



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.021.01.2020

Pan
Dr n. med. Radosław Starownik
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie

ul. Jaczewskiego 8
20-954 Lublin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Kontrola P/20/061 Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie, ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin (dalej: SPSK lub Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dr n. med. Radosław Starownik, Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie od 27.04.2018 r. (dalej: Dyrektor) oraz od 01.06.2017 r. do 26.04.2018 r. pełniący obowiązki Dyrektora SPSK. W okresie objętym kontrolą stanowisko Dyrektora SPSK zajmował poprzednio dr med. Marian Przylepa od 16.11.1981 r. do 31.05.2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Przygotowanie świadczeniodawców do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.2. Prawdliwość działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, mających związek z zagadnieniami będącymi przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontroler	Szczepan Olejnik, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/144/2020 z 7 października 2020 r. <p style="text-align: right;">(akta kontroli tom I str. 5-9)</p>

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital w niewystarczającym zakresie zabezpieczył personel medyczny na wypadek ekspozycji zawodowej. Wprawdzie podjęte działania zapewniały adekwatną reakcję w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych przy wykonywaniu prac związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, to jednak wystąpiły przypadki braku realizacji obowiązków związanych z ekspozycją zawodową wymaganych przez obowiązujące przepisy lub podejmowanie ich z opóźnieniem.

Szpital właściwie zidentyfikował ryzyka wystąpienia, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zranienia lub napromieniowania oraz określił środki ochrony przed zagrożeniami. Opracowano i wdrożono procedury określające postępowanie po ekspozycji, w tym zapewniono przeprowadzenie badań i leczenia na koszt pracodawcy. Pracownicy narażeni na promieniowanie lub kontakt z promieniowaniem objęci zostali dozymetrią indywidualną. Personel medyczny został przeszkolony z zakresu bezpieczeństwa i higieny pacy, a przygotowywane okresowe raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami oraz analizy tych raportów, poprzez ich rozpowszechnianie i omawianie na szkoleniach, mogły przyczynić się do polepszenia sytuacji bezpieczeństwa pracy.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły głównie niepozyskiwania przez Szpital, w związku z zatrudnieniem pracownika do pracy w warunkach narażenia na

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200 ze zm. (dalej: ustawa o NIK).

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

promieniowanie jonizujące od Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki informacji o dawkach dotychczas otrzymanych przez tego pracownika, jak również nieprzekazywania do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki, danych dotyczących dawek promieniowania jonizującego pochłoniętych przez pracowników zaliczonych do kategorii A Szpitala. SPSK nie zapewnił pracownikom zaliczonym do kategorii A narażenia na promieniowanie właściwego nadzoru medycznego obejmującego okresowe badania lekarskie przeprowadzane co najmniej raz w roku.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej³ kontrolowanej działalności

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W ramach struktury organizacyjnej Szpitala funkcjonował wieloosobowy, wyodrębniony i podległy bezpośrednio Dyrektorowi Inspektorat bezpieczeństwa i higieny pracy⁴ wykonujący zadania Służby bezpieczeństwa i higieny pracy⁵ (dlatego też w dalszej części wystąpienia, pracowników Inspektoratu bhp określono Służba bhp).

Komisję bezpieczeństwa i higieny pracy⁶ powoływał Dyrektor wydanymi zarządzeniami⁷. Do zadań Komisji bhp, której posiedzenia miały się odbywać nie rzadziej niż raz na kwartał, należało m.in. dokonywanie przeglądu warunków pracy; okresowa ocena stanu bezpieczeństwa i higieny pracy; opiniowanie podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięć i środków zapobiegających wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym; formułowanie wniosków dotyczących poprawy warunków pracy; współdziałanie z pracodawcą w realizacji obowiązków w zakresie bhp.

(akta kontroli tom I str. 24-31, 74-77)

1.2. Inspektorat bhp pełniący zadania Służby bhp, począwszy od 2017 r. składał się z trzech pracowników zatrudnionych na stanowisku starszego inspektora bhp, przy zatrudnieniu w SPSK wynoszącym w kontrolowanym okresie około 3 tys. pracowników⁸. Okręgowy Inspektor Pracy nie odnosił się do liczby pracowników Służby bhp w związku z przeprowadzonymi kontrolami.

