



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.033.02.2020

Pan
Włodzimierz Charchuła
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Lublińcu
ul. Sobieskiego 9
42-700 Lubliniec

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/061 – Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublińcu ¹ , ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Włodzimierz Charchuła, Dyrektor Szpitala od 1 sierpnia 2020 r. ² W okresie objętym kontrolą Dyrektorami Szpitala byli także: Barbara Szubert od 1 grudnia 2011 r. do 15 maja 2019 r. i Tomasz Piechniczek od 16 maja 2019 r. do 31 lipca 2020 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Przygotowanie świadczeniodawcy do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Prawidłowość działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do 18 grudnia 2020 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały związek z zagadnieniami będącymi przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1) Katarzyna Gradzik – doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LKA/286/2020 z 13 października 2020 r. 2) Andrzej Pakuła – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/285/2020 z 13 października 2020 r.

(akta kontroli str.1-7)

¹ Zwany dalej: „Szpital”.

² Zwany dalej: „Dyrektor”.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia realizację przygotowania i sposób reagowania Szpitala w okresie objętym kontrolą na przypadki wystąpienia zdarzeń niepożądanych przy wykonywaniu prac związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Ocenę tę uzasadniają następujące ustalenia kontroli:

- W sporządzonych w Szpitalu ocenach ryzyka zawodowego dla pracowników medycznych, narażonych na zranienie ostrym narzędziem oraz przeniesienie zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku, nie uwzględniono wszystkich wymaganych przepisami uwarunkowań, a aktualizacja tych ocen nie była przeprowadzana z wymaganą częstotliwością;
- Szkolenia pracowników, mające na celu zapobieganie narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny i jego skutkom, nie były prowadzone systematycznie;
- W 2020 r. w Szpitalu nie zapewniono działalności Komisji bezpieczeństwa i higieny pracy⁵ pomimo zatrudniania ponad 250 pracowników, co zgodnie z art. 237¹² ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy⁶ obligowało do funkcjonowania w Szpitalu tego organu;
- Nieprawidłowo prowadzono dokumentację związaną z ekspozycją zawodową; w kontrolowanym okresie Szpital prowadził dwa różne rejestry zranień, z których żaden nie odzwierciedlał faktycznej liczby zaistniałych przypadków ekspozycji zawodowej. Ponadto rejestr prowadzony przez Pielęgniarkę epidemiologiczną (wskazaną w wewnętrznych procedurach do prowadzenia tego rejestru) był sporządzony w sposób nierzetelny i niezgodny z obowiązującymi w tym zakresie § 10 ust. 1 pkt 4, 6 i ust. 2 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 przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych⁷;
- Sporządzone w okresie objętym kontrolą raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w Szpitalu, dotyczące zranień ostrymi narzędziami, zawierały zaniżone dane dotyczące faktycznej liczby takich zdarzeń, a zawarte w tych raportach analizy były powieleniem informacji z poprzednich lat, bez odniesienia się do zaistniałych przypadków i uwarunkowań w okresach, których raporty dotyczyły;
- Od zranionych pracowników nie egzekwowano poddania się dodatkowym badaniom w terminach przewidzianych w obowiązującej procedurze (spośród przypadków objętych szczegółową analizą, brak takich badań stwierdzono u 75% personelu medycznego poszkodowanego w ten sposób);
- Przez ponad siedem miesięcy (grudzień 2018-lipiec 2019) w Szpitalu nie był wykonywany nadzór nad przestrzeganiem ochrony radiologicznej, lub obowiązki w tym zakresie przypisano osobie nieposiadającej odpowiednich uprawnień;
- W 2020 r. ochrona pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące, realizowana była nierzetelnie – gdyż nieprawidłowo przeprowadzano ocenę

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

⁵ Zwanej dalej: „Komisją bhp”.

⁶ Dz. U. z 2020 r., poz. 1320 ze zm., zwanej dalej: „Kodeksem pracy”.

⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 696, zwanej dalej: „Rozporządzeniem ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie”.

narażenia tych pracowników na takie promieniowanie. Wprawdzie w Szpitalu funkcjonowały tereny nadzorowane w obu pracowniach wyposażonych w aparaty rentgenowskie, ale wyznaczone one zostały w sposób niezgodny z art. 18 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe⁸.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częstkowe kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W latach 2017-2019 (na koniec półrocza i koniec roku) oraz na koniec sześciu z 11 miesięcy 2020 r.⁹ w Szpitalu zatrudnienie¹⁰ nie przekroczyło 250 pracowników¹¹. W pozostałych pięciu miesiącach 2020r.¹² w Szpitalu zatrudnionych było na umowę o pracę od 251 do 260 pracowników.

(akta kontroli str. 85-86)

W Szpitalu spełniono wymogi dotyczące utworzenia służby bezpieczeństwa i higieny pracy¹³, poprzez wyodrębnienie w strukturach Szpitala¹⁴ jednoosobowej komórki organizacyjnej, podległej bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala. W Szpitalu powołano również w 2013 r.¹⁵ Komisję bhp, której skład osobowy zmieniono w trakcie kontroli w dniu 10 listopada 2020 r.¹⁶ W skład Komisji bhp wchodziło po trzech przedstawicieli pracodawcy i pracowników, w tym jako przedstawiciele pracodawcy: przewodniczący Komisji bhp, lekarz sprawujący opiekę nad pracownikami oraz pracownik Służby bhp. Dyrektor w swoich wyjaśnieniach wskazał, że w trakcie kontroli zwrócił się¹⁷ do związków zawodowych działających w Szpitalu o wybór i aktualizację przedstawicieli pracowników do Komisji bhp. W odpowiedzi na powyższe w dniu 1 grudnia 2020 r. otrzymał od związków zawodowych działających w Szpitalu propozycję trzech przedstawicieli pracowników do Komisji bhp.

W kontrolowanym okresie właściwy okręgowy inspektor pracy nie występował do Szpitala o informację o liczbie pracowników Służby bhp i Komisji bhp Szpitala.

W funkcjonowaniu Komisji bhp wystąpiły nieprawidłowości, opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 92-95, 101-102 i 105-106)

⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm., zwanej dalej: „Prawem atomowym”.

⁹ Stycznia, kwietnia, maja, czerwca, lipca i sierpnia.

¹⁰ Na podstawie umowy o pracę.

¹¹ Odpowiednio: w 2017 r. na koniec półrocza 244, a na koniec roku 247 pracowników, w 2018 r. – na koniec półrocza 244, a na koniec roku 237 pracowników i w 2019 r. – na koniec półrocza, a na koniec roku 243 pracowników.

¹² Odpowiednio na koniec: lutego, marca, września, października i listopada.

¹³ Zwanej dalej: „Służbą bhp”.

¹⁴ W obowiązujących regulaminach organizacyjnych Szpitala: do 31 grudnia 2018 r. w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala zatwierdzonym zarządzeniem Dyrektora Nr 40/2013 z 31 grudnia 2013 r., ze zm. i od 1 stycznia 2019 r. w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, zatwierdzonym zarządzeniem Dyrektora Nr 27/2018 z 31 grudnia 2018 r., ze zm.

¹⁵ Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 5/2013 z 19 lutego 2013 r., zwanym dalej: „zarządzeniem w sprawie powołania Komisji bhp”.

¹⁶ Aneks nr 1 do ww. zarządzenia Nr 5/2013, w którym zmieniono dwoje przedstawicieli pracodawcy.

¹⁷ W dniu 10 listopada 2020 r.

2. Osoba zatrudniona w kontrolowanym okresie do wykonywania zadań Służby bhp (od 1 grudnia 2016 r. do 31 października 2018 r. zatrudniona na stanowisku specjalisty ds. bhp, a od 1 listopada 2018 r. do dnia zakończenia kontroli - na stanowisku głównego specjalisty bhp) spełniała wymogi kwalifikacyjne określone w § 4 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy¹⁸, w tym ukończyła¹⁹ podyplomowe studia w zakresie zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy oraz odbyła²⁰ szkolenie okresowe dla pracowników służb bezpieczeństwa i higieny pracy i osób wykonujących zadania tych służb oraz dysponowała odpowiednim stażem pracy w służbie bhp²¹.

(akta kontroli str. 87-88 i 96-99)

3. Zakres działania Służby bhp obejmował wyłącznie zadania specjalisty bhp i koordynatora ds. bhp Szpitala. Służba bhp realizowała zadania określone w § 2 ust. 1 pkt 1-22 rozporządzenia ws. służby bhp (w zakresie realizacji zadań specjalisty bhp) oraz koordynowała, nadzorowała i monitorowała działania (w tym sporządzała raporty i sprawozdania) w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w Szpitalu oraz określonych grup zawodowych (w zakresie zadań koordynatora ds. bhp).

(akta kontroli str. 89-91)

4. W kontrolowanym okresie Służba bhp sporządziła i przedstawiła Dyrektorowi Szpitala analizy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w Szpitalu (za 2017 r.²², 2018 r.²³, 2019 r.²⁴ i za siedem miesięcy 2020 r.²⁵

(akta kontroli str. 67-84 i 591-610)

W latach 2017-2020 Służba bhp przeprowadziła m. in.:

- dwie kontrole²⁶ ogólnych warunków BHP w Szpitalu (obejmujące wszystkie jednostki organizacyjne Szpitala), w których brak było odniesień dot. stanu stanowisk pracy, na których zatrudnione osoby były narażone na zranienia lubi promieniowanie jonizujące,
- cztery kontrole, w tym w zakresie: stanu sanitarno-epidemiologicznego i przestrzegania procedur zapobiegania zakażeniom szpitalnym (na Oddziale Noworodkowym²⁷ i na Oddziale Chirurgii Ogólnej²⁸), stanu sanitarno-epidemiologicznego i stanu wyposażenia w środki ochrony indywidualnej (na Izbie Przyjęć²⁹) oraz stanu sanitarno-epidemiologicznego karetki i stanu wyposażenia karetki w środki ochrony indywidualnej w związku z wykonywaniem procedur wyjazdowych u pacjentów z podejrzeniem/rozpoznanieniem zakażenia wywołanego koronawirusem SARS - CO-2 (w Zespole Ratownictwa Medycznego³⁰). Kontrole wykazały nieprawidłowości m.in. w zakresie: braku kodu na pojemnikach z odpadami medycznymi, braku parawanów z materiałów umożliwiających zmycie i dezynfekcję oraz zbyt małą ilość dozowników na środki do dezynfekcji rąk w pomieszczeniach sanitarnych

¹⁸ Dz. U. Nr 109, poz. 704, ze zm., zwane dalej: „rozporządzeniem ws. służby bhp”.

¹⁹ W 2007 r.

²⁰ W 2017 r.

²¹ Zatrudniona nieprzerwanie w Szpitalu jako pracownik Służby bhp od 1 grudnia 2012 r.

²² Z dnia 15 stycznia 2018 r.

²³ Z dnia 15 stycznia 2019 r.

²⁴ Z dnia 3 stycznia 2020 r.

²⁵ Z dnia 31 lipca 2020 r.

²⁶ W listopadzie 2017 r. i w grudniu 2019 r.

²⁷ W dniu 24 września 2019 r.

²⁸ W dniu 21 lipca 2020 r.

²⁹ W dniu 28 kwietnia 2020 r.

³⁰ W dniu 27 kwietnia 2020 r.

i salach chorych; W wyniku stwierdzenia powyższych nieprawidłowości: naniesiono kody na pojemnikach z odpadami medycznymi na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala, a Służba bhp wystąpiła pisemnie do Działu Technicznego Szpitala o podjęcie działań celem uzupełnienia wystarczającej liczby ww. parawanów i dozowników,

- jedną kontrolę (audyt wewnętrzny) w zakresie przestrzegania procedur zapobiegających zakażeniom szpitalnym (na Oddziale Chorób Wewnętrznych³¹), podczas której stwierdzono jedno uchybienie w postaci zabrudzonego opatrunku zabezpieczającego kaniule.

(akta kontroli str. 570-590)

W latach 2017 – 2020 Komisja bhp nie przedstawiała Dyrektorowi analiz i wniosków (w tym: ocen stanu bhp w Szpitalu, opinii w sprawie podejmowanych przez Dyrektora środków zapobiegających wypadkom przy pracy i wniosków dotyczących poprawy warunków pracy), pomimo obowiązku określonego w § 3 zarządzenia w sprawie powołania Komisji bhp. Ustalono, że ostatnie udokumentowane posiedzenie Komisji bhp odbyło się 31 marca 2015 r.

Dyrektor w swoich wyjaśnieniach wskazał, że w kontrolowanym okresie, w Szpitalu w działaniach dotyczących stanu bhp w Szpitalu oraz zapobiegania wypadkom i poprawy warunków pracy opierano się na dokumentach przedkładanych przez Służbę bhp. W szczególności Dyrektor w swoich wyjaśnieniach wskazał, że na bieżąco współpracuje ze Służbą bhp, poprzez m. in.: zapoznanie się i akceptację protokołów powypadkowych, zapoznanie się z protokołami kontroli wewnętrznej bhp w Szpitalu, zapoznanie się z rocznymi analizami stanu bhp oraz raportami dot. zakuć, zacięć i skaleczeń.

(akta kontroli str. 101-202)

5. W Szpitalu sporządzono oceny ryzyka zawodowego³² dla grup stanowisk, w tym dla pracowników medycznych z podziałem na poszczególne oddziały, tj.: dla pracowników pracowni rtg (lekarzy, techników i rejestratorów), dla pielęgniarek (na oddziałach: Chirurgii Ogólnej, Noworodków, Wewnętrzny, Dziecięcy i na Bloku Operacyjnym), dla położnych, dla lekarzy (na Bloku Operacyjnym, w karetce ratownictwa medycznego i dla pozostałych), dla opiekunów medycznych, dla ratowników medycznych oraz dla pracowników Laboratorium Szpitala (diagnostów, techników i Kierownika).

(akta kontroli str. 530)

Analiza losowo wybranych kart ocen na stanowiskach lekarza³³ (bez określenia liczby stanowisk pracy o identycznych warunkach zatrudnienia), pielęgniarki³⁴ (z określeniem, że ocena ta dotyczy siedmiu stanowisk pracy o identycznych warunkach zatrudnienia), położnej³⁵ (z określeniem, że ocena ta dotyczy 17 identycznych stanowisk pracy) i ratownika medycznego³⁶ (z określeniem, że ocena ta dotyczy 20 pracowników ratownictwa medycznego na identycznych stanowiskach, w tym pięciu kobiet oraz 13 pracowników transportu sanitarnego, w tym trzech kobiet) wykazała, że oceny te zawierały m. in.:

- główne źródła zagrożenia życia i zdrowia, w tym we wszystkich ocenach: ostre ostrza i elementy, czynniki chemiczne i biologiczne (wyszczególnione

³¹ Przeprowadzoną 25 i 26 lutego 2019 r.

