bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, jak również spełnianie przez pracownię RTG wraz z wyposażeniem wymagań określonych w obowiązujących przepisach. Inspektor ochrony radiologicznej rzetelnie wywiązywał się z obowiązków wynikających z art. 7² Prawa atomowego.

OBSZAR

2. Prawidłowość działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego

Opis stanu faktycznego

2.1. Procedura postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienie

W Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej na krew i IPIM⁵¹ zgodnie z wymogami przepisów § 9 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie.

Dyrektor Szpitala w dniu 18 lutego 2015 r. zatwierdził ww. procedurę⁵², opracowaną przez specjalistę ds. higieny i epidemiologii. Procedura określała zasady postępowania pracownika po zranieniu, zakłuciu, zachlapaniu lub innej ekspozycji z udziałem materiału biologicznego oraz zasady postępowania lekarza kierującego eksponowanych pracowników do dalszego postępowania poekspozycyjnego.

Zgodnie z zawartym w procedurze schematem postępowania pracownika po ww. ekspozycji, natychmiast powinien udać się do lekarza odpowiedzialnego za postępowanie poekspozycyjne celem zlecenia pobrania krwi od pacjenta będącego źródłem ekspozycji oraz wypełnienia skierowania pracownika do Szpitala Specjalistycznego w celu przeprowadzenia konsultacji lekarskiej, niezbędnych badań i ewentualnego leczenia. Pracownik winien wypełnić indywidualną kartę ekspozycji zawodowej, którą okazuje podczas wizyty konsultacyjnej w specjalistycznym szpitalu, celem potwierdzenia wizyty i wypisania wydanych leków oraz innych zaleceń. Ww. kartę należy po wizycie konsultacyjnej przekazać do Zespołu Kontroli Zakażeń w miejscu pracy wraz z wynikami badań. Do czasu zakończenia postępowania, pracownik ten zobowiązany jest do poddawania się zaleconym badaniom kontrolnym i dostarczania wyników tych badań do ww.

⁵¹ Inny potencjalnie infekcyjny materiał biologiczny.

⁵² Procedura DPE nr 10/2015.

Zespołu celem uzupełnienia dokumentacji poekspozycyjnej. Ekspozycje zawodową pracownik zgłasza:

- bezpośrednio przełożonemu w danej komórce organizacyjnej,
- pielęgniarce epidemiologicznej lub innej osobie z Zespołu ds. Kontroli Zakażeń,
- specjaliście ds. bhp – zgłoszenie ekspozycji zawodowej, jako wypadku w pracy.

(akta kontroli str. 191-212)

Specjalista ds. higieny i epidemiologii prowadziła szkolenia wstępne z zakresu zakażeń szpitalnych dla nowo przyjętych pracowników Szpitala. Ponadto, jednym z tematów okresowych szkoleń pracowników z bhp była identyfikacja, analiza i ocena zagrożeń czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, uciążliwymi i niebezpiecznymi oraz ocena ryzyka związanego z tymi zagrożeniami.

(akta kontroli str. 148, 151-153, 351-360)

2.2. Wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

Szpital zgodnie z § 6 pkt 3 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie, prowadził dokument pn. „Wykaz zranień ostrymi narzędziami pracowników Okręgowego Szpitala Kolejowego”⁵³. Ww. rejestr zranień zawierał wszystkie elementy wymienione w § 10 ust. 1 i 2 ww. rozporządzenia.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu doszło łącznie do 26 przypadków zranień ostrymi narzędziami⁵⁴. Wszystkie przypadki zranień zostały wykazane w ww. rejestrze. Za wyjątkiem jednego zdarzenia wszystkie wpisy były dokonane chronologicznie.

Stwierdzono, że w wykazie zranień zdarzenie z dnia 28 września 2019 r. z godz. 17.45 zostało w ww. wykazie zarejestrowane, jako późniejsze (nr 5), a zdarzenie z dnia 30 września 2019 r., które miało miejsce o godz. 13.20 zostało zarejestrowane w ww. wykazie jako wcześniejsze (nr 4).