Komisja bhp powołana przez Dyrektora Szpitala Zarządzeniem z 24 sierpnia 2020 r.⁹ składała się z sześciu przedstawicieli pracodawcy, w tym lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami oraz sześciu przedstawicieli pracowników. Przewodniczącym Komisji bhp był Zakładowy Inspektor bhp, a wiceprzewodniczącym – Społeczny Inspektor Pracy.

(akta kontroli tom I str. 28-31, 74, 239)

³ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁴ Dalej: Inspektorat bhp.

⁵ Dalej: Służba bhp.

⁶ Dalej: Komisja bhp.

⁷ Zarządzenia z 9.02.2017 r. 15.03.2018 r. i 24.08.2020 r.

⁸ Liczba pracowników odpowiednio na 1 stycznia i 1 lipca poszczególnych lat 2017-2020: 2955/3003; 3020/3051; 3032/3053; 3063/3115.

⁹ Zarządzenie Wewnętrzne Nr DN-021/58/2020 Dyrektora SPSL Nr 4 w Lublinie.

1.3. Wszyscy pracownicy Inspektoratu bhp posiadali wymagane kwalifikacje do wykonywania zadań w Służbie bhp na zajmowanych stanowiskach starszego inspektora bhp¹⁰, tj. ukończone studia podyplomowe w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, ukończone szkolenie w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracowników tej służby, a kierujący Inspektoratem bhp posiadał wymagany ponad pięcioletni staż pracy w Służbie bhp.

(akta kontroli tom I str. 31-73)

1.4. Zakres zadań Inspektoratu bhp określony w Regulaminie organizacyjnym SPSK, odpowiadał zadaniom z § 2 ust. 1 pkt 1-22 rozporządzenia ws. służby bhp.

(akta kontroli tom I str. 24-27)

Służba bhp sporządzała w styczniu każdego roku, za poprzedni rok kalendarzowy, okresowe analizy stanu bhp; przeprowadzała kontrole warunków pracy oraz przestrzegania przepisów bhp, w tym w odniesieniu do stanowisk pracy, na których zatrudnione były osoby narażone na zranienia/promieniowanie jonizujące. W okresie objętym kontrolą Służba bhp przeprowadziła 34 kontrole, dotyczyły one m.in. sprawdzenia warunków pracy (18), przestrzegania przepisów bhp¹¹(4). Dwie kontrole przeprowadzone w 2019 r. na Bloku Operacyjnym i Oddziale Ginekologii operacyjnej wykazały nieprzestrzeganie przepisów bhp przez niektórych pracowników w zakresie stosowania obuwia ochronnego typowego na Bloku Operacyjnym. Personel został pouczony o obowiązku stosowaniu obuwia ochronnego w Bloku zgodnie z jego przeznaczeniem. Jedna kontrola Poradni Endokrynologicznej przeprowadzona została w związku ze zgłoszeniem pracownicy o specyficznym zapachu w pomieszczeniu powodującym pieczenie oczu¹².

Służba bhp ponadto uczestniczyła w odbiorach nowo wybudowanych oraz przebudowanych obiektach lub pomieszczeniach m.in.: Budynek Kotłowni, Dział Krwiolecznictwa, Oddział Kardiochirurgii, Pracownia Cytostatyków, pomieszczenia Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii, pomieszczenia Zakładu Medycyny Nuklearnej, klatka schodowa z windą w budynku Pulmonologii, Dział Logistyki. Uczestniczyła w tworzeniu „Instrukcji bezpiecznej pracy na stanowiskach pracy”. Prowadziła doradztwo w doborze odpowiednich środków ochrony indywidualnej i zbiorowej, szkolenia z zakresu bhp oraz używania środków ochrony indywidualnej w środowisku czynników biologicznych (SARS-COV-2), opracowywała i aktualizowała skierowania na badania profilaktyczne dla pracowników, opracowywała procedury, zarządzenia, analizy i rejestry z zakresu bhp. Zgodnie z wyjaśnieniem Służby bhp, współpraca z pracodawcą przebiegała pozytywnie.

(akta kontroli tom I str. 78-147)

Od 2017 r. Komisja bhp nie analizowała tematyki ekspozycji zawodowej i nie formułowała w tym zakresie wniosków. Zagadnieniem tym zajmowała się Służba bhp, która przeprowadziła analizy, z których sporządzono raporty zawierające propozycje możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień i zakażeń.