³² Zwanych dalej: „ocenami”.

³³ Na stanowisku pracy lekarza na Bloku Operacyjnym, opracowana 3 marca 2014 r.

³⁴ Na stanowisku pracy pielęgniarki na Bloku Operacyjnym, opracowana 14 maja 2013 r.

³⁵ Opracowana 14 maja 2013 r.

³⁶ Opracowana 19 maja 2014 r.

w załączniku do tych ocen), przeciążenia układu ruchu i agresja ze strony pacjentów i ich rodzin oraz w ocenach na stanowiskach położnej i ratownika medycznego – promieniowanie ultrafioletowe, a na stanowisku pielęgniarki – promieniowanie ultrafioletowe i elektromagnetyczne,

- możliwe skutki zagrożeń, w tym: zakażenia WZW, HIV, gruźlicą i innymi chorobami zakaźnymi oraz potłuczenia, rany tłuczone, zwichnięcia, złamania, wstrząśnienia mózgu i śmierć, a ponadto w ocenach na stanowiskach pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego – zakłucia, zacięcia, skaleczenia oraz rany powstałe w wyniku agresji pacjentów i ich rodzin,
- stosowane środki przed zagrożeniami, w tym: środki organizacyjno-techniczne³⁷, środki ochrony osobistej³⁸ i inne środki profilaktyczne³⁹,
- oceny ryzyka zawodowego chemicznego⁴⁰ i oceny ryzyka biologicznego⁴¹.

Do analizowanych ocen dołączone były wpisy o ich aktualizacji, z których ostatnie (we wszystkich badanych ocenach) datowane były na 27 lutego 2015 r. Ponadto, w ocenach ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, nie uwzględniono wszystkich warunków określonych w § 3 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Specjalista ds. BHP wyjaśniła, że brak aktualizacji ww. ocen w latach 2017-2020. spowodowany był niewprowadzaniem w tym okresie w Szpitalu żadnych nowych procedur medycznych związanych z wykonywanymi zawodami. W kontrolowanym okresie w Szpitalu, wg tych wyjaśnień, nie zakupywano również nowego rodzaju sprzętu, który wpływałby na zmiany w procesach pracy oraz wykonywanych czynnościach przez zatrudniony personel medyczny.

(akta kontroli str. 107-188 i 530-531)

6. W Szpitalu w okresie objętym kontrolą nie był używany bezpieczny sprzęt w rodzaju: bezpiecznych igieł do pobierania krwi (w związku z używaniem w Szpitalu zestawów do pobierania krwi w układzie zamkniętym, co w opinii pielęgniarek i personelu diagnostycznego nie naraża pacjentów na powtórne wkłucia) i bezpiecznych cewników obwodowych (w związku z brakiem zapotrzebowania na ten sprzęt ze strony personelu Szpitala). W latach 2017-2020 (do końca listopada) Szpital dokonał zakupu 62 180 szt. bezpiecznych kaniul dożylnych za łączną kwotę 140 275,1 zł⁴², co stanowiło 88,2% wydatków na zakup sprzętu medycznego Szpitala w tym okresie (159 038,1 zł). W Szpitalu (wg stanu na 17 grudnia 2020 r.) 78% użytkowanych nożyczek⁴³ chirurgicznych było narzędziami tępymi⁴⁴. Według

³⁷ Szkolenia bhp, sporządzanie instrukcji bezpiecznej pracy, obsługi i użytkowania maszyn i urządzeń.

³⁸ Ubrania robocze i środki ochrony indywidualnej.

³⁹ Profilaktyczna ochrona zdrowia, okresowe badania stanu zdrowia, badania wstępne i okresowe oraz szczepienia ochronne.

⁴⁰ Opracowanej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 grudnia 2004 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy związanej z występowaniem w miejscu pracy czynników chemicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1488).

⁴¹ Opracowanej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81, poz. 716).

⁴² W tym: w 2017 r. – 14 949 szt.za kwotę 31 608,0 zł, w 2018 r. – 17 489 szt. za kwotę 40 155, 0 zł, w 2019 r. – 16 761 szt. za kwotę 38 808,0 zł i w 2020 r. (do końca listopada) – 12 981 szt. za kwotę 29 704,10 zł.

⁴³ 108 szt. na ogółem 139 szt. używanych w Szpitalu.

wyjaśnień Pielęgniarki epidemiologicznej w związku z brakiem danych oraz sytuacją epidemiologiczną nie było możliwe wskazanie udziału tych narzędzi bezpiecznych w ilości użytkowanych narzędzi ogółem w latach 2017-2019.

Ponadto Szpital w 2020 r. (do końca listopada) zakupił 118 304 szt. ampulek bezigłowych ośmiu leków za kwotę 51 161,56 zł, co stanowiło 40,2% ilości i 5,3% kosztów zakupów ampulek wszystkich leków zakupionych w tym okresie⁴⁵.

(akta kontroli str. 476-477)

W swoich wyjaśnieniach Dyrektor Szpital wskazał, że w Szpitalu stosowane są wszystkie wymagane § 5 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie działania eliminujące lub ograniczające ryzyko wystąpienia zranień ostrymi narzędziami oraz zakażeń, tj.:

- wdrożono w każdym oddziale Szpitala procedury bezpiecznego postępowania,
- zapewniono kosze stelażowe na pedał, umożliwiające bezpieczne zbieranie i utylizację odpadów i środków ochrony indywidualnych pracowników oraz pojemniki twarde różnej wielkości (celem zapewnienia bezpieczeństwa pracowników w trakcie wykonywania procedur z użyciem ostrych narzędzi),
- zapewniono środki ochrony indywidualnej pracowników medycznych,
- każdy nowo zatrudniony pracownik ma obowiązek przedstawienia dokumentu potwierdzającego zaszczepienie przeciw WZW typ B, a gdy okres ostatniego takiego szczepienia u pracowników był dłuższy niż 10 lat lub doszło do ekspozycji na czynnik biologiczny, w każdym przypadku wykonywane było badanie na poziom przeciwciał.

(akta kontroli str. 631-632)

W latach 2017-2020 w Szpitalu nie przeprowadzano analizy kosztów zakupu bezpiecznego sprzętu, w tym w związku z dokonującym się postępem technologii medycznych oraz dostępności narzędzi chroniących przed zranieniem.

Dyrektor wyjaśnił, że w kontrolowanym okresie bezpieczne igły i bezpieczne strzykawki oraz środki ochrony indywidualnej były zawarte w umowach przetargowych, lecz personel medyczny zgłaszał zapotrzebowanie jedynie na środki ochrony indywidualnej (fartuchy, maski, czepki, kombinezony). W swoich wyjaśnieniach wskazał ponadto, że pomimo trudnej sytuacji finansowej Szpitala podejmowane były i będą starania w zakresie zaopatrzenia Szpitala w bezpieczne narzędzia medyczne oraz środki ochrony indywidualnej,

(akta kontroli str. 631)

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.

W latach objętych kontrolą w Szpitalu wg zaleceń lekarza specjalisty medycyny pracy, wykonywano szczepienia przeciwko WZW typu B jedynie pracowników medycznych, których stwierdzony poziom przeciwciał anty HBs był niższy niż 10 IU/ml oraz pracowników nowo przyjętych mających kontakt z materiałem zakaźnym. W latach 2017-2020 przeprowadzono ww. szczepienia przeciwko WZW

⁴⁴ W tym: nożyczki chirurgiczne bezpieczne stanowiły w 100% wyposażenie Bloku Operacyjnego i Oddziału Noworodkowego, a w pozostałych oddziałach stanowiły od 41% (Oddział Chirurgicznym) do 80% (na Oddziale Izby Przyjęć) wyposażenia.

⁴⁵ Odpowiednio: 293 756 szt. za kwotę 964 486 zł.

typu B u: 22 pracowników medycznych (o niskim poziomie przeciwciał) oraz dwóch pracowników nowo przyjętych mających kontakt z materiałem zakażonym. Ponadto, w latach 2018-2019 w Szpitalu wykonano szczepienia 61 pracowników medycznych, po ekspozycji na wirusa odry oraz 80 pracowników przeciw grypie. Personelowi Szpitala w kontrolowanym okresie nie podawano leków antyretrowirusowych i immunoglobiny.

(akta kontroli str. 425, 455 i 632)

7. W Szpitalu opracowano i wdrożono następujące procedury bezpieczeństwa związane z ograniczeniem narażenia pracowników na zranienie oraz postępowaniem po ekspozycji zawodowej:

1) Procedurę P-17/E *Postępowania po ekspozycji zawodowej na zakażenie czynnikami biologicznymi (HBV, HCV, HIV)*⁴⁶, obowiązującą w Szpitalu od 1 sierpnia 2014 r.⁴⁷ personel wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala. W Procedurze tej m. in. określono: rodzaje zdarzeń objętych procedurą, opis postępowania po ekspozycji, w tym postępowania natychmiastowego (w przypadku kontaktu materiału biologicznego ze skórą, bez przerywania ciągłości tkanek oraz w przypadku kontaktu materiału biologicznego ze skórą z przerywaniem ciągłości tkanek) i postępowania dalszego, profilaktyki po ekspozycji (w rozróżnieniu na zagrożenie zarażeniem wirusami: HBV, HCV i HIV), zasad konsultacji specjalistycznych po ekspozycji⁴⁸, wzorów formularzy (zgody na wykonanie badań w kierunku zakażenia wirusami HIV, HCV i HBV, zgłoszenia ekspozycji zawodowej i zgłoszenia wypadku przy pracy). W tej procedurze wskazano, że nadzór nad jej prawidłowością i skutecznością pełniła Pielęgniarka Epidemiologiczna. Personel wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala został zapoznany z treścią Procedury P-17/E i zobowiązał się do jej stosowania, co potwierdzone zostało poprzez podpisanie stosownych oświadczeń. W karcie zatwierdzenia tej procedury widnieją odręczne wpisy Pielęgniarki epidemiologicznej o jej czterokrotnej aktualizacji w dniach: 23 stycznia 2017 r., 22 stycznia 2018 r., 18 stycznia 2019 r. i 25 lutego 2020 r.

2) Procedurę P-03/E *Bezpieczne postępowanie z ostrymi narzędziami*⁴⁹, obowiązującą w Szpitalu od 27 września 2018 r.⁵⁰ personel wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala, w których wykonywane były prace związane z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami. W Procedurze tej m. in. określono: narzędzia i wyroby medyczne uznane za ostre, opis postępowania celem uniknięcia zranień (w tym zakaz nakładania osłonek na igły po ich użyciu), procedurę postępowania w sytuacjach awaryjnych, wskazanie działań celem ograniczenia narażenia na zranienie ostrymi narzędziami (w których wskazano na powołanie przez Dyrektora w Szpitalu Zespołu ds. oceny postępowania z ostrymi narzędziami⁵¹), odpowiedzialności i uprawnień (w tym: kierowników komórek organizacyjnych - za prawidłową realizację postanowień procedury, Pielęgniarki epidemiologicznej - za nadzorowanie realizacji procedury w Szpitalu i prowadzenie rejestru ekspozycji

⁴⁶ Zwana dalej: „Procedurą P-17/E”.

⁴⁷ Wg odręcznych adnotacji Pielęgniarkę Epidemiologiczną na papierowej wersji tej procedury, dokonywano jej corocznie aktualizacja w latach 2017-2020. Jednocześnie brak było wpisów o dokonanych zmianach w tekście procedury w karcie jej zmiany.

⁴⁸ Ze wskazaniem Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie, jako jednostki z którą Szpital posiadał umowę na konsultację po ekspozycyjne w tym zakresie.

⁴⁹ Zwana dalej: „Procedurą P-03/E”.

⁵⁰ Wg odręcznych adnotacji Pielęgniarkę Epidemiologiczną na papierowej wersji tej procedury, dokonywano jej corocznie aktualizacja w latach 2019-2020. Jednocześnie brak było wpisów o dokonanych zmianach w tekście procedury w karcie jej zmiany.

⁵¹ Zwanego dalej: „Zespołem ds. oceny postępowania”, z ustaleniem zadań tego Zespołu, w tym m. in. omówienia dwa razy w roku raportu BHP dotyczącego wystąpienia zakłóć ostrymi narzędziami w komórkach organizacyjnych Szpitala.

zawodowej oraz Specjalisty BHP – za wdrożenie procedury powypadkowej w przypadku wystąpienia zakłucia lub skaleczenia pracownika ostrym narzędziem oraz za sporządzanie co najmniej dwa razy w roku raportu dotyczącego takich zakłuc i przedstawieniem tych raportów Dyrektorowi i ww. Zespołowi ds. oceny postępowania). W procedurze tej wskazano, że nadzór nad jej prawidłowością i skutecznością pełniła Pielęgniarka Epidemiologiczna.

W karcie zatwierdzenia tej procedury widnieją odrębne wpisy Pielęgniarki epidemiologicznej o jej dwukrotnej aktualizacji w dniach: 25 marca 2019 r. i 6 marca 2020 r.

3) Procedurę P-30/E *Stosowanie środków ochrony indywidualnej*⁵², obowiązującą w całym Szpitalu od 1 czerwca 2017 r.⁵³ W Procedurze tej m. in. określono: stosowane w Szpitalu rodzaje środków ochrony indywidualnej, cel ich stosowania, część ich zmian oraz zasady ich usuwania i zabezpieczania. W procedurze tej wskazano, że nadzór nad prawidłowością i skutecznością jej funkcjonowania sprawowali: pielęgniarki oddziałowe i koordynujące oraz kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.

W karcie zatwierdzenia tej procedury widnieją odrębne wpisy Pielęgniarki epidemiologicznej o jej dwukrotnej aktualizacji w dniach: 30 maja 2018 r. i 28 lutego 2020 r.

4) Procedurę P-02/E *Postępowanie z odpadami medycznymi*, obowiązującą w Szpitalu od 6 listopada 2017 r. we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala, na każdym stanowisku pracy.⁵⁴ W Procedurze tej określono sposób postępowania (gromadzenia, segregacji, transportu, przechowywania oraz postępowania w sytuacjach awaryjnych) z odpadami medycznymi.