Za prowadzenie ww. wykazu odpowiedzialna była specjalistka ds. higieny i epidemiologii.

Specjalista ds. mikrobiologii w zastępstwie specjalisty ds. higieny i epidemiologii wyjaśniła, że zdarzenie nr 5, które wydarzyło się w dniu 28 września 2019 r. o godz. 17.45 (sobota), zostało omyłkowo zarejestrowane jako późniejsze, gdyż zdarzenie nr 4 z dnia 30 września 2019 r. z godz. 13.20 (poniedziałek) jako pierwsze dotarło do Zespołu Zakażeń.

(akta kontroli str. 241-253, 368, 661-665)

Załącznikiem do funkcjonującej w Szpitalu Procedury postępowania po ekspozycji na krew i IPIM (procedura DPE nr 10/2015) była Indywidualna karta ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał zakaźny (IPIM). Karta składała się z dwóch części.

Część I ww. Karty, którą wypełniała osoba eksponowana, zawierała m.in. dane osoby eksponowanej, datę, miejsce, godzinę, stanowisko osoby eksponowanej i nazwę Oddziału na którym jest zatrudniona, krótki opis zdarzenia podczas którego doszło do zranienia, rodzaj materiału infekcyjnego, wyniki testów osoby eksponowanej w dniu ekspozycji, dane świadków ww. zdarzenia oraz dane pacjenta będącego źródłem ekspozycji. Część II ww. Karty wypełniał lekarz odpowiedzialny za postępowanie poekspozycyjne i część ta zawierał informacje dot. wyników testów pacjenta (WZW B, WZW C, HIV) rodzaj ekspozycji, informacje o tym czy osoba

⁵³ Zwany dalej „rejestrem zranień”.

⁵⁴ 12 przypadków w 2017 r., sześć w 2018 r., pięć w 2019 r. i trzy do 30 września 2020 r.

eksponowana była szczepiona, poziomem przeciwciał anty HBs osoby eksponowanej w dniu ekspozycji oraz zalecenia dalszego postępowania poekspozycyjnego.

(akta kontroli str. 200-201, 367-368)

Zarządzeniem wewnętrznym nr 12/2015 z dnia 16 kwietnia 2015 r. Dyrektor Szpitala powołał Zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych. W skład ww. zespołu wchodził: lekarz chirurg, specjalista ds. higieny i epidemiologii oraz specjalista ds. mikrobiologii.

(akta kontroli str. 191)

Na podstawie 26 przypadków zranienia ostrym narzędziem, zaistniałymi w Szpitalu w okresie objętym kontrolą (tj. 100% przypadków zaewidencjonowanych w Wykazie zranień) stwierdzono, że:

- w 25 przypadkach doszło do ekspozycji na krew, w jednym przypadku na płyn ustrojowy niemożliwy do zróznicowania;
- w 21 przypadkach zranienia zostały zgłoszone w tym samym dniu, w pięciu przypadkach następnego dnia. Wszystkie przypadki zranień zgłoszono pracownikom Zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych, co było zgodne ze schematem postępowania pracownika po ekspozycji, będącego załącznikiem do obowiązującej w Szpitalu procedury postępowania po ekspozycji na krew i IPIM;
- żadne ze zdarzeń nie zostało przez pracownika zgłoszone, jako wypadek przy pracy;
- żaden pracownik w związku ze zranieniem nie udał się na zwolnienie lekarskie;
- pracownicy, którzy ulegli zranieniom nie mieli wcześniej w Szpitalu doświadczeń związanych ze zranieniem;
- do najczęstszych przyczyn zranień należało:
 - a) zakłucie, skaleczenie, zachłapanie oczu podczas zabiegu (operacji), pobierania krwi (10 przypadków);
 - b) samozakłucia podczas usuwania ampułkostrzykawki lub igły do pojemnika na ostre odpady lub sprzątania przez salową (7 przypadków);
 - c) ponownego zakładania nasadki (osłonki) na igłę po użyciu (3 przypadki);
 - d) podawania leku agresywnemu pacjentowi i szarpaniny z agresywnym pacjentem na Izbie Przyjęć (2 przypadki);
 - e) poruszenia się pacjenta lub przypadkowego samozakłucia (4 przypadki);
- najwięcej zranień miało miejsce na Oddziale chirurgicznym (11 przypadków), Oddziale okulistycznym i poradni okulistycznej (8 przypadków), Oddziale wewnętrznym (4 przypadki), inne (3 przypadki);
- we wszystkich przypadkach Szpital badał przyczyny i okoliczności powstania zranień. Wszystkie przypadki zranień zostały odnotowane w Wykazie zranień;
- zaistniałe przypadki zranień nie spowodowały zmian w obowiązującej w Szpitalu procedurze bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami;
- wszystkie osoby eksponowane konsultowane były w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie, zgodnie z obowiązującą procedurą. Wszystkie osoby zostały poinformowane o konieczności poddawania się badaniom kontrolnym. Jedno postępowanie poekspozycyjne nie zostało zakończone, jest w toku;
- w żadnym z przypadków nie doszło do zakażenia pracownika wirusem (HBV, HCV, HIV);
- w 5 przypadkach, w których stwierdzono, że eksponowani pracownicy nie mieli wymaganej ilości antygenu HBs, pracownicy zostali zgłoszeni do lekarza

sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną celem zlecenia doszczepienia jedną dawką szczepionki WZW B;

- Szpital poniósł wszystkie koszty związane z profilaktyką poekspozycyjną.

Wszystkie postępowania poekspozycyjne były prowadzone zgodnie z regulacjami zawartymi w obowiązującej w Szpitalu *Procedurze postępowania po ekspozycji na krew i IPIM*.

(akta kontroli str. 192-212, 367-368)

2.3. Analiza kosztów postępowań poekspozycyjnych

Szpital w okresie objętym kontrolą z tytułu postępowań poekspozycyjnych poniósł następujące koszty: 5 480,30 zł w 2017 r., 2 119,00 zł w 2018 r., 2 331,91 zł w 2019 r. oraz 2 883,52 zł w 2020 r.

W latach 2017-2020 nie prowadzono postępowań sądowych przeciwko Szpitalowi z tytułu ekspozycji zawodowej. Szpital nie poniósł z ww. tytułu żadnych kosztów ani kosztów związanych z wypłaceniem odszkodowań pracownikom Szpitala.

(akta kontroli str. 159)

2.4. Raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w Szpitalu w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

Szpital zgodnie z § 11 ust.1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie, sporządzał Raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Raporty zawierały wszystkie dane i informacje wymagane § 11 ust.2 ww. rozporządzenia.

Dane zawarte ww. Raportach bhp w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie liczby zranień, nazwy jednostki organizacyjnej, w której doszło do zranienia i przyczyny zranienia były zgodne z informacjami zamieszczonymi w Wykazie zranień. Raporty zostały sporządzone przez specjalistę ds. higieny i epidemiologii, a także zatwierdzone przez Dyrektora Szpitala.

Ww. raporty zostały przekazane do wiadomości pracownikom Szpitala, inspektora bhp oraz organizacjom związkowym działającym w Szpitalu.

P.o. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że ww. raporty były przekazywane do wiadomości pracowników poprzez kierowników i koordynatorów na posiedzeniach Komitetu ds. zakażeń dwa razy w roku. Dodał, że raporty były omawiane na tych posiedzeniach i przesyłane do kierowników w wersji papierowej lub elektronicznej. Z uwagi na sytuację epidemiologiczną i wprowadzone ograniczenia zgromadzeń, w 2020 r. nie przeprowadzono posiedzeń ww. Komitetu.