¹⁰ Określone w § 4 ust. 2 pkt 2 i ust. 3 rozporządzenia Rady Ministrów z 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 109, poz. 704 ze zm.) - dalej: rozporządzenie ws. służby bhp.

¹¹ Kontrola na: Oddziale Onkologii Klinicznej i Chemioterapii oraz Chorób Płuc i Gruźlicy w zakresie sprawdzenia prawidłowego stosowania przez pracowników środków ochrony indywidualnej przy podawaniu leków cytostatycznych; Oddziale Ginekologii Operacyjnej - Sprawdzenie warunków pracy oraz stosowanie odzieży i obuwia ochronnego przez personel; Bloku Operacyjnym Ogólnym - Sprawdzenie warunków pracy oraz stosowanie odzieży i obuwia ochronnego przez personel; Dziale Eksploatacyjnym - Sprawdzenie warunków pracy i przestrzegania przepisów bhp.

¹² W trakcie kontroli stwierdzono zapach niewietrzonego pomieszczenia, przeprowadzono pomiary wentylacji grawitacyjnej, w wyniku których stwierdzono, że występuje nawiew powietrza z zewnątrz do pomieszczenia przez kratkę wentylacyjno-grawitacyjną. Po otwarciu okna następował wywiew powietrza z pomieszczenia z trzykrotną wymianą.

Komisja bhp odbywała posiedzenia nie rzadziej niż raz na kwartał. Po zakończeniu poszczególnych lat, Komisja bhp na posiedzeniach omawiała dokonane kontrole i przeglądy Komisji bhp oraz odnosiła się do realizacji sformułowanych wniosków, ustalała plan działania na bieżący rok, przedstawiała problemy do rozwiązania dotyczące bhp. W protokołach z posiedzeń Komisji bhp omawiających kontrole i przeglądy przeprowadzone w 2017 r.¹³ a następnie w 2018 r.¹⁴ stwierdzono, że większość zaleceń wydanych do protokołów została wykonana lub była w trakcie realizacji. Współpraca Komisji bhp z dyrekcją SPSK polegała m.in. na tym, że zalecenia kierowane do jednostek SPSK, wynikające z ustaleń Komisji bhp były podpisywane i wydawane przez Dyrektora SPSK.

(akta kontroli tom I str. 148-172)

1.5. W 2017 r. Inspektorat bhp dokonał aktualizacji oceny ryzyka w 60 jednostkach organizacyjnych SPSK, w tym we wszystkich 19 klinikach Szpitala działających w oparciu o Oddziały Szpitalne (34); wszystkich Zakładach (4) i Pracowniach (11), w Poradniach Specjalistycznych (36), Izbach Przyjęć, Dziale Krwiolecznictwa, Bloku Operacyjnym, Aptece, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej: SOR).

Aktualizacją oceny ryzyka przeprowadzoną w latach 2018-2019 objęto spośród ww. jednostek dwie Kliniki¹⁵, jeden zakład¹⁶, SOR, Dział Krwiolecznictwa.

W 2020 r. dokonano kolejnych aktualizacji oceny ryzyka w 10 Klinikach¹⁷ i jednej pracowni¹⁸.

Oceny ryzyka sporządzone zostały zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych¹⁹ (dalej zwane rozporządzeniem ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie). W ocenach ryzyka wskazano dla poszczególnych stanowisk: stosowane urządzenia, narzędzia; wykonywane zadania; czynniki szkodliwe uciążliwe i niebezpieczne; środki ochrony zbiorowej i indywidualnej, zagrożenia, źródło zagrożenia; możliwy skutek zagrożenia oraz środki ochrony przez zagrożeniem, stopień szkód, prawdopodobieństwo szkód, stopień ryzyka.

Zgodnie z informacją społecznego inspektora pracy oraz członka Inspektoratu bhp, SPSK wprowadzał stopniowo zmiany mające lub mogące mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracowników w miejscu pracy, jednak nie miało to wpływu na konieczność opracowania oceny ryzyka zawodowego przed upływem dwóch lat od poprzedniej aktualizacji.

(akta kontroli tom I str. 81, 87-88, 93-101, 176-217, 238)

¹³ W 2017 r. Komisja stwierdziła potrzebę przebudowy i dostosowania stanowisk, w pomieszczeniu rejestracji w budynku Polikliniki: do zasad ergonomii; brak podziału na część prywatną i roboczą szafek ubraniowych w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej; brak parawanu ołowianego do przyłóżkowego, przenośnego aparatu rtg w OIOK-u.