W karcie zatwierdzenia tej procedury widnieją odrębne wpisy Pielęgniarki epidemiologicznej o jej trzykrotnej aktualizacji w dniach: 2 listopada 2018 r. i 2019 r. oraz 3 marca 2020 r.

(akta kontroli str. 8-66)

Jak wyjaśnił Dyrektor, przy opracowaniu ww. czterech procedur współpracowano w formie ustnej z przedstawicielami pracowników oraz Służbą bhp (wg tych wyjaśnień brak jest wymogów formalnych do pisemnego potwierdzenia współpracy przez osoby uczestniczące w ich opracowaniu).

(akta kontroli str. 102)

8. W latach 2017–2020 (do 15 maja) w Szpitalu przeprowadzono szkolenia wewnętrzne, mające na celu zapobieganie narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny w zakresie: postępowania po ekspozycji zawodowej⁵⁵, zapobiegania ekspozycji zawodowej⁵⁶, stosowania środków ochrony indywidualnej⁵⁷, bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami⁵⁸, zasad postępowania z odpadami medycznymi⁵⁹ oraz zasad pobierania krwi na posiew⁶⁰. Ponadto

⁵² Zwanej dalej: „Procedurą P-30/E”.

⁵³ Wg odrębnych adnotacji Pielęgniarkę Epidemiologiczną na papierowej wersji tej procedury, dokonywano jej aktualizacji w 2018 i 2020 r. Jednocześnie brak było wpisów o dokonanych zmianach w tekście procedury w karcie jej zmiany.

⁵⁴ Wg odrębnych adnotacji Pielęgniarkę Epidemiologiczną na papierowej wersji tej procedury, dokonywano jej corocznie aktualizacja w latach 2017-2020. Jednocześnie brak było wpisów o dokonanych zmianach w tekście procedury w karcie jej zmiany.

⁵⁵ Którymi objęto 24 osoby w 2017 r. i 47 osób w 2020 r.

⁵⁶ Którymi objęto 68 pracowników w 2018 r. i 10 pracowników w 2019 r.

⁵⁷ Którymi objęto 25 osób w 2017 r., 123 osoby w 2018 r., 22 osoby w 2019 r. i 88 osoby w 2020 r.

⁵⁸ Którymi objęto 22 osoby w 2019 r. i 47 osób w 2020 r.

⁵⁹ Którymi objęto 127 osób w 2017 r., 99 osób w 2018 r., 34 osoby w 2019 r. i 47 osób w 2020 r.

w ramach szkolenia wstępnego przeszkolono również m.in. w zakresie zapobiegania narażenia na zranienia łącznie 199 osób⁶¹, z czego 117 osób odbywających praktyki zawodowe⁶² i 82 nowo zatrudnionych pracowników⁶³. Pielęgniarka epidemiologiczna (pełniąca tę funkcję w okresie od połowy 2017 r. do 15 maja 2020 r.) wyjaśniła, że w pierwszej kolejności szkolenia w zakresie zapobiegania narażenia na zranienia obejmowały osoby nowo przyjęte do pracy lub odbywające staż i praktyki zawodowe. Pozostali pracownicy medyczni w tym zakresie przeszkalani byli w trakcie szkoleń na oddziałach Szpitala. Pielęgniarka epidemiologiczna (pełniąca tę funkcję od 15 maja 2020 r.) brak takich szkoleń od daty objęcia funkcji Pielęgniarki epidemiologicznej - wyjaśniła trwającą w 2020 r. pandemią COVID.

(akta kontroli str. 100 i 535)

Badanie losowo wybranych dokumentacji osobowych 50 pracowników medycznych Szpitala⁶⁴ wykazało, że:

- tylko 31 (62%) ww. pracowników (w tym: 9 lekarzy, 14 położnych, siedem pielęgniarek i jeden ratownik medyczny) przed objęciem stanowiska poddanych zostało instruktażowi w zakresie: warunków pracy⁶⁵, zagrożeń występujących przy określonych czynnościach⁶⁶, przygotowania wyposażenia stanowiska roboczego do wykonywania określonego zadania,
- z 34 (68%) ww. pracownikami (w tym: 4 lekarzy, wszystkie 15 położnych, siedem pielęgniarek i ośmiu ratowników medycznych) przeprowadzono instruktaż ogólny i instruktaż stanowiskowy przez właściwych kierowników komórek organizacyjnych Szpitala,
- tylko 12 (24%) ww. pracowników zostało przeszkolonych przez podmioty zewnętrzne w szczegółowych zasadach bezpieczeństwa (w tym: dwóch lekarzy⁶⁷, dwie położne⁶⁸ oraz dwie pielęgniarki⁶⁹ i sześciu ratowników medycznych⁷⁰).

(akta kontroli str. 478-497)

W powyżej wymienionych szkoleniach wewnętrznych przeprowadzonych w kontrolowanym okresie w szkoleniach dotyczących:

- a) postępowania po ekspozycji zawodowej oraz zapobiegania ekspozycji zawodowej uczestniczyło: 18 osób w 2018 r.⁷¹ i jedna pielęgniarka w 2019 r. (spośród badanej próby 50 pracowników medycznych żadna z tych osób nie uczestniczyła w tych szkoleniach w 2017 i 2020 r.),

⁶⁰ Którymi objęto 21 osób w 2018 r.

⁶¹ W tym: 69 w 2017 r., 31 w 2018 r., 55 w 2019 r. i 44 w 2020 r.

⁶² Odpowiednio: 43 w 2017 r., 18 w 2018 r., 34 w 2019 r. i 22 w 2020 r.

⁶³ Odpowiednio: 26 w 2017 r., 13 w 2018 r., 21 w 2019 r. i 22 w 2020 r.

⁶⁴ W tym: 15 pielęgniarek, 15 położnych, 10 lekarzy specjalności zabiegowych i 10 ratowników medycznych.

⁶⁵ W tym: elementów pomieszczenia pracy mających wpływ na warunki pracy, elementów stanowiska roboczego mających wpływ na bezpieczeństwo i higienę pracy, przebieg procesu pracy na stanowisku pracy w nawiązaniu do procesu w komórce organizacyjnej i w Szpitalu.

⁶⁶ W tym zagrożeń wynikających z oceny ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą, sposobem ochrony przed zagrożeniami oraz zasad postępowania w razie wypadku i awarii.

⁶⁷ W zakresie zachowania zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu elektrochirurgicznego.

⁶⁸ W zakresie pozyskiwania materiału biologicznego.

⁶⁹ W zakresie zasad pobierania krwi metodą próżniową, w tym posługiwanie się zabezpieczeniami przeciwwakcynowymi i technik wykonywania wkłuc dożłokowych.

⁷⁰ W zakresie technik wykonywania wkłuc dożłokowych.

⁷¹ W tym: dziewięć pielęgniarek, sześć położnych oraz trzech ratowników medycznych.

- b) stosowania środków ochrony indywidualnej uczestniczyło: 20 osób⁷² w 2017 r., 17 osób⁷³ w 2018 r. i sześć osób⁷⁴ w 2020 r. (w 2019 r. w Szpitalu nie przeprowadzono takich szkoleń),
- c) zasad pobierania krwi uczestniczyły: cztery pielęgniarki w 2018 r. i sześć położnych w 2019 r. (w 2017 i 2020 r. w Szpitalu nie przeprowadzono tego typu szkoleń),
- d) bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami i stosowania środków ochrony indywidualnej dwie pielęgniarki i położna w 2019 r. oraz dwie położne w 2020 r.,
- e) prawidłowego postępowania z odpadami medycznymi: 17 osób⁷⁵ w 2017 r., 16 osób⁷⁶ w 2018 r., jedna położna w 2019 r. i dwie położne w 2020 r.,
- f) szkoleniach wstępnych uczestniczyło: trzech nowo zatrudnionych pracowników w 2017 r., dwóch w 2018 r., jeden w 2019 r. i trzech w 2020 r.

Z ww. badanej próby 50 pracowników medycznych: dwie pielęgniarki uczestniczyły w ww. szkoleniach w każdym roku, 10 osób⁷⁷ uczestniczyło w ww. szkoleniach w trzech latach, siedem osób⁷⁸ w dwóch latach, 18 osób⁷⁹ tylko w jednym roku i aż 13 osób⁸⁰ w kontrolowanym okresie nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 498-508)

9. W związku z prowadzoną działalnością Szpital uzyskał, wymagane art. 4 ust. 1 pkt 10 i 11 Prawa atomowego następujące zgody i zezwolenia, wydane przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego⁸¹ na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, uruchomienie pracowni rtg oraz uruchomienie i stosowanie aparatury rentgenowskiej:

- W dniu 24 czerwca 2016 r. zgodę⁸² na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rentgenodiagnostycznych⁸³, wydanej m.in. na podstawie protokołu kontroli ŚPWIS z 10 maja 2016 r.
- W dniu 11 czerwca 2018 r. pozwolenia na uruchomienie pracowni rtg w zakresie diagnostyki medycznej⁸⁴ oraz uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego⁸⁵ do celów diagnostyki medycznej⁸⁶, które wydane zostały m.in. na podstawie opinii sanitarnej ŚPWIS z 16 maja 2018 r., sprawozdania

⁷² W tym: dziewięć pielęgniarek, sześć położnych, trzech lekarzy i dwóch ratowników medycznych.

⁷³ W tym: cztery pielęgniarki, osiem położnych i pięć ratowników medycznych.

⁷⁴ W tym: cztery pielęgniarki i dwie położne.

⁷⁵ W tym: osiem pielęgniarek, cztery położne, trzech lekarzy i dwóch ratowników medycznych.

⁷⁶ W tym: sześć pielęgniarek, trzy położne i siedem ratowników medycznych.

⁷⁷ Po cztery pielęgniarki i położne oraz dwóch ratowników medycznych.

⁷⁸ Pięć pielęgniarek i dwie położne.

⁷⁹ Dwie pielęgniarki, osiem położnych, trzech lekarzy i pięciu ratowników medycznych.

⁸⁰ W tym: dwie pielęgniarki, jedna położna, siedmiu lekarzy i trzech ratowników medycznych.

⁸¹ Zwanego dalej: „ŚPWIS”.

⁸² Decyzją Nr 38.

⁸³ W zakresie: radiografii: głowy, kręgosłupa, klatki piersiowej, kończyn górnych i dolnych, badań kontrastowych, badań pediatrycznych, radiografii jamy brzusznej oraz mammografii.

⁸⁴ Decyzja ŚWIS Nr 209/2018, wydana na okres nieoznaczony.

⁸⁵ Aparat Visaris „Vision V” (rok produkcji 2018).

⁸⁶ Decyzja ŚWIS Nr 210/2018, wydana na okres nieoznaczony.

z pomiarów dozymetrycznych wykonanych w otoczeniu tego aparatu i ankiety dotyczącej tych badań⁸⁷ oraz kontroli ŚPWIS⁸⁸.

- W dniu 6 lipca 2012 r. pozwolenia na uruchomienie pracowni rtg w zakresie diagnostyki medycznej (mammografii)⁸⁹ oraz uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego⁹⁰ do celów diagnostyki medycznej⁹¹, które wydane zostały m.in. na podstawie opinii sanitarnej ŚPWIS z 28 czerwca 2012 r., sprawozdania z pomiarów dozymetrycznych wykonanych w jego otoczeniu i ankiety tych badań⁹² oraz kontroli ŚPWIS z 4 lipca 2012 r.
- W dniu 4 października 2019 r. pozwolenia na uruchomienie i stosowanie jezdnych aparatów rtg do zdjęć przyłóżkowych⁹³, wydanych na podstawie m.in. protokołu kontroli ŚPWIS z 19 września 2019 r.⁹⁴ i sprawozdania z pomiarów dozymetrycznych wykonanych w otoczeniu tych aparatów i ankiety tych badań⁹⁵.

(akta kontroli str. 189-256)

W okresie objętym kontrolą, zgodnie z art. 7 ust. 2 Prawa atomowego dyrektorzy Szpitala opracowali i wdrożyli następujące programy i plany zapewnienia jakości⁹⁶: z dnia 17 lutego 2014 r. (zaktualizowany w dniu 17 czerwca 2015 r.), z dnia 15 maja 2018 r. (zaktualizowany w dniu 3 września 2019 r.) oraz z dnia 5 grudnia 2019 r. (zaktualizowany 10 sierpnia 2020 r.). Programy te zawierały:

- Podział między pracownikami Szpitala odpowiedzialności w realizacji zadań w zakresie ochrony radiologicznej (w *Planie zapewnienia jakości* – wskazano Dyrektora Szpitala jako osobę zapewniającą jakość ochrony w zakresie ochrony radiologicznej oraz Inspektora Ochrony Radiologicznej⁹⁷, jako osobę odpowiedzialną za nadzór, wdrożenie i utrzymanie tego programu, a w programach zapewnienia jakości obowiązujących od 15 maja 2018 r. jako osoby odpowiedzialne za realizację zadań wskazano Dyrektora, Kierownika Pracowni RTG i Mammografii, IOR i Kierownika Działu Administracyjno-Technicznego Szpitala).
- Zasady nadzoru IOR nad dokumentami w obu pracowniach (RTG i Mammografii) z ustaleniem częstotliwości ich przeglądu (raz w roku w przypadku *Planu zapewnienia jakości* i raz na kwartał w przypadku programów).
- Częstotliwość szkoleń okresowych pracowników (jeden raz w roku w przypadku *Planu zapewnienia jakości* i raz na pięć lat w przypadku programów).
- Zasady ochrony zdrowia pracowników (we wszystkich obowiązujących ww. programach zapewnienia jakości wskazano, że wszyscy pracownicy tych

⁸⁷ Wykonanych przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Katowicach (zwaną dalej: WSSE) z 5 czerwca 2018 r.

⁸⁸ Protokół kontroli Nr 680.12.NS-HR.2018 z 4 czerwca 2018 r.

⁸⁹ Decyzja ŚWIS Nr 246/2012, wydana na okres nieoznaczony.

⁹⁰ Aparat GE Healthcare „Diamond MGX 2000” (rok produkcji 2009).

⁹¹ Decyzja ŚWIS Nr 247/2012, wydana na okres nieoznaczony.

⁹² Wykonanych przez WSSE z 4 lipca 2012 r.

⁹³ Decyzja ŚWIS Nr 453/2019 dot. aparatu GMM „MAC” (rok produkcji 2019) i Decyzja ŚWIS Nr 454/2019 dot. aparatu Simens „Polymobil III (rok produkcji 2019).