(akta kontroli str. 213-240, 709-715)

Liczba sztuk zakupionego bezpiecznego sprzętu medycznego w stosunku do ostrego sprzętu medycznego w latach objętych kontrolą wynosiła:

- bezpieczne igły do pobierania krwi – 650 szt. w 2019 r. i 350 szt. do 30 września 2020 r., ostry sprzęt medyczny – 69 700 szt. w 2017 r., 78 900 szt. w 2018 r., 91 800 szt. w 2019 r. oraz 37 600 szt. w 2020 r. Udział bezpiecznego sprzętu w łącznej liczbie zakupionego sprzętu wyniósł odpowiednio: 0% w 2017 i 2018 roku, 1% w 2019 r. i 2020 r. (30 września);
- bezpieczne kaniule dożylnie – 16 870 szt. w 2017 r., 14 400 szt. w 2018 r., 13 650 szt. w 2019 r. oraz 9 450 szt. do 30 września 2020 r., co stanowiło każdorazowo 100% udziału bezpiecznego sprzętu w łącznym zakupie sprzętu ww. rodzaju;

- ampułki bezigłowe – 26 078 szt. w 2017 r., 24 754 szt. w 2018 r., 28 632 szt. w 2019 r. i 21 112 szt. w 2020 r. Odpowiednio, jako odpowiednik ostrego sprzętu medycznego zakupiono: 27 716 szt. w 2017 r., 27 465 szt. w 2018 r., 37 809 szt. w 2019 r. oraz 29 282 szt. w 2020 r. (do 30 września). Udział bezpiecznego sprzętu w łącznej liczbie zakupionego ww. rodzaju sprzętu wyniósł: 48% w 2017 r., 47% w 2018 r., 43% w 2019 r. i 42% w 2020 r.;
- nie zakupiono tępych noży chirurgicznych, ale zakupiono odpowiednik ostrego sprzętu medycznego w ilości: 10 szt. w 2017 r., 4 szt. w 2018 r., 17 szt. w 2019 r. i 20 szt. do 30 września 2020 r.;
- inne – 64 422 szt. w 2017 r., 70 608 szt. w 2018 r., 84 209 szt. w 2019 r. i 52 768 szt. w do 30 września 2020 r. W ramach odpowiedników, jako ostre narzędzia⁵⁵ zakupiono odpowiednio: 14 555 szt. w 2017 r., 15 279 szt. w 2018 r., 22 120 szt. w 2019 r. oraz 11 020 szt. do 30 września 2020 r. Udział bezpiecznego innego sprzętu w łącznej liczbie zakupionego sprzętu ww. rodzaju wyniósł: 82% w 2017 i 2018 r., 79% w 2019 r. i 83% w 2020 r.

(akta kontroli str. 258-260)

NIK ocenia, że polityka dokonywania zakupów Szpitala powinna w jak największym stopniu uwzględniać sprzęt bezpieczny, tak by wzrastał jego udział w zakupach dokonywanych przez Szpital ogółem.

2.5. Zakładowy plan postępowania awaryjnego

Obowiązujący w Szpitalu w okresie objętym kontrolą Zakładowy Plan postępowania awaryjnego zawierał dane i informacje wymagane we wzorze, stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych⁵⁶. Zakładowy Plan postępowania awaryjnego nie został zatwierdzony (podpisany) przez Dyrektora Szpitala.

Pełniący obowiązki Dyrektora Szpitala w okresie od 14 czerwca 2017 r. do 20 października 2020 r. w sprawie braku zatwierdzenia (podpisania) obowiązującego w ww. okresie w Szpitalu Zakładowego Planu postępowania awaryjnego wyjaśnił, że nie został on zatwierdzony przez nieumyślne przeoczenie. Dodał, że w okresie objętym kontrolą wielokrotnie pracownicy sekretariatu ulegali zmianie, co wiązało się z koniecznością przesuwania do ww. zadań innych pracowników, którzy mogli pominąć niektóre dokumenty przeznaczone do podpisu.

(akta kontroli str. 526-527, 719-721)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie opracowano planu ćwiczeń ani nie przeprowadzono ćwiczeń awaryjnych w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego, mimo wymogu określonego w art. 96 ust. 1 Prawa atomowego.

(akta kontroli str. 509)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie doszło do zdarzenia radiacyjnego.