¹⁴ W 2018 r. Komisja stwierdziła brak regularnych przeglądów i pomiarów indywidualnych osłon radiologicznych w Zakładzie Radiologii i Medycyny Nuklearnej; problemy z ogrzewaniem na sali pooperacyjnej kliniki, nagłe spadki temperatury głównie w godzinach nocnych; brak czepków ołowianych dla pracowników pracujących w narażeniu na promieniowanie jonizujące.

¹⁵ Klinika Kardiochirurgii, Klinika Onkologii Klinicznej i Chemioterapii.

¹⁶ Zakład Radiologii i Medycyny Nuklearnej.

¹⁷ Kliniki: Ginekologii Operacyjnej; Endokrynologii; Gastroenterologii; Klatki Piersiowej; Otolaryngologii; Nefrologii; Reumatologii; Urologii; Chirurgii Naczyniowej; Oddziale Chorób Płuc i Gruźlicy.

¹⁸ Pracowni Histopatologii. Pracowni Endoskopii Przewodu Pokarmowego działającej w ramach Kliniki Gastroenterologii.

¹⁹ Dz. U. poz. 696.

1.6. Szpital w celu ochrony pracowników przed zranieniami, wyeliminowania, ograniczenia stopnia narażenia na zranienia ostrymi narzędziami, stosował bezpieczne wkłucia – kaniule, bezpieczne igły do pobierania krwi, ampułki bezigłowe, pojemniki twardościennne, środki ochrony indywidualnej: rękawice wzmocnione, fartuchy. Zalecono również unikanie pośpiechu, stwarzania ergonomicznych warunków pracy oraz zachowania dostatecznej koncentracji i ostrożności przy pracy z ostrymi narzędziami, postępowania zgodnie z Procedurami: poekspozycyjną oraz postępowania z odpadami medycznymi. Podejmowane działania odpowiadały działaniom, ujętym w ocenach ryzyka, w celu uniknięcia zidentyfikowanych zagrożeń.

W latach 2017-2020 (do października) SPSK poniósł wydatki na środki ochrony indywidualnej w łącznej wysokości 2,44 mln zł, z czego najwięcej w 2020 r. – 1,95 mln zł²⁰. Dotyczyły one głównie zakupu odzieży ochronnej (np. ochraniaczy brzucha, klatki piersiowej, barku) oraz środków ochrony układu oddechowego (76% wydatków). Ponadto około 9% wydatków dotyczyło zakupu środków ochrony kończyn (np. ochraniacze stóp, obuwie ochronne), środków ochrony głowy, środki ochrony twarzy.

SPSK nie prowadził udokumentowanych analiz potrzeb wyposażenia w środki ochrony indywidualnej, jak również nie dokonywał oceny dostępności narzędzi zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem. Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora SPSK, „zapotrzebowanie na te środki było określane na podstawie zamówień uzyskanych od poszczególnych jednostek organizacyjnych. SPSK podczas przygotowywania specyfikacji przetargowych starał się uwzględnić aspekt bezpieczeństwa użytkownika opakowań leków w celu wyeliminowania opakowań szklanych na rzecz opakowań w systemach bezigłowych lub chociaż opakowań polietylenowych niewymagających dodatkowej dezynfekcji. Jako przykład wskazano zapis w specyfikacji przetargowej na „Leki ogólne 2017 r.” Dodanie zapisu o systemie bezigłowym zmniejszyło zużycie igieł o 300 tys. na rok, czyli o 822 igieł na dzień. Dodanie zapisu o systemie bezigłowym nie wpłynęło na wzrost kosztu tego produktu. Przy przygotowywaniu każdego przetargu starano się wyeliminować leki w opakowaniach szklanych na rzecz opakowań plastikowych. Przykładem mogą być np. płyny infuzyjne, które wszystkie mają opakowania bezpieczne do użycia, gdyż są plastikowymi workami albo plastikowymi butelkami stojącymi. Wiele z nich dodatkowo nie wymaga dezynfekcji przed pierwszym użyciem. Innym aspektem brany pod uwagę przy przygotowywaniu procedur przetargowych było wyeliminowanie konieczności rozpuszczania leków (np. w postaci proszków) na rzecz produktów gotowych do użycia (tzw. Ready To Use - RTU). Produkty gotowe nie wymagają przenoszenia leku ze strzykawki do opakowania infuzyjnego przy użyciu igły iniekcyjnej, która jest częstą przyczyną zakłóć kadry medycznej (np. igły iniekcyjne, kaniule dożylnie obwodowe). W 2012 r. SPSK wprowadził do użytku bezigłowe łączniki dostępu naczyniowego, które okazały się skutecznym rozwiązaniem w walce z zakażeniami. Analiza wykazała spadek zużycia antybiotyków na oddziałach, na których pacjenci leżeli dłużej”.