⁹⁴ Nr 996.12.NS-HR,2019.

⁹⁵ Wykonanych przez WSSE 10 września 2019 r.

⁹⁶ Zwane dalej „programami”.

⁹⁷ Zwanego dalej: „IOR”.

pracowni zostali zaliczeni do kategorii narażenia „B” i objęci są dozymetrią indywidualną⁹⁸).

- Dane dotyczące infrastruktury obu pracowni (z wyszczególnieniem używanych aparatów rtg, w przypadku *Planu zapewnienia jakości*, a w przypadku programów wskazaniem Działu Administracyjno-Technicznego Szpitala jako miejsca przechowywania całości dokumentacji technicznej obu pracowni).
- W *Planie zapewnienia jakości* określono zasady ochrony osób podtrzymujących pacjenta w czasie wykonywania badań rtg.

(akta kontroli str. 457-470)

Ponadto w dniu 17 marca 2014 r. w Szpitalu opracowano i wdrożono *Program bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej*, w którym ustalono m. in.:

- zakresy odpowiedzialności Dyrektora Szpitala, IOR osoby sprawującej wewnętrzny nadzór w Pracowni mammograficznej,
- wykaz dokumentów znajdujących się w Pracowni Mammografii oraz osoby odpowiedzialne za nadzór nad tymi dokumentami,
- częstotliwość szkoleń wewnętrznych (dla pracowników nowo - przyjętych i praktykantów – na bieżąco oraz dla pracowników okresowe raz w roku),
- wymagane środki ochrony osobistej, wymogi w zakresie badań lekarskich oraz objęciem wszystkich pracowników nadzorem dozymetrycznym,
- zaliczeniem wszystkich pracowników Pracowni Mammograficznej do kategorii narażenia B,
- procedury i zasady ochrony radiologicznej ogółu ludności przed zagrożeniem promieniowaniem jonizującym, w tym zasady ochrony osób podtrzymujących pacjentów w czasie badań rtg.

(akta kontroli str. 471-475)

10. W okresie objętym kontrolą obowiązki IOR realizowane były do 27 grudnia 2018 r. i od 1 kwietnia 2019 r. do 1 lipca 2019 r. przez osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę lub umowy zlecenia oraz od 1 sierpnia 2019 r. przez podmiot zewnętrzny⁹⁹. Z czego osoby posiadające stosowne uprawnienia pełniły obowiązki IOR w okresach: do 27 grudnia 2018 r.¹⁰⁰ i od 1 sierpnia 2019 r.¹⁰¹, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 549-557)

11. W badanym okresie inspektorzy ochrony radiologicznej realizowali obowiązki i uprawnienia w zakresie nadzoru nad przestrzeganiem przez Szpital wymagań ochrony radiologicznej określonych w art. 7² Prawa atomowego poprzez:

- przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej dla pracowników zatrudnionych w narażeniu na promieniowanie jonizujące oraz przeprowadzania w ramach tych szkoleń

⁹⁸ Na podstawie umowy z Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi, dozymetry przesyłane były do kontroli co trzy miesiące, a ich wyniki przechowywane w tych pracowniach.

⁹⁹ Na podstawie dwóch umów: z 1 sierpnia 2019 r. (na okres od 1 sierpnia 2019 r. do 31 maja 2020 r.) i z 4 maja 2020 r. (na okres od 1 czerwca 2020 do 31 marca 2021 r.).

¹⁰⁰ Uprawnienia IOR typu „R”, nadane decyzją Głównego Inspektora Sanitarnego Nr 277 R/2015 z 11 czerwca 2015 r.

¹⁰¹ Uprawnienia IOR typu „R”, nadane decyzją Głównego Inspektora Sanitarnego Nr 500R/2015 z 12 listopada 2015 r. i Nr 123 R/2020 z 12 czerwca 2020 r.

stosownych ocen (w ramach obowiązków określonych w art. 7² ust. 1 pkt 1, 3, 8 i ust. 3 pkt 3 Prawa atomowego),

- aktualizację wymaganych dokumentów i instrukcji (w ramach obowiązków określonych w art. 7² ust. 1 pkt 2 i 10 Prawa atomowego),
- zlecenie i nadzór nad realizacją pomiarów dozymetrycznych wykonywanych przez Pracownię Oceny Narażenia Zawodowego Zakładu Ochrony Radiologicznej Instytut Medycyny Pracy w Łodzi dla pracowników obu pracowni rtg (w ramach obowiązków określonych w art. 7² ust. 1 pkt 4 i 5 Prawa atomowego),
- prowadzenie wykazu informacji o wpływie działalności wykonywanej przez Szpital na zdrowie ludzi i na środowisko (w ramach obowiązków określonych w art. 7² ust. 1 pkt 6 Prawa atomowego),
- weryfikowanie stanu oświetlenia ostrzegawczego obu pracowni oraz przeprowadzanych przeglądów technicznych aparatów i testów specjalistycznych (w ramach obowiązków określonych w art. 7² ust. 1 pkt 7 Prawa atomowego),
- dokonywanie ocen narażenia pracowników obu pracowni na podstawie badań lekarskich i pomiarów dawek indywidualnych (w ramach obowiązków określonych w art. 7² ust. 1 pkt 9 Prawa atomowego),
- bieżącą współpracę i wymianę informacji ze służbą bhp Szpitala (w ramach obowiązków określonych w art. 7² ust. 1 pkt 11 Prawa atomowego).

Obecnie pełniącą funkcję IOR wskazała, że w przypadku pozostałych obowiązków i uprawnień w zakresie nadzoru nad przestrzeganiem przez Szpital wymagań ochrony radiologicznej określonych w art. 7² ust. 1 pkt 13- 16 oraz ust. 3 pkt 1, 2 i 4 Prawa atomowego brak było wskazań do ich realizacji w kontrolowanym okresie, a wytyczne do realizacji obowiązków wynikających z art. 7² ust. 1 pkt 12 Prawa atomowego (w formie rozporządzenia) nie zostały wydane do dnia zakończenia kontroli.

(akta kontroli str. 538-540)

12. Szpital zapewnił ochronę pracownikom zatrudnionym w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, poprzez zapewnienie wyposażenia tych pracowników w indywidualne dozymetry dawek indywidualnych¹⁰². Pomiarów indywidualnych dawek promieniowania, zarejestrowane na ww. dozymetrach wykonywał na zlecenie Szpitala, co trzy miesiące przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi¹⁰³. Zasady użytkowania tych dozymetrów przez pracowników, ustalone zostały w instrukcji ich stosowania¹⁰⁴ i zasadach ich użytkowania¹⁰⁵.

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą prowadzono *Ewidencje dawek indywidualnych i lekarskich badań*¹⁰⁶ pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, w której odnotowywano wyniki ww. pomiarów za każde trzy miesiące i zsumowane dawki roczne (w latach 2019-2020) oraz terminy ważności: badań lekarskich, szkolenia bhp i szkolenia ochrony radiologicznej pracownika (w przypadku całego kontrolowanego okresu). Analiza ww. Ewidencji dawek oraz wyników pomiarów indywidualnych¹⁰⁷ wykazała,

¹⁰² Dozymetry termoluminescencyjne pomiaru indywidualnego równoważnika dawki HP (10).

¹⁰³ Na podstawie zleceń Szpitala, ostatniego nr 60/2018/ZOZ z 20 czerwca 2018 r.

¹⁰⁴ Z dnia 10 października 2016 r.

¹⁰⁵ Z dnia 3 września 2019 r.

¹⁰⁶ Zwana dalej „Ewidencją dawek”.

¹⁰⁷ Otrzymanych przez Szpital z Instytut Medycyny Pracy w Łodzi.

że w okresie od grudnia 2016 r. do sierpnia 2020 r. nie odnotowano wśród personelu obu pracowni przekroczeń najmniejszej wykrywalnej dawki 0,1 mSv w poszczególnych okresach pomiarowych oraz w ciągu danego roku.

(akta kontroli str. 508-529)

13. W ww. programach zapewnienia jakości wszyscy pracownicy obu pracowni (RTG i Mammograficznej) zostali zaliczeni do kategorii narażenia „B”. Badania losowo wybranych dokumentacji osobowych dziewięciu, spośród 19 pracowników zatrudnionych w tych pracowniach w latach 2017-2020 wskazały, że wszystkie te osoby zostały przeszkolone w zakresie bhp, ochrony radiologicznej pacjenta, posiadały aktualne obowiązkowe badania lekarskie oraz (za wyjątkiem jednej osoby) zostały zapoznane z ryzykiem zawodowym i z informacją o zagrożeniu na danym stanowisku pracy. Pracownicy objęci badaną próbą odnotowani byli w prowadzonej w Szpitalu (na podstawie pomiarów indywidualnych dozymetrów) ewidencji dawek indywidualnych i badań lekarskich za lata 2017-2020. W dokumentacjach osobowych ww. dziewięciu osób brak było informacji o uzyskaniu przez Szpital przed ich zatrudnieniem informacji o dawkach otrzymanych przez nich w roku kalendarzowym, w którym zostali zatrudnieni oraz w okresie czterech poprzednich lat kalendarzowych.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital nie występował do Prezesa Państwowej Agencji Atomowej¹⁰⁸ z wnioskami o informacje z centralnego rejestru dawek o ww. dawkach otrzymanych przez nowo zatrudnianych pracowników, ponieważ wszyscy (również nowi) pracownicy zatrudnieni w Szpitalu w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące zaliczani byli wyłącznie do kategorii B. Ponadto według tych wyjaśnień wszystkie osoby nowo zatrudnione nie pracowały wcześniej na stanowiskach zaliczonych do kategorii A lub było to ich pierwsze miejsce pracy.

(akta kontroli str. 508-525, 541-542 i 633)

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

14. Obie pracownie (RTG i Mammograficzna) spełniały wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi¹⁰⁹, co potwierdził ŚPWIS w: kontrolach spełniania warunków ochrony radiologicznej¹¹⁰, wydanych pozytywnych opiniach dotyczących aneksów do projekt osłon stałych dla tych pracowni¹¹¹ oraz wykonanych pomiarów rozkładu dawki promieniowania jonizującego w otoczeniu aparatów rtg¹¹².

(akta kontroli str. 194-198, 203-219, 226-238, 243-256 i 543-546)

¹⁰⁸ Dalej: „PAA”.

¹⁰⁹Dz. U. Nr 180, poz. 1325, zwane dalej: „rozporządzeniem ws. bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi”,

¹¹⁰ Protokoły kontroli nr 617.12.NS-HR.2016 z 10 maja 2016 r., nr 623.12.NS-HR.2017 z 31 maja 2017 r., nr 680.12.NS-HR.2018 z 4 czerwca 2018 r. i nr 996.12.NS-HR.2019 z 19 września 2019 r.

¹¹¹ Opinia nr NS-HR.9027.114.2012 z 28 czerwca 2012 r. i nr 87/2018 z 16 maja 2018 r.,

¹¹² Sprawozdania: nr DL-575/HR-46/2012/1/S z 4 lipca 2012 r., nr DL-319/HR-98/2018/01/S z 5 czerwca 2018 r. oraz dla aparatów przyłóżkowych rtg: nr DL-517/HR-184/2019/01/S i nr DL-517/HR-184/2019/02/S z 10 września 2019 r.

15. W obu pracowniach znajdowały się oryginały lub uwierzytelnione kopie dokumentów wymaganych § 22 rozporządzenia ws. bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi.

(akta kontroli str. 546-547)

16. W okresie objętym kontrolą pracownie: RTG i Mammograficzna, były terenami nadzorowanymi, ustalonymi na podstawie projektów osłon stałych tych pracowni (wejścia na ich teren były oznakowane tablicami informacyjnymi oraz oświetleniem ostrzegawczym). Dopiero w trakcie kontroli NIK, w dniu 14 grudnia 2020 r. Dyrektor Szpitala w sposób formalny¹¹³ ustalił obszar tego terenu obejmujący obie pracownie (ustalając go w granicach pomieszczeń tych pracowni, zgodnie z projektem osłon stałych), co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 547, 558-563, 634 i 636)

17. W kontrolowanym okresie w Szpitalu przeprowadzono łącznie 47 kontroli zewnętrznych¹¹⁴, z czego: 32 kontrole przeprowadziła Państwowa Inspekcja Sanitarna (Wojewódzka i Powiatowa)¹¹⁵, w trakcie których kontrolowano warunki sanitarne na poszczególnych oddziałach i jednostkach Szpitala oraz przestrzeganie warunków wykonywania poszczególnych świadczeń lub zadań w Szpitalu (np. szczepień, żywienia, ratownictwa medycznego, ochrony radiologicznej), cztery kontrole przeprowadziło Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, po trzy kontrole przeprowadziła Inspekcja Pracy i Starosta Lubliniecki oraz po jednej kontroli inne jednostki¹¹⁶. Spośród ww. 47 kontroli cztery przeprowadzone przez ŚPWIS dotyczyły zagadnień objętych kontrolą NIK, tj. trzy kontrole¹¹⁷ dotyczyły przestrzegania warunków ochrony radiologicznej w Szpitalu (z czego dwie: z 4 czerwca 2018 r. i 19 września 2019 r. – przeprowadzane były w związku z wnioskiem Szpitala o wydanie zezwoleń na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na działanie promieniowania jonizującego), a jedna¹¹⁸ prawidłowości postępowania z odpadami medycznymi. Spośród ww. czterech kontroli, we wszystkich trzech dotyczących przestrzegania warunków ochrony radiologicznej w Szpitalu, ŚPWIS nie stwierdziła nieprawidłowości. W przypadku kontroli prawidłowości postępowania z odpadami medycznymi, w wyniku stwierdzonych nieprawidłowości Śląski Państwowy Inspektor Sanitarny wydał decyzję¹¹⁹, w której zarządził usunięcie 11 nieprawidłowości¹²⁰ związanych z postępowaniem z odpadami medycznymi w pomieszczeniach Szpitala. W wyniku wniosku Szpitala, ŚPWIS, w dniu 2 grudnia 2020 r. ustalił¹²¹ nowy termin usunięcia tych czterech nieprawidłowości na 31 października 2020 r. W dniu 16 grudnia 2019 r. ówczesny Dyrektor zwrócił się do ŚPWIS o prolongatę terminu usunięcia kolejnych czterech nieprawidłowości do 31 stycznia 2020 r.