(akta kontroli str. 488)

⁵⁵ Igła motylek, igła do nakłuć lędźwiowych, igła do znieczuleń podpajęczynowych, igła do punkcji, kleszce różne, ostrza różne, igła z prowadnicą, strzykawka do insuliny, strzykawka do gazometrii, igła do wkłucia centralnego, hak, kapilary, trepan, tokar, punch.

⁵⁶ Dz. U. Nr 20, poz. 169 ze zm., uchylone z dniem 23 września 2019 r.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Nie opracowano planu ćwiczeń ani nie przeprowadzono ćwiczeń awaryjnych w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego, mimo wymogu określonego w art. 96 ust. 1 Prawa atomowego.

Pełniący w okresie od 14 czerwca 2017 r. do 20 października 2020 r. obowiązki Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zgodnie z art. 96 ust. 1 Prawa atomowego jako pełniący obowiązki Kierownika jednostki był zobligowany do przeprowadzenia co 2-3 lata okresowych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego, w związku z powyższym na początku roku zaplanował przeprowadzenie ww. ćwiczeń na przestrzeni 2020 roku. Dodał, że wystąpienie w marcu 2020 r. pandemii spowodowało zmiany organizacyjne w funkcjonowaniu jednostki, a w związku z początkowymi pozytywnymi efektami walki z pandemią, przeprowadzenie ww. ćwiczeń zostało przełożone na IV kwartał 2020 r. Dodał również, że *drugi rzut pandemii o znacznie większym nasileniu, całkowita zmiana funkcjonowania jednostki (przekształcenie w szpital covidowy)* oraz odwołanie go z pełnienia funkcji p.o. Dyrektora Szpitala przyczyniło się do niezrealizowania zaplanowanych na koniec 2020 r. ww. ćwiczeń.

Natomiast p.o. Dyrektor Szpitala⁵⁷ wyjaśniła, że w okresie pełnienia przez nią obowiązków (tj. 2 miesiące), realizacja ww. zagadnienia została odłożona w czasie z uwagi na mnogość problemów związanych z bieżącym funkcjonowaniem Szpitala, jego sytuacją finansową oraz walką z epidemią wirusa SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 509, 672-673, 719-721)

W ocenie NIK, powyższe wyjaśnienia nie mogą stanowić uzasadnienia dla nieprzeprowadzania ćwiczeń, w szczególności w kontekście ich celu, wskazanego w ww. przepisie, tj. przeglądu i aktualizacji planu postępowania awaryjnego.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonej nieprawidłowości, działania Szpitala podejmowane przy opracowywaniu i realizacji procedury dot. postępowania poekspozycyjnego. Pozytywnie oceniono dokonywanie przez Szpital na bieżąco i chronologicznie wpisów w wykazie zranień ostrymi narzędziami pracowników szpitala. Prowadzone przez Szpital postępowania poekspozycyjne były zgodne z regulacjami zawartymi w obowiązującej procedurze postępowania po ekspozycji zawodowej na krew i IPIM. Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła nieopracowania planu ćwiczeń oraz nieprzeprowadzenia ćwiczeń awaryjnych w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Zapewnienie przeprowadzenia okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata, *Oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalny zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy.*

⁵⁷ W okresie od 21 października 2020 r. do 16 grudnia 2020 r.

2. Zapewnienie przeprowadzenia szkoleń mających na celu zapobieganie narażeniu na zranienia i jego skutkom, których tematyka została określona w § 7 ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.
3. Przeprowadzanie posiedzeń Komisji bhp w terminach określonych w art. 237¹³ § 2 Kodeksu Pracy, tj. przynajmniej raz na kwartał.
4. Zapewnienie właściwego dokumentowania posiedzeń Komisji bhp.
5. Przeprowadzanie ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego.
6. Zapewnienie wykonania wszystkich zadań określonych do realizacji w *Analizie stanu bhp* za 2019 r. mających na celu poprawę bezpieczeństwa pracy.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Katowice, 31 grudnia 2020 r.

Kontroler
Janina Balas
Gł. specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....