Łączna wartość zakupionego bezpiecznego sprzętu w latach 2017-2020 (do października) wyniosła 1 574 tys. zł²¹, a wartość zakupionych ostrych narzędzi 7 tys. zł. Udział liczbowy bezpiecznego sprzętu w stosunku do odpowiedników ostrego sprzętu medycznego wynosił 100% w przypadku bezpiecznych igieł do pobierania krwi, bezpiecznych kaniuli dożylnych, bezpiecznych cewników

²⁰ W 2017 r. – 122 tys. zł; 2018 r. – 143 tys. zł; 2019 r. – 220 tys. zł.

²¹ Bezpieczne igły do pobierania krwi – 220 tys. zł; bezpieczne kaniule dożylnie – 617 tys. zł; bezpieczne cewniki obwodowe – 6 tys. zł; ampułki bezigłowe – 596 tys. zł; tępe igły chirurgiczne – 126 tys. zł; tępe nożyczki chirurgiczne – 9 tys. zł.

obwodowych, tępych nożyczek chirurgicznych. W pozostałym zakresie udział sprzętu bezpiecznego w poszczególnych latach wzrastał w porównaniu do lat ubiegłych np. tępych igieł chirurgicznych (z 3% w 2017 r. do 6% w 2020 r.)

W umowach o pracę pracowników Szpitala nie zawarto postanowień dotyczących szczepień ochronnych. W umowach tych znajdują się oświadczenia pracownika o przyjęciu do wiadomości treści obowiązującego Regulaminu Pracy, Układu Zbiorowego Pracy i zobowiązanie do przestrzegania porządku i dyscypliny pracy.

W SPSK zapewniono szczepienia ochronne pracowników wykonujących czynności, w trakcie których dochodzi do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego lub sprzętem skażonym tym materiałem biologicznym. Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora SPSK, Poradnia Medycyny Pracy SPSK przeprowadza szczepienia ochronne przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B (WZW B); w trakcie badań wstępnych nowo przyjmowanych do pracy osób dotychczas nieszczepionych p/WZWB, pracowników wykonujących czynności, w trakcie których dochodzi do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego lub sprzętem skażonym materiałem biologicznym, u których w trakcie badań kontrolnych przeprowadzonych wg procedury, po ekspozycji na kontakt z materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym, jeżeli poziom przeciwciał jest niski i pracownik wymaga doszczepienia. Według wskazań procedury poekspozycyjnej pracodawca zapewnia ochronę całodobową pracownikom w postaci Immunoglobuliny anty Hbs w przypadkach określonych w procedurze. Poradnia Medycyny Pracy prowadzi rejestr pracowników zgłaszających kontakt z materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym. Rejestr prowadzony jest wg procedury „Postępowanie po ekspozycji na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał mogący przenosić zakażenie HIV, HBV, HCV.” Ponadto Poradnia Medycyny Pracy w SPSK 4 gromadzi dane o szczepieniach personelu w dokumentacji poradni. Liczba pracowników zaszczepionych p/WZWB w poszczególnych latach przedstawia się następująco: 2017 r.- 59 osób, 2018 r. - 76 osób, 2019 r. - 97 osób, 2020 r. (do IX) - 19 osób. Szpital nie posiada informacji statystycznych, pozwalających na określenie udziału pracowników dotychczas wyszczepionych w ogólnej liczbie pracowników.

(akta kontroli tom I str. 176, 244-249, tom II str. 300)

1.7. W SPSK obowiązywały procedury bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, także będącymi odpadami medycznymi²² jak również stosowania środków ochrony indywidualnej²³. Zgodnie z tymi procedurami, wprowadzono odpowiedzialność każdej osoby używającej ostrego sprzętu za jego bezpieczne usunięcie jak najszybciej po użyciu, jak również do przestrzegania innych zasad²⁴, w tym zakaz ponownego zakładania osłonek na ostre narzędzia. Procedura postępowania z odpadami obowiązywała we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala, a procedura stosowania środków ochrony indywidualnej dotyczyła personelu pracującego w narażeniu na czynniki: biologiczne, chemiczne, fizyczne oraz stosujących środki ochrony indywidualnej.