Z ww. nieprawidłowości, siedem zostało usuniętych przez Szpital w ww. terminach, a cztery zalecenia stały się bezprzedmiotowe w związku ze zmianą miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Gruzlicy i Chorób Płuc¹²².

¹¹³ Zarządzeniem Nr 31/2020.

¹¹⁴ W tym: 14 w 2017 r., 12 w 2018 r., 18 w 2019 r. i trzy w 2020 r. (do końca listopada).

¹¹⁵ W tym: osiem w 2017 r., dziewięć w 2018 r., 13 w 2019 r. i dwie w 2020 r.

¹¹⁶ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Narodowy Fundusz Zdrowia, Konsultant Wojewódzki Chorób Płuc i Gruzlicy, Inspektorat Farmaceutyczny oraz Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach.

¹¹⁷ Odpowiednio protokoły kontroli: nr 623.12.NS-HR.2017 z 31 maj 2017 r., nr 680.12.NS-HR.2018 z 4 czerwca 2018 r. i nr 996.12.NS-HR.2019 z 19 września 2019 r.

¹¹⁸ Protokół kontroli nr 1076.12.NS-HKiŚ.2018 z 21 września 2018 r.

¹¹⁹ Nr NS-HKiŚ.9027.119.2018 z 31 października 2018 r.

¹²⁰ W tym jednej do 31 marca 2019 r. i 10 do 31 grudnia 2019 r.

¹²¹ Decyzją NS-HKiŚ.9027.119.2018.

¹²² Z budynku przy ul. Grunwaldzkiej nr 64 (którego dotyczyły zalecenia) do budynku przy ul. Grunwaldzkiej nr 9.

Pełną realizację ww. zaleceń pokontrolnych oraz bezprzedmiotowość zaleceń dotyczących Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc potwierdziła kontrola sprawdzająca ŚPWIS z 25 lutego 2020 r.¹²³

(akta kontroli str. 257-289 i 443-452)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Niezapewnienie wypełniania ustawowych obowiązków określonych w art. 237¹³ § 1 i 2 Kodeksu pracy, przez Komisję bhp powołaną w 2013 r.¹²⁴, zobowiązaną do dokonywania analiz i wniosków (w tym: ocen stanu bhp w Szpitalu, opinii podejmowanych przez Dyrektora środków zapobiegających wypadkom przy pracy i wniosków dotyczących poprawy warunków pracy) na posiedzeniach odbywanych nie rzadziej niż raz na kwartał.

W trakcie kontroli ustalono, że w 2020 r. (odpowiednio na koniec: lutego, marca, września, października i listopada) w Szpitalu zatrudnionych było ponad 250 pracowników¹²⁵, co zgodnie z art. 237¹² § 1 Kodeksu pracy obligowało Dyrektora do powołania Komisji bhp w Szpitalu, do zadań której należała realizacja zdań w zakresie bhp określonych w art. 237¹³ Kodeksu pracy¹²⁶. Wprawdzie w Szpitalu w 2013 r. powołano Komisję bhp, ale jej ostatnie udokumentowane posiedzenie odbyło się 31 marca 2015 r.

Jak ustalono, spośród powołanych w 2013 r. sześciu członków Komisji bhp, w 2020 r. w Szpitalu pracowało jedynie dwóch¹²⁷ (w tym pracownicy Służby bhp), a pozostali członkowie tej Komisji (w tym jej Przewodniczący) przestali pracować w Szpitalu w latach 2017-2018. W trakcie kontroli NIK, Dyrektor zmienił aneksem nr 1 z 10 listopada 2020 r. zarządzenie z 19 lutego 2013 r. w sprawie powołania Komisji bhp, poprzez wyznaczenie członków Komisji będących przedstawicielami pracodawcy, w tym wskazanie jej nowego Przewodniczącego oraz podjął działania celem wyznaczenia do jej składu nowych przedstawicieli pracowników. Przy czym do zakończenia niniejszej kontroli NIK w składzie Komisji bhp nie zapewniono właściwej reprezentacji pracowników (nie spełniono wymogu art. 237¹², w związku z art. 237^{13a} Kodeksu pracy).

(akta kontroli str. 85-86, 564-569)

W swoich wyjaśnieniach Dyrektor wskazał, że Komisja bhp, zgodnie z obowiązkiem określonym w art. 237¹² Kodeksu pracy została w Szpitalu powołana i że podjął działania celem aktualizacji jej składu.

(akta kontroli str. 569)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień, należy zauważyć, że przepisy Kodeksu pracy dotyczące powołania komisji bhp, jednoznacznie określają obowiązki pracodawcy w tym zakresie (tworzenie komisji bhp u wszystkich pracodawców zatrudniających powyżej 250 pracowników), zadania komisji, jej skład oraz tryb działania. Odpowiednio do obowiązujących przepisów, w Szpitalu istniał obowiązek powołania oraz działania tego organu doradczego i opiniotwórczego pracodawcy w związku z przekroczeniem zatrudniania liczby 250 osób, co nastąpiło już w lutym

¹²³ Protokół kontroli nr 184.12.NS-HKIS.2020.

¹²⁴ Zarządzeniem ówczesnego Dyrektora Szpitala nr 5/2013 z 19 lutego 2013 r.

¹²⁵ Od 251 do 260.

¹²⁶ W tym: dokonywanie przeglądu warunków pracy, okresowej oceny stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, opiniowanie podejmowanych przez pracodawcę środków zapobiegających wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym, formułowanie wniosków dotyczących poprawy warunków pracy oraz współdziałanie z pracodawcą w realizacji jego obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

¹²⁷ Po jednym przedstawicielu pracodawcy i pracowników.

2020 r. Zatem działania celem powołania nowego jej składu winny nastąpić niezwłocznie po powstaniu tego obowiązku.

2. Nieuwzględnienie w sporządzonych ocenach ryzyka zawodowego dla pracowników medycznych, narażonych na zranienie ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy¹²⁸, wymogów określonych w § 3 ust. 1 pkt 2, 4 i 5 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie. W Szpitalu nie przeprowadzono również ww. ocen z częstotliwością wymaganą § 3 ust. 2 pkt 1 ww. rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie, tj. okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata.

Objęte szczegółową analizą oceny ryzyka zawodowego na wybranych stanowiskach personelu medycznego narażonego na zranienia, zostały przeprowadzone odpowiednio: w 2013 r. dla pielęgniarek i położnych oraz w 2014 r. dla lekarzy i ratowników medycznych. Powyższe oceny ryzyka zawodowego nie uwzględniały wszystkich uwarunkowań określonych w § 3 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie, które winny być brane pod uwagę przy ich sporządzaniu. W szczególności w ocenach tych nie wzięto pod uwagę: stanu zdrowia tych pracowników, w tym w szczególności chorób przewlekłych na które chorują (uwarunkowanie określone w § 3 ust. 1 pkt 2 tego rozporządzenia), czynności w trakcie których może dojść do narażenia (uwarunkowanie określone w § 3 ust. 1 pkt 4 tego rozporządzenia) oraz rodzaje wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych narzędzi, warunki pracy, sposób organizacji pracy, poziom kwalifikacji personelu, czynniki psychospołeczne i inne czynniki związane ze środowiskiem pracy¹²⁹ (uwarunkowanie określone w § 3 ust. 1 pkt 5 tego rozporządzenia). Badane oceny ryzyka zawodowego nie zostały zmienione od ponad pięciu lat (ostatnia ich aktualizacja została przeprowadzona w lutym 2015 r., choć ww. § 3 ust. 2 pkt 1 ww. rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie wymagał przeprowadzenia ocen ryzyka na tych stanowiskach nie rzadziej niż raz na dwa lata).

(akta kontroli str. 107-188)

Dyrektor Szpitala i Specjalista ds. BHP zgodnie wyjaśnili, że brak aktualizacji ww. ocen w latach 2017-2020 spowodowany był niewprowadzaniem w tym okresie w Szpitalu żadnych nowych procedur medycznych związanych z wykonywanymi zawodami. W kontrolowanym okresie w Szpitalu, wg tych wyjaśnień, nie zakupiono również nowego sprzętu, którym wpływał by na zmiany w procesach pracy oraz wykonywanych czynnościach przez zatrudniony personel medyczny. Dyrektor Szpitala w swoich wyjaśnieniach dodał, że Szpital jest w trakcie aktualizacji ocen ryzyka zawodowego w związku z trwającą epidemią.

(akta kontroli str. 530-531 i 630)

Zdaniem NIK, powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, ponieważ pozostają w sprzeczności z przepisem § 3 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie, który w sposób jednoznaczny wskazano jakie uwarunkowania winny być wzięte pod uwagę przy dokonywaniu ocen ryzyka zawodowego pracowników przed narażeniem. Ponadto § 3 ust. 2 pkt 1 tego rozporządzenia wskazuje terminy przeprowadzania tych ocen ryzyka (w tym co najmniej raz na dwa lata oraz przy każdej zmianie na stanowiskach mających znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w miejscu pracy).

¹²⁸ Zwane dalej: „narażeniem”.

¹²⁹ W szczególności konieczność udzielania świadczeń pacjentom sąsiadującego ze Szpitalem, Specjalistycznego Szpitala Chorób Psychiczych.

3. Brak systematycznych szkoleń pracowników mających na celu zapobieganie ich narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny i jego skutkom, wbrew obowiązкови nałożonemu na pracodawcę w § 7 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.

Analiza przeprowadzonych w latach 2017-2020 szkoleń odbytych przez losowo wybraną grupę 50 pracowników medycznych Szpitala najbardziej narażonych na ekspozycję zawodową¹³⁰ wykazała, że w szkoleniach mających na celu zapobieganie ich narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny i jego skutkom¹³¹ w latach objętych kontrolą: dwie pielęgniarki uczestniczyły w ww. szkoleniach w każdym roku, 10 osób¹³² uczestniczyły w ww. szkoleniach w trzech latach, siedem osób¹³³ w dwóch latach, 18 osób¹³⁴ tylko w jednym roku i aż 13 osób¹³⁵ w kontrolowanym okresie nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu. W badanej próbie, w szkoleniach wstępnych (obejmujących zagadnienia związane z zapobieganiem narażenia na materiał potencjalnie zakaźny i jego skutkom) uczestniczyło trzech pracowników w 2017 r., dwóch w 2018 r., jeden w 2019 r. i trzech w 2020 r. Z ww. próby aż 35 pracowników medycznych¹³⁶ (70,0% badanych) nie uczestniczyło w tego typu szkoleniach co najmniej raz na dwa lata.

(akta kontroli str. 498-508)

Była¹³⁷ Pielęgniarka epidemiologiczna wyjaśniła, że w pierwszej kolejności szkolenia te przeprowadzane były dla osób nowo przyjętych do pracy w Szpitalu, a pozostali pracownicy szkoleni byli w ww. zakresie w trakcie szkoleń przeprowadzanych na poszczególnych oddziałach Szpitala. Obecna Pielęgniarka epidemiologiczna wyjaśniła brak powyższych szkoleń od maja 2020 r. – trwająca epidemia.

Dyrektor Szpitala natomiast brak regularnych szkoleń w tym zakresie wyjaśnił stosowanymi w Szpitalu dwoma schematami szkoleń mających na celu zapobieganie narażeniu na zranienia i ich skutkom: szkolenia indywidualne dla pracowników nowo przyjętych, praktykantów, stażystów i innych pracowników obsługi oraz szkolenia dla pracowników organizowane w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala.

(akta kontroli str. 100, 534-535 i 632)

4. Niezapewnienie w Szpitalu przez dyrektorów Szpitala, przez okres ponad siedmiu miesięcy wewnętrznego nadzoru nad przestrzeganiem ochrony radiologicznej w Szpitalu, przez osoby posiadające stosowne uprawnienia, co było niezgodne z art. 7 ust. 5 Prawa atomowego.

W okresie od 28 grudnia 2018 r. do 31 lipca 2019 r. w Szpitalu, pomimo obowiązku określonego w art. 7 ust. 5 Prawa atomowego nie był sprawowany wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej, bowiem w okresach od 28 grudnia 2018 r. do 31 marca 2019 r. oraz w lipcu 2019 r. w Szpitalu nie zatrudniono osoby pełniących zadania IOR, a w okresie od 1 kwietnia do 1 lipca 2019 r. osoba pełniąca zadania IOR nie posiadała uprawnień do wykonywania tych zadań, nadanych na podstawie art. 7 ust. 12 Prawa atomowego.

(akta kontroli – str. 549-557)

¹³⁰ Obejmujących po 15 pielęgniarek i położnych oraz po 10 lekarzy i ratowników medycznych.

¹³¹ Dotyczących: zapobieganiu ekspozycji zawodowej, postępowaniu po ekspozycji zawodowej, bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami i stosowania środków ochrony indywidualnej, zasad pobierania krwi oraz prawidłowego postępowania z odpadami medycznymi.

¹³² Po cztery pielęgniarki i położne oraz dwóch ratowników medycznych.

¹³³ Pięć pielęgniarek i dwie położne.

¹³⁴ Dwie pielęgniarki, osiem położnych, trzech lekarzy i pięciu ratowników medycznych.

¹³⁵ W tym: dwie pielęgniarki, jedna położna, siedmiu lekarzy i trzech ratowników medycznych.

¹³⁶ W tym: osiem pielęgniarek, dziewięć położnych, 10 lekarzy (wszyscy badani) oraz osiem ratowników medycznych.

¹³⁷ Pełniąca tę funkcję do 15 maja 2020 r.

Dyrektor Szpitala nie potrafił wyjaśnić braku IOR w Szpitalu w okresie od 28 grudnia 2018 r. do 31 marca 2019 r. oraz zatrudnienia od 1 kwietnia 2019 r. na tym stanowisku osoby bez stosownych uprawnień.

(akta kontroli – str. 632-633)

NIK zwraca uwagę, że zapewnienie wewnętrznego nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w Szpitalu, który stosuje aparaty rentgenowskie w dwóch medycznych pracowniach rentgenowskich oraz stosuje aparaty rentgenowskie do celów rentgenodiagnostyki poza medyczną pracownią rentgenowską, należy do obowiązków Dyrektora Szpitala, który odpowiada za przestrzeganie wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w Szpitalu. Jednym z elementów zapewnienia ochrony radiologicznej w Szpitalu jest zapewnienie wewnętrznego nadzoru nad przestrzeganiem tych wymagań, poprzez zatrudnienie IOR w Szpitalu, posiadającego uprawnień do wykonywania tych zadań.

5. Nierzetelne prowadzenie ewidencji dawek radiacyjnych personelu zatrudnionego w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące w 2020 r.

W ewidencji dawek za rok 2020 pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, w przypadku dwóch pracowników (technika elektroradiologa, za okres marzec-maj 2020 r. i lekarza radiologa, za okres grudzień 2019 – luty 2020 r.) umieszczono zapis o braku przekroczenia dawki 0,1 mSv w tych okresach, pomimo że Szpital nie przesłał do Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi błon dozymetrycznych z indywidualnych aparatów dozymetrycznych tych osób z ww. okresów.

(akta kontroli – str. 509 i 512-513)

IOR wyjaśniła, że nieprzesłanie błon z indywidualnych aparatów dozymetrycznych ww. dwóch pracowników wynikało z ich zaginięcia, a potwierdzenie braku przekroczenia dopuszczalnej dawki tych osób w ewidencji dawek radiacyjnych za 2020 r., spowodowany był jej nieuwagą. W trakcie kontroli NIK, IOR dokonała zmiany w ewidencji dawek radiacyjnych, uwzględniającej brak danych w tym zakresie dla obu ww. osób. Powyższe zdaniem NIK uniemożliwia zweryfikowanie faktycznych wielkości dawek promieniowania przyjętego przez te osoby.

(akta kontroli – str. 536-537)

NIK zwraca uwagę, że systematyczna analiza naświetlenia błon indywidualnych aparatów dozymetrycznych pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące oraz rzetelne rejestrowanie potwierdzonych dawek tego promieniowania, stanowi istotny element oceny narażenia tych pracowników na promieniowanie jonizujące, o którym mowa w art. 17 ust. 4 Prawa atomowego i zapewnienia im bezpieczeństwa w pracy.

6. Funkcjonowanie terenów nadzorowanych w pracowniach RTG i Mammograficznej, bez ich formalnego ustanowienia przez Dyrektora w trybie określonym w art. 18 Prawa atomowego.

Art. 18 ust. 1 Prawa atomowego stanowi, że podziału lokalizacji miejsc pracy celem dostosowania wielkości i rodzaju zagrożeń (w tym na tereny nadzorowane), dokonuje kierownik jednostki, po zasięgnięciu opinii IOR i lekarza medycyny pracy. W Szpitalu natomiast w pracowniach RTG i Mammograficznej funkcjonowały (oraz były oznakowane) tereny nadzorowane wyłącznie na podstawie sporządzonych przez podmioty zewnętrzne projektach osłon stałych tych pracowni.

(akta kontroli – str. 547, 558-563)

Dyrektor nie wyjaśnił przyczyn funkcjonowania ww. terenów nadzorowanych w pracowniach RTG i Mammograficznej, bez ich formalnego ustanowienia,

a w trakcie kontroli (w dniu 14 grudnia 2020 r.) zarządzeniem nr 31/2020 formalnie je wyznaczył oraz ustalił ich oznakowanie i osoby upoważnione do przebywania w ich granicach w czasie wykonywanych czynności.

(akta kontroli – str. 634 i 636)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK negatywnie ocenia przygotowanie Szpitala do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Powyższa ocena wynika z nieuwzględnienia w sporządzonych w Szpitalu ocenach ryzyka zawodowego dla pracowników medycznych, narażonych na zranienie ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku, wszystkich wymaganych uwarunkowań oraz nieprzeprowadzeniu w Szpitalu aktualizacji tych ocen ryzyka zawodowego z wymaganą częstotliwością. W Szpitalu nie przeprowadzono również z wymaganą częstotliwością szkoleń wszystkich pracowników mających na celu zapobieganie ich narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny i jego skutkom. W 2020 r., pomimo zaistnienia warunków ustawowych w Szpitalu dotyczących liczby zatrudnionych pracowników, w Szpitalu nie zapewniono działalności Komisji bhp.

NIK krytycznie ocenia także niezapewnienie w Szpitalu przez okres ponad siedmiu miesięcy wewnętrznego nadzoru nad przestrzeganiem zasad ochrony radiologicznej przez osoby posiadające stosowne uprawnienia oraz nierzetelnie realizowaną w 2020 r. ochronę pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące, poprzez nierzetelnie realizowaną ocenę narażenia tych pracowników na takie promieniowanie. Wprawdzie w Szpitalu funkcjonowały tereny nadzorowane w obu pracowniach wyposażonych w aparaty rtg, ale wyznaczone one zostały w sposób niezgodny z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W Szpitalu opracowano i wdrożono od 1 sierpnia 2014 r. Procedurę P-17/E¹³⁸, w której określono:

a) Rodzaje zdarzeń objętych procedurą¹³⁹.

b) Opis postępowania po ekspozycji:

- natychmiastowego (w przypadku kontaktu materiału biologicznego ze skórą, bez przerwania ciągłości tkanek oraz w przypadku kontaktu materiału biologicznego ze skórą z przerwaniem ciągłości tkanek),
- dalszego, poprzez pobranie krwi od osoby będącej potencjalnym źródłem zakażenia w kierunku HBV, HCV i HIV (po uzyskaniu pisemnej zgody) oraz pobranie krwi od osoby ekspozowanej w kierunku HBV, HCV i HIV oraz anty-HBS (z powtórzeniem ich po trzech i sześciu miesiącach, w przypadku ujemnego ich wyniku).

¹³⁸ Wg odrębnych adnotacji Pielęgniarki Epidemiologicznej na papierowej wersji tej procedury, jej aktualizacji dokonywano corocznie w latach 2017-2020. Jednocześnie w karcie jej zmiany brak było wpisów o dokonanych zmianach w tekście procedury.

¹³⁹ W tym:

- naruszenie ciągłości skóry poprzez zakłucie, zadrapanie lub skaleczenie narzędziem zabrudzonym materiałem zakaźnym,
- kontakt materiału zakaźnego z uszkodzoną skórą, śluzówką lub spojówkami,
- długotrwały kontakt nieuszkodzonej skóry z dużą ilością materiału zakaźnego.

- c) Zgłoszenie ekspozycji bezpośrednio przełożonemu lub lekarzowi dyżurnemu (z opisaniem ekspozycji w dokumentacji medycznej).
- d) Przekazanie Pielęgniarce epidemiologicznej wypełnionej karty zgłoszenia ekspozycji.
- e) Przekazanie do Sekretariatu Dyrektora Szpitala wypełnionej karty zgłoszenia wypadku przy pracy.
- f) Profilaktykę po ekspozycji na:
 - HCV: w przypadku wyniku ujemnego badań – powtórzenie testów po trzech i sześciu miesiącach, w przypadku wyniku pozytywnego – potwierdzenie testem dopełniającym lub po 4-6 dniach badania HCV RNA metodą PCR,
 - HIV: w przypadku osoby będącej potencjalnym źródłem zakażenia HIV lub z grupy ryzyka – w ciągu 4 godz. od ekspozycji zgłoszenie do ośrodka specjalistycznego chorób zakaźnych
- g) Zasady konsultacji specjalistycznych po ekspozycji¹⁴⁰, ze wskazaniem numeru telefonu oraz osób uprawnionych¹⁴¹.
- h) Zasady pokrywania kosztów transportu osoby ekspozowanej do ośrodka specjalistycznego oraz kosztów leczenia poekspozycyjnego (w obu przypadkach ponoszonych przez Szpital).
- i) Odpowiedzialność za realizację Procedury P-17/E:
 - osoby ekspozowanej – za właściwe postępowanie i jej zgłoszenie bezpośrednio przełożonemu,
 - kierownika komórki organizacyjnej Szpitala – za zgłoszenie ekspozycji jako wypadku przy pracy oraz właściwą realizację Procedury P-17/E przez podległy personel,
 - Dyrektora Szpitala – za pokrycie kosztów postępowania poekspozycyjnego,
 - Pielęgniarki epidemiologicznej – za nadzór nad prawidłowym i skutecznym funkcjonowaniem Procedury P-17/E.

(akta kontroli str. 8-18)

W procedurze P-03/E z 27 września 2018 r. (w pkt 8.3) ówczesny Dyrektor Szpitala wskazał Pielęgniarkę epidemiologiczną jako odpowiedzialną za prowadzenie rejestru ekspozycji zawodowej, a Służbę bhp za odpowiedzialną za wdrożenie procedury powypadkowej w przypadku wystąpienia zakłucia lub skaleczenia pracowników ostrymi narzędziami. Służba bhp odpowiedzialna była za sporządzenie dwa razy w roku raportu dotyczącego zakłuć pracowników ostrymi narzędziami oraz przedstawienie ich Dyrektorowi i Zespołowi ds. Oceny Postępowania z Oстрыmi Narzędziami.

Z procedurą P-03/E poinformowani zostali pracownicy medyczni jednostek organizacyjnych Szpitala, co potwierdzili własnoręcznymi podpisami.

(akta kontroli str. 35-38)

2. W Szpitalu prowadzono dwa rejestry zranień ostrymi narzędziami. Jeden prowadzony przez Pielęgniarkę epidemiologiczną pn. *Rejestr zranień personelu pielęgniarskiego w trakcie wykonywania zabiegów przy chorych*¹⁴² (w którym rejestrowano zgłoszenia o ekspozycji zawodowej wszystkich pracowników medycznych Szpitala) oraz drugi prowadzony przez Służbę bhp pn. *Wykaz zranień*

¹⁴⁰ Ze wskazaniem Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie, jako jednostki z którą Szpital posiadał podpisaną umowę na konsultację po ekspozycyjne w tym zakresie.

¹⁴¹ Kierownika komórki organizacyjnej Szpitala w której nastąpiła ekspozycja lub kierownika dyżurnego (po godz. 15 lub w dni wolne od pracy).

¹⁴² Prowadzony od 2000 r., zwany dalej: „Rejestrem ekspozycji zawodowych”.

ostrymi narzędziami¹⁴³. W Rejestrze ekspozycji zawodowej ewidencjonowano zgłoszone Pielęgniarki epidemiologicznej¹⁴⁴ przypadki ekspozycji zawodowej. W latach 2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli) w rejestrze ekspozycji zawodowej zaewidencjonowano łącznie 32 przypadki zranień, w tym: 10 w 2017 r., dziewięć w 2018 r., osiem w 2019 r. i pięć w 2020 r. (do dnia zakończenia kontroli). Natomiast w Rejestrze zranień ewidencjonowano ekspozycje zawodowe zgłoszone¹⁴⁵ do Służby bhp jako wypadki przy pracy. W kontrolowanym okresie w Rejestrze zranień zaewidencjonowano łącznie 20 zranień ostrymi narzędziami¹⁴⁶, w tym: sześć w 2017 r., siedem w 2018 r., cztery w 2019 r. i trzy w 2020 r. Z ww. rejestrów, tylko Rejestr zranień zawierał wszystkie elementy określone w § 10 ust. 1 i 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.

(akta kontroli str. 290-294 i 611-624)

Analiza wszystkich 33 zranień zgłoszonych (jako ekspozycje lub wypadek przy pracy) w okresie objętym kontrolą¹⁴⁷ wykazała m. in., że:

a) W 31 przypadkach, w dniu zranienia zdarzenie zostało zgłoszone do bezpośredniego przełożonego i sporządzone zostało (zgodnie z Procedurą P-17/E) pisemne zgłoszenie o ekspozycji zawodowej. W jednym przypadku (zakłucie lekarza w Izbie Przyjęć w dniu 26 grudnia 2018 r.) Dyrektor Szpitala został 31 grudnia 2018 r. poinformowany w formie notatki służbowej, a następnie zostało sporządzone (bez daty jego sporządzenia), wymagane Procedurą P-17/E zgłoszenie ekspozycji zawodowej. W jednym przypadku (iniekcji pielęgniarki w Oddziale Chorób Wewnętrznych w dniu 8 maja 2018 r.) nie zostało sporządzone pisemne zgłoszenie o ekspozycji zawodowej, a następnego dnia do Dyrektora Szpitala wpłynęło pisemne zgłoszenie wypadku przy pracy w związku z tym zdarzeniem.

b) We wszystkich ww. 33 przypadkach doszło do ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał.

c) Spośród ww. przypadków zranień, 32 zostały zgłoszone jako ekspozycja, w tym: w 30 przypadkach, w ich zgłoszeniach, wskazano (zgodnie z Procedurą P-17/E): datę i orientacyjną godzinę ekspozycji, a w dwóch¹⁴⁸ w zgłoszeniach nie wskazano godziny zdarzenia. We wszystkich ww. przypadkach w zgłoszeniach ekspozycji nie podano godziny zgłoszenia przełożonemu ekspozycji.

d) Spośród wszystkich 33 zranień, aż 21¹⁴⁹ dotyczyło pielęgniarek (w tym: 16 zakłuć powstałych w trakcie iniekcji i zakładania wenflonów, trzy zranienia podczas sprzątania narzędzi po zabiegach i przygotowywania ich do dezynfekcji, jedno zranienie powstałe w trakcie operacji oraz jedno w wyniku pogryzienia przez pacjenta), siedem zranień¹⁵⁰ dotyczyło lekarzy (w tym: cztery zranienia w trakcie szycia i trzy zakłucia), dwa zranienia dotyczyły położnych (po jednym w trakcie szycia i w wyniku zakłucia) oraz po jednym zranieniu dotyczących zakłuć: technika laboranta¹⁵¹, ratownika medycznego/kierowcy oraz opiekunki.

e) Najwięcej (osiem¹⁵²) zranień miało miejsce na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala, pięć¹⁵³ na Bloku Operacyjnym, cztery na Oddziale Chorób Wewnętrznych,

¹⁴³ Zwany dalej „Rejestrem zranień”.

¹⁴⁴ Na drukach zgłoszenia ekspozycji zawodowej (F-2/P-17/E), których wzór określono w załączniku do Procedury P-17/E.

¹⁴⁵ Na drukach zgłoszenia wypadku przy pracy, których wzór określono w załączniku do Procedury P-17/E

¹⁴⁶ Z czego 19 dotyczyło przypadków ekspozycji zgłoszonych również do Pielęgniarki epidemiologicznej, a jedno zranienie pielęgniarki w wyniku iniekcji na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala w dniu 8 maja 2018 r., nie było odnotowane w rejestrze ekspozycji zawodowej.

¹⁴⁷ W okresie od 1 stycznia 2017 do 15 grudnia 2020 r.

¹⁴⁸ Zakłucie lekarza w dniu 28 grudnia 2018 r. w Izbie Przyjęć i iniekcji pielęgniarki w dniu 12 lutego 2020 r. w Oddziale Chorób Wewnętrznych.

¹⁴⁹ 63,6% wszystkich ekspozycji w badanym okresie.

¹⁵⁰ 24,2% wszystkich ekspozycji w badanym okresie.

¹⁵¹ Zakłucie strzykawką z materiałem pobranym do badania.

¹⁵² W tym: sześć pielęgniarek, jeden lekarz i jedna opiekunka.

po trzy na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym¹⁵⁴ i Oddziale Chorób Płuc¹⁵⁵, po dwa na Izbie Przyjęć¹⁵⁶, Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego¹⁵⁷ i Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii¹⁵⁸ oraz po jednym¹⁵⁹ na Oddziale Pediatrii, Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, w ramach przygotowania do pracy w Szpitalu oraz w Laboratorium Szpitala¹⁶⁰.

f) Spośród wszystkich ww. 33 zranień, jako wypadek przy pracy zgłoszonych zostało 20 przypadków (w tym: sześć w 2017 r., siedem w 2018 r., cztery w 2019 r. i trzy w 2020 r.¹⁶¹).

g) Wystąpił jeden przypadek (lekarza zatrudnionego na Bloku Operacyjnym), który w badanym okresie dwukrotnie odniósł zranienia w trakcie operacji¹⁶². Pozostałe osoby zranione nie miały wcześniejszych doświadczeń tego typu lub brak było w Szpitalu informacji na ten temat.

h) We wszystkich zgłoszonych ekspozycjach nie odnotowano przypadków zakażenia wirusami (HBV, HCV, HBS i HIV) i nie wystąpiły przypadki przebywania ww. pracowników na zwolnieniu lekarskim w związku ze zranieniami. Żadna z poszkodowanych osób nie ubiegał się również o odszkodowanie z tego tytułu.

i) We wszystkich przypadkach, w zgłoszeniach ekspozycji (zgodnie z Procedurą P-17/E), opisano ich okoliczności oraz podjęte działania po zranieniu. Analizy przyczyn powstania tych zranień dokonano jedynie w 14 przypadkach¹⁶³.

j) W 31 przypadkach¹⁶⁴ w dniu zranienia (po średnio ok. 2,5 godz. od zdarzenia) przeprowadzono (wymagane Procedurą P-17/E) badania laboratoryjne poszkodowanego personelu i pacjenta (na obecność HCV, HBS i HIV). Dwa pozostałe przypadki dotyczyły: badań poszkodowanej pielęgniarki i pacjenta przy niezgłoszonej ekspozycji z dnia 8 maja 2018 r. oraz badań poszkodowanego lekarza po ekspozycji (pierwotnie nie zgłoszonej) z 26 grudnia 2018 r.¹⁶⁵. W jednym przypadku¹⁶⁶, po uzyskaniu pozytywnego wyniku HBS pacjenta, po dwóch dniach przeprowadzono ponowne badania w tym zakresie w zewnętrznym laboratorium diagnostycznym (metodą PCR)¹⁶⁷.

k) W Rejestrze ekspozycji zawodowej tylko w pięciu przypadkach znajdowały się potwierdzenia przeprowadzenia wymaganych Procedurą P-17/E ponownych badań poszkodowanego personelu medycznego¹⁶⁸. I tak: w dwóch przypadkach¹⁶⁹ po trzech i sześciu miesiącach oraz w trzech przypadkach jedynie po trzech miesiącach od ekspozycji. W Laboratorium Szpitala odnotowano natomiast, że spośród ww. 33 przypadków ekspozycji zawodowej, wymagane badania po trzech i następnie po sześciu miesiącach od daty ekspozycji przeprowadziło osiem osób¹⁷⁰

¹⁵³ W tym: trzy pielęgniarek i dwa lekarzy.

¹⁵⁴ Dotyczyły jednego lekarza i dwóch położnych.

¹⁵⁵ Wszystkie dotyczyły pielęgniarek.

¹⁵⁶ W obu przypadkach dotyczyły lekarzy.

¹⁵⁷ Dotyczyły pielęgniarki i ratownika-kierowcy.

¹⁵⁸ Dotyczyły lekarza i pielęgniarki.

¹⁵⁹ Wszystkie trzy dotyczyły pielęgniarek.

¹⁶⁰ Dotyczyły technika laboranta.

¹⁶¹ Do 15 grudnia 2020 r.

¹⁶² Odpowiednio: 9 stycznia i 7 września 2017 r.

¹⁶³ W 42,4% wszystkich przypadków zgłoszonych zranień.

¹⁶⁴ W 93,9% wszystkich przypadków zgłoszonych zranień.

¹⁶⁵ Wymagane badania pacjenta przeprowadzono w dniu zdarzenia 26 grudnia 2018 r.

¹⁶⁶ Zakucie pielęgniarki w Oddziale Chorób Płuc w dniu 15 stycznia 2018 r.

¹⁶⁷ Które potwierdziło wynik dodatni na antygen HBS.

¹⁶⁸ We wszystkich przypadkach ponowne badania laboratoryjne na HCV.

¹⁶⁹ Zakucie pielęgniarki z 25 maja 2018 r. i zranienia pielęgniarki przy zakładaniu wenflonu z 4 marca 2019 r.

¹⁷⁰ Jedynie 24,2% poszkodowanego w wyniku ekspozycji personelu medycznego.

poszkodowanych¹⁷¹, a ponowne badania tylko po trzech miesiącach lub tylko po sześciu miesiącach od ekspozycji przeprowadziło dalszych 13 poszkodowanych¹⁷².

l) W jednym przypadku¹⁷³ w wyniku ekspozycji poszkodowana została skierowana i odbyła wizytę konsultacyjną w Poradni Chorób Zakaźnych Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie¹⁷⁴ (po powtórnych badaniu w laboratorium zewnętrznym metodą PCR), a w pięciu przypadkach¹⁷⁵ konsultacje z ww. Poradnią Chorób Zakaźnych zostały przeprowadzone w formie telefonicznej.

ł) W 12 przypadkach¹⁷⁶, przeprowadzono lub zaplanowano przeprowadzenie indywidualnego szkolenia osób poszkodowanych w zakresie zasad wykonywania iniekcji oraz stosowania indywidualnych środków ochrony.

m) Po żadnym z ww. zranień w Szpitalu nie dokonano zmian w Procedurze P-17/E.

n) Szpital w badanym okresie nie poniósł kosztów postępowań poekspozycyjnych.

(akta kontroli str. 290-424 i 625-629)

3. W kontrolowanym okresie w Szpitalu nie przeprowadzono analizy kosztów poekspozycyjnych, w tym kosztów profilaktyki. W okresie objętym kontrolą koszty przeprowadzonych w Szpitalu i udokumentowanych w Rejestrze ekspozycji zawodowej badań osób poszkodowanych oraz pacjentów¹⁷⁷, w związku z zaistniałymi przypadkami ekspozycji zawodowej, wynosiły od 3 285,21 zł do 6 196,93 zł (w zależności od sposobu zlecenia tych badań¹⁷⁸). Szczepionki przeciwko WZW typu B, użyte do szczepienia personelu medycznego Szpitala w latach 2017-2020, były darowane przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Lublińcu. W badanym okresie nie były prowadzone postępowania sądowe z tytułu ekspozycji zawodowej, jak również Szpital nie wypacał z tego tytułu odszkodowań.

(akta kontroli str. 455-456)

4. Za lata 2017-2020 Służba bhp sporządzała i przedstawiała Dyrektorowi Szpitala raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w Szpitalu w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zostały przedstawione raporty za następujące okresy: 2017 r.¹⁷⁹, za I półrocze 2018 r.¹⁸⁰, za 2018 r.¹⁸¹, za I półrocze 2019 r.¹⁸², za 2019 r.¹⁸³ i za I półrocze 2020 r.¹⁸⁴. Ww. raporty zawierały: liczbę zranień ostrymi narzędziami (ze wskazaniem dat zdarzenia oraz jednostki organizacyjnej Szpitala i stanowiskiem na którym zdarzenie to miało

¹⁷¹ Z czego: jedna poszkodowana w 2017 r., trzy w 2018 r. i po dwie w latach 2019-2020

¹⁷² W czego: w 2017 r. jedna tylko po trzech miesiącach i dwie tylko po sześciu miesiącach, w 2018 r. trzy tylko po trzech miesiącach i jedna tylko po sześciu miesiącach, w 2019 r. dwie tylko po trzech miesiącach i jedna tylko po sześciu miesiącach oraz w 2020 r. jedno tylko po trzech miesiącach i dwa tylko po sześciu miesiącach (w tym w jednym przypadku – zranienie z 16 lipca 2010 r. nie upłynął jeszcze termin ponownego badania po sześciu miesiącach od ekspozycji).

¹⁷³ Zakłucie pielęgniarki w Oddziale Chorób Płuc w dniu 15 stycznia 2018 r.

¹⁷⁴ Sprawującego na podstawie umowy CRU/946/2010 z 5 listopada 2010 r. profilaktyczną opiekę medyczną nad pracownikami Szpitala w przypadku zdarzeń uzasadniających wystąpienia ryzyka zakażenia biologicznego po ekspozycji.

¹⁷⁵ Zranienia: pielęgniarki na Oddziale Chirurgii Ogólnej z 11 kwietnia 2018 r., pielęgniarki przeszkalanej przed podjęciem pracy po przerwie w wykonywaniu zawodu z 25 maja 2018 r., położnej na Oddziale Ginekologii i Położnictwa z 29 lipca 2018 r., pielęgniarki z Oddziału Chirurgii Ogólnej z 29 października 2018 r. oraz lekarza na Oddziale Ginekologii i Położnictwa z 6 lutego 2020 r.

¹⁷⁶ W tym 11 pielęgniarek i jednego lekarza.

¹⁷⁷ Łącznie przeprowadzono 82 badania w laboratorium Szpitala oraz trzy badania w innych miejscach.

¹⁷⁸ W trybie „normalnym” lub w trybie „cito”, niemożliwym do zidentyfikowania przez kontrolera.

¹⁷⁹ W dniu 15 stycznia 2018 r.

¹⁸⁰ W dniu 9 lipca 2018 r.

¹⁸¹ W dniu 15 stycznia 2018 r.

¹⁸² W dniu 28 czerwca 2019 r.

¹⁸³ W dniu 3 stycznia 2020 r.

¹⁸⁴ W dniu 31 lipca 2020 r.

miejsce)¹⁸⁵, opisy i analizy przyczyn wykazanych zdarzeń¹⁸⁶, opisy procedur związanych z wykazywanymi zdarzeniami¹⁸⁷, propozycje działań ograniczających zdarzenia związane z ostrymi narzędziami¹⁸⁸, informacje o wprowadzonych zmianach w zakresie szkoleń¹⁸⁹, wykazy stosowanych w Szpitalu ostrych narzędzi¹⁹⁰ oraz analizy porównawcze ilości zranień ostrymi narzędziami z danego okresu do danych w tym zakresie począwszy od 2013 r.¹⁹¹.

Z każdym z ww. raportów zapoznali się dyrektorzy Szpitala, potwierdzając powyższe swoimi podpisami na tych raportach.

(akta kontroli str. 67-84)

5. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały dwa *Zakładowe plany postępowania awaryjnego*: z 17 lutego 2014 r.¹⁹² oraz z 15 maja 2018 r.¹⁹³.

W ww. Zakładowych planach postępowania awaryjnego ustalono m. in.:

- Plany rozmieszczenia źródeł promieniowania jonizującego (aparatów rtg) i dróg ewakuacyjnych, a po aktualizacji z 20 sierpnia 2020 r. również miejsca dekontaminacji pracowników i przechowywania sprzętu do likwidacji zdarzenia (sprzętu awaryjnego).
- Opisy potencjalnych sytuacji awaryjnych i procedur awaryjnych w odniesieniu do aparatów rtg i osób poszkodowanych.
- Tryb postępowania osoby stwierdzające zaistnienie zdarzenia radiacyjnego i Dyrektora Szpitala (w tym w zakresie: powiadamiania właściwych osób i służb, raportowania o przebiegu, przyczynach, poszkodowanych osobach i przebiegu zdarzenia i jego skutkach oraz weryfikacji efektywności przeprowadzanych działań niezbędnych do likwidacji zagrożenia i usunięcia skutków zdarzenia).

¹⁸⁵ Wskazując odpowiednio: sześć takich zdarzeń w 2017 r., pięć w I półroczu 2018 r., sześć w całym 2018 r., cztery w I półroczu 2019 r., cztery w całym 2019 r. i trzy w I półroczu 2020 r.

¹⁸⁶ We wszystkich raportach powtarzając jednakową formułę /cyt./ *Zakłucia do których doszło, miały miejsce wśród personelu z wieloletnim stażem pracy. Najwięcej wypadków (wg danych statystycznych) ma miejsce wśród personelu w pierwszym roku pracy oraz po 10 latach pracy, kiedy występuje przyzwyczajenie, rutyna i brawura. Można wnioskować, iż pracownicy wykonują niekiedy swoją pracę niejako „na pamięć”.*

¹⁸⁷ We wszystkich raportach również powtarzając jednakową formułę /cyt./ *Pracodawca opracowuje niezbędne procedury związane z bezpiecznym postępowaniem z ostrymi narzędziami. Przy opracowaniu wszystkich procedur związanych z bezpiecznym postępowaniem z ostrymi narzędziami uwzględnia się postęp techniczny oraz dostępność ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem oraz wiedzę z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy. W toku szkoleń informuje się pracowników o wprowadzonych zmianach.*

¹⁸⁸ We wszystkich raportach powtarzając pięć punktów o następujących treściach /cyt./:

- Sporządzanie wymaganych raportów dotyczących zranień ostrymi narzędziami oraz zapoznanie pracowników z ich wnioskami.
- Wprowadzanie sprzętu z tzw. „bezpiecznym mechanizmem” użytkowania, np. oryginalne zabezpieczenia przeciw zakłuciu na igle.
- Regularne szkolenia wewnątrz oddziałów w zakresie bezpiecznego użytkowania ostrych narzędzi.
- Reagowanie personelu na złe praktyki zawodowe, które mogą doprowadzić do zakłucia, zranienia.
- Zgłaszanie wszystkich zauważalnych braków związanych z bezpiecznym użytkowaniem ostrych narzędzi.

¹⁸⁹ We wszystkich raportach również powtarzając jednakową formułę /cyt./: *Każdorazowo przed wprowadzaniem nowego sprzętu, które może doprowadzić do skażenia personelu kierownicy przeprowadza z podległymi pracownikami szkolenia instruktażowe w zakresie bezpiecznego użytkowania ww. sprzętu i narzędzi.*

¹⁹⁰ We wszystkich raportach wskazując na: brak mechanizmów chroniących przed zranieniami w przypadku stosowanych: igieł (punkcyjnych, do iniekcji, do penów i motylkowych), ostrzy chirurgicznych, nożyczek i golarek jednorazowego użytku oraz stosowanych kaniuli (w postaci oryginalnego zabezpieczenia przed przypadkowym zakłuciem) i bezpiecznymi igłami do pobierania krwi (w postaci oryginalnego zabezpieczenia przeciwko zakłuciem na igle).

¹⁹¹ Odpowiednio: 13 w 2013 r., siedem w 2014 r., 11 w 2015 r., dziewięć w 2016 r., po sześć w latach 2017-2018, cztery w 2019 r. i trzy w I półroczu 2020 r.

¹⁹² Zaktualizowany 17 czerwca 2015 r. o dane dotyczące nowego IOR.

¹⁹³ Zaktualizowany 10 sierpnia 2020 r., w zakresie m.in.: zmiany danych dotyczących nowych aparatów rtg, zmiany planów pracowni oraz uszczegółowienia trybu postępowania Dyrektora Szpitala w przypadku awarii.

- Częstotliwości przeprowadzania ćwiczeń okresowych w celu przeglądu i aktualizacji tych planów (z częstotliwością do raz na rok do 10 sierpnia 2020 r. i raz na dwa lata – po aktualizacji z tego dnia).

(akta kontroli str. 427- 440)

W kontrolowanym okresie w Szpitalu nie doszło do zdarzenia radiacyjnego. Przeprowadzono dwa¹⁹⁴ okresowe ćwiczenia w celu przeglądu *Zakładowego planu postępowania awaryjnego* (w zakresie: ewakuacji i procedur postępowania podczas zdarzeń radiacyjnych), połączone ze szkoleniem całego personelu obu pracowni rtg Szpitala (m.in. w zakresie: obowiązujących przepisów z zakresu ochrony radiologicznej, niepożądanych zdarzeń radiacyjnych, postępowania pracowników w przypadku zaistnienia takich zdarzeń, dawek granicznych promieniowania jonizującego oraz zasad dostępu do dokumentacji obu pracowni).

(akta kontroli str. 441-442 i 453-454)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Rejestry zranień były prowadzone w sposób nierzetelny i niezgodny z rozporządzeniem ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.

W obu prowadzonych w Szpitalu rejestrach ekspozycji zawodowej i zranień nie ujęto wszystkich zgłoszonych przypadków ekspozycji zawodowej powstałych przy udzielaniu świadczeń medycznych w latach 2017-2020 (do 18 grudnia). W Rejestrze ekspozycji zawodowych nie ujęto zranienia pielęgniarki na Oddziale Chorób Wewnętrznych z dnia 8 maja 2018 r. (ujętego w Rejestrze zranień). Z kolei w Rejestrze zranień ujęto jedynie 60,6% zaistniałych w okresie objętym kontrolą przypadków zranień pracowników medycznych (tj. 20 zranień zgłoszonych przez tych pracowników jako wypadki przy pracy). Ponadto Rejestr ekspozycji zawodowej prowadzony był z naruszeniem § 10 ust. 1 pkt 4, 6 i ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie oraz Procedury P-17/E.

Ustalono, że na 32 zdarzenia zaewidencjonowane w Rejestrze ekspozycji zawodowych:

- w dziewięciu przypadkach nie wskazano rodzaju narzędzia, które spowodowało zranienie, a we wszystkich 31 przypadkach zranień ostrym narzędziem¹⁹⁵ nie podano również modelu tego narzędzia, mimo wymogu określonego w § 10 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie;
- w 18 przypadkach nie wskazano przyczyn zranień, wskazując jedynie okoliczności zdarzenia, pomimo wymogu określonego w § 10 ust.1 pkt 6 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie;
- we wszystkich wpisach zamieszczono dane osobowe osób poszkodowanych, co naruszało przepis § 10 ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie;
- w dwóch przypadkach¹⁹⁶ nie podano godziny zdarzenia, co było wymagane według Procedury P-17/E przy zgłoszeniu ekspozycji zawodowej.

(akta kontroli str. 290-294 i 611-624)

¹⁹⁴ W dniach 5 czerwca 2018 r. i 3 września 2019 r.

¹⁹⁵ W jednym przypadku zranienie spowodowane było pogryzieniem przez pacjenta.

¹⁹⁶ Zakłucie lekarza w dniu 28 grudnia 2018 r. na Izbie Przyjęć i iniekcji pielęgniarki w dniu 12 lutego 2020 r. na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala.

Pielęgniarka epidemiologiczna odpowiedzialna za prowadzenie Rejestru ekspozycji zawodowej (do 15 maja 2020 r.) nie potrafiła wyjaśnić braku zgłoszenia zdarzenia przez poszkodowaną w dniu 8 maja 2018 r. pielęgniarkę z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala oraz stwierdziła, że braki w zakresie przyczyn zranień i godzin zdarzeń wynikały z ich niewskazania przez osoby poszkodowane podczas zgłaszania ekspozycji. Z kolei brak wskazania w prowadzonym rejestrze nazwy i modelu ostrego narzędzia, które spowodowało zranienie wyjaśniła tym, że powyższe wynikało z opisu procedur (w trakcie których doszło do zranienia), w których to stosuje się konkretne narzędzia medyczne¹⁹⁷. Natomiast podawanie w prowadzonej ewidencji danych osobowych pracowników poszkodowanych, tłumaczyła koniecznością ich identyfikacji w dalszym postępowaniu, w przypadku konieczności przeprowadzenia zaleconych szczepień i przeprowadzania wymaganych badań po trzech i sześciu miesiącach od zdarzenia.

(akta kontroli str. 533-534)

Zdaniem NIK powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, ponieważ wymóg prowadzenia rejestrów zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz elementów tego rejestru wynika wprost z przepisów ww. rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie. Brak wszystkich wymaganych ww. przepisami danych ma również wpływ na rzetelność sporządzanych raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Natomiast brak wskazania godziny ekspozycji zawodowej uniemożliwia analizę prawidłowości podejmowanych działań poekspozycyjnych w tych przypadkach. NIK nie aprobeje również wyjaśnień dot. umieszczania danych osobowych personelu poszkodowanego, ponieważ nie miało to żadnego wpływu na dalsze postępowanie poekspozycyjne w zakresie wymaganych badań kontrolnych.

2. Brak nadzoru nad wykonywaniem przez personel medyczny poszkodowany w wyniku ekspozycji zawodowej ponownych badań laboratoryjnych wymaganych Procedurą P-17/E.

Spośród zaistniałych w kontrolowanym okresie 33 ekspozycji (z czego w przypadku jednej osoby nie upłynął termin ponownych badań po upływie sześciu miesięcy od ekspozycji), tylko w ośmiu przypadkach przeprowadzono wymagane Procedurą P-17/E wszystkie badania kontrolne po trzech i sześciu miesiącach od ekspozycji. Z czego w Rejestrze ekspozycji zawodowej znajdowały się potwierdzenia przeprowadzenia takich badań przez zaledwie dwie osoby. Badania tylko po trzech miesiącach od ekspozycji przeprowadziło dalszych 13 poszkodowanych (w tym poszkodowana 16 lipca 2020 r. pielęgniarka z Bloku Operacyjnego). Z czego w Rejestrze ekspozycji zawodowej znajdowały się potwierdzenia przeprowadzenia takich badań przez zaledwie trzy takie osoby.

(akta kontroli str. 290-294 i 625-626)

Pielęgniarka epidemiologiczna (sprawująca tę funkcję do 15 maja 2020 r.) wyjaśniła, że brak w Rejestrze ekspozycji zawodowej potwierdzeń wykonania wymaganych ww. badań kontrolnych, wynika z niedostarczenia tych wyników przez poszkodowanych pracowników. Wskazała ponadto, że wszyscy pracownicy Szpitala zostali przeszkoleni o konieczności wykonania takich badań. Dodała, że była przekonana o tym, że wszyscy poszkodowani pracownicy wykonali takie badania, lecz ich wyniki do niej nie wpłynęły.

Z kolei Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wszyscy pracownicy Szpitala zostali zapoznani z Procedurą P-17/E (co potwierdzili własnoręcznymi podpisami) i zgodnie z tą procedurą osoby poszkodowane zobowiązane są do realizacji postępowań

¹⁹⁷ Przykładowo, podczas podawania insuliny stosuje się wyłącznie „pen”.

poekspozycyjnych, w tym wykonania ww. badań kontrolnych. Dodał, że w Szpitalu zostanie zaktualizowana Procedura P-17/E o zapis zobowiązujący pracownika u którego doszło do ekspozycji, do dostarczenia dowodu i wyników tych badań kontrolnych.

(akta kontroli str. 533-534 i 625)

Zdaniem NIK powyższe wyjaśnienia nie uzasadniają braku nadzoru nad wykonywaniem przez personel medyczny, poszkodowany w wyniku ekspozycji zawodowej, ponownych badań laboratoryjnych wymaganych Procedurą P-17/E. Brak właściwego nadzoru w tym zakresie może także - w związku z odpowiedzialnością Szpitala za konsekwencje ekspozycji zawodowej - skutkować odpowiedzialnością finansową Szpitala z tytułu odszkodowań.

3. Niesporządzenie za I półrocze 2017 r. raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w Szpitalu w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, czego wymagał § 11 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.

Służba bhp Szpitala sporządziła raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w Szpitalu w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych za cały 2017 r., choć § 11 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie określa⁰, aby takie raporty sporządzane były nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy.

(akta kontroli str. 67-69)

W swoich wyjaśnieniach główny specjalista ds. bhp w Szpitalu nie potrafiła podać przyczyn niesporządzenia ww. raportów z częstotliwością wymaganą obowiązującymi przepisami.

4. Sporządzanie w okresie objętym kontrolą nierzetelnych raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy w Szpitalu w zakresie zranień ostrymi narzędziami.

Opracowane raporty zawierały nierzetelne dane w zakresie liczby takich zdarzeń w latach 2017–2020 (I półrocze). W raportach tych podano liczbę zranień wykazanych w Rejestrze zranień (łącznie 20 zranień), choć w okresie tym w Szpitalu doszło łącznie do 32 zranień¹⁹⁸ i jednego pogryzienia. Ponadto we wszystkich tych raportach powielono te same zapisy, bez odniesienia się do konkretnych przypadków ekspozycji w danym okresie (np. pogryzienia pielęgniarki przez pacjenta), dotyczące: opisów i analiz zdarzeń, opisów procedur związanych z wykazywanymi zdarzeniami, propozycji działań ograniczających zdarzenia związane z ostrymi narzędziami, informacji o wprowadzonych zmianach w zakresie szkoleń oraz wykazów stosowanych w Szpitalu ostrych narzędzi.

(akta kontroli str. 67-84)

Główna specjalistka BHP, która sporządzała ww. raporty wyjaśniła, że liczbę zaistniałych zranień ostrymi narzędziami w danym okresie podawała na podstawie zgłoszonych wypadków przy pracy w tym zakresie. Natomiast powielanie tych samych ww. zapisów, wynikało z powtarzających się w każdym roku przyczyn i skutków ekspozycji (*tn. braku zachowania należytej uwagi oraz braku koncentracji przy wykonywanych czynnościach oraz powtarzający się czynnik ludzki tj. zachowanie się pacjentów i ich rodzin*), braku zmian w oprzyrządowaniu w Szpitalu, jak i niewprowadzaniu nowych procedur medycznych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ww. raporty odnosiły się do głównych przyczyn ekspozycji, którymi były powtarzające się: brak zachowania należytej uwagi, brak

¹⁹⁸ Jedno zranienie spośród analizowanych wystąpiło w lipcu 2020 r.

koncentracji, zaskoczenie i niespodziewane zdarzenie w związku z wykonywaną czynnością.

(akta kontroli str. 531-532 i 634)

Zdaniem NIK, powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, ponieważ zbyt niska ilość wykazywanych w ww. raportach liczby zranień w Szpitalu zafałszowuje rzeczywistą liczbę, a brak faktycznej analizy zmian przyczyn i miejsc ich występowania, nie pozwala na skuteczne im przeciwdziałanie (poprzez m.in.: aktualizację obowiązujących procedur, działania ograniczające te zdarzenia, czy zmianę sposobu prowadzenia lub treści szkoleń w tym zakresie).

OCENA CZĄSTKOWA

NIK negatywnie ocenia działania podejmowane przy realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego. Powyższa ocena wynika z nierzetelnego i niezgodnego z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, prowadzenia wykazu zranień, nierzetelnie sporządzanych raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy w Szpitalu w zakresie zranień ostrymi narzędziami, w których w szczególności podawano zaniżone dane o liczbie ekspozycji w danym okresie. Negatywnie oceniono również brak nadzoru nad pełną realizacją procedur postępowania poekspozycyjnego przez pracowników w zakresie badań kontrolnych (zaleconych do przeprowadzenia w terminie trzech i sześciu miesięcy po takich zdarzeniach).

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Doprowadzenie do powołania Komisji bhp w składzie przewidzianym w przepisach Kodeksu pracy oraz zapewnienie zwoływania jej posiedzeń przynajmniej raz na kwartał.
2. Sporządzenie i aktualizowanie ocen ryzyka zawodowego dla pracowników medycznych, w szczególności narażonych na zranienie ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku, uwzględniających wymogi zawarte w § 3 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.
3. Podjęcie działań organizacyjnych zapewniających przeprowadzanie szkoleń pracowników medycznych, w tym narażonych na zranienie ostrym narzędziem oraz przeniesienie zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny, z częstotliwością umożliwiającą zapoznanie tych pracowników z aktualnymi procedurami postępowania z ostrymi narzędziami i procedurami używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej.
4. Zapewnienie rzetelnego prowadzenia wykazu zranień w Szpitalu w sposób określony w § 10 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.
5. Zapewnienie skutecznego nadzoru nad pełną realizacją przez pracowników wszystkich postanowień Procedury E-17/E.
6. Zapewnienie sporządzania rzetelnych raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy w Szpitalu w zakresie zranień ostrymi narzędziami.

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, dnia 11 stycznia 2021 r.

Kontroler

Andrzej Pakuła

Gł. specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Katowicach

.....