²² Instrukcja SZJ - Instrukcja postępowania z odpadami; I SE/002 WYd. 11 Zatwierdzona przez Dyrektora SPSK w dniu 31.08. 2020 r., zawiera załącznik nr 7 dotyczący postępowania z ostrymi narzędziami.

²³ Procedura ZSZ - Procedura stosowania środków ochrony indywidualnej w SPSK4 zatwierdzona przez Dyrektora SPSK w dniu 21.05.2018 r.

²⁴ Każdy pracownik SPSK został zobowiązany do przestrzegania zasad: Ostre przedmioty nie powinny być pozostawione w miejscu nieprzeznaczonym do tego celu. Bezpośrednio po użyciu sprzętu ostrego należy dopilnować ich wyrzucenia bez wykonywania dodatkowych manipulacji. Ostro przedmiotów takich jak ampulko-strzykawki, igły itp. nie należy przechowywać w kieszeni odzieży. Osłonek na igły nie należy ponownie zakładać. Jeżeli istnieje podejrzenie, że igła mogła być używana lub uszkodzone jest zewnętrzne opakowanie nie należy jej używać.

Powyższe procedury dostępne były w formie papierowej i elektronicznej. Zapewniono ich dostępność w każdej jednostce organizacyjnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i możliwość zapoznania się personelu z obowiązującymi wersjami procedur, poprzez ich umieszczenie w szpitalnej sieci Intranet oraz systemie informatycznym zarządzania dokumentów NND. Procedury te poddawane były okresowej ocenie i aktualizacji. „Procedura stosowania środków ochrony indywidualnej” z 21.05.2018 r., poddana została okresowej ocenie, ale nie było konieczności jej aktualizacji. „Procedura postępowania z odpadami” obowiązuje od 4.09.2020 r.

Zgodnie z informacją Dyrektora SPSK, Służba bhp opracowała „Procedurę stosowania środków ochrony indywidualnej”. Podczas jej opracowywania korzystano z opinii kierownika Działu Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego. W opracowaniu procedury dotyczącej postępowania z odpadami medycznymi Służba bhp ani Komisja bhp nie uczestniczyła²⁵.

(akta kontroli tom I str. 176, 252-277)

1.8. Analiza dokumentacji wybranych losowo 53 pracowników²⁶ uczestniczących w realizacji świadczeń zdrowotnych, wykazała, że w każdym przypadku pracownik objęty był obowiązkowym szkoleniem wstępnym przed objęciem danego stanowiska, a w przypadku pracowników z ponad rocznym stażem, szkoleniem okresowym. Zakres tematyczny szkoleń wstępnych obejmował instruktaż ogólny w tym zapoznanie m.in. z regulacjami wewnętrznymi SPSK oraz instruktaż stanowiskowy zapoznający pracownika z zagrożeniami występującymi na określonym stanowisku, sposobami ochrony przed zagrożeniami i metodami bezpiecznego wykonywania pracy na stanowisku. Zakres szkoleń okresowych obejmował m.in. zagadnienia określone w § 7 ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie²⁷.

(akta kontroli tom I str. 281-300, tom II str. 144)

1.9. SPSK posiadał m.in. zezwolenia na uruchomienie pracowni rentgenowskich, uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich, na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Jednostki wykorzystujące promieniowanie rentgenowskie w celach diagnostycznych²⁸ posiadały program zapewnienia jakości pod nazwą „Program Ochrony Radiologicznej”. „Program Ochrony Radiologicznej” Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej z 2019 r. zawierał m.in. zapewnienie, że prowadzona polityka jakości w zakresie ochrony radiologicznej jest odpowiednia do rodzaju i zakresu prowadzonej działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, spełnia wymagania obowiązujących przepisów w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej. Ustalono częstotliwość przeglądu, nie rzadziej niż raz w roku, programu ochrony radiologicznej w celu zapewnienia jego stałej przydatności.

²⁵ Komisja bhp nie uczestniczyła również w opracowaniu Procedury stosowania środków ochrony indywidualnej.

²⁶ Analizą objęto dokumentację: 19 pielęgniarek, 9 położnych, 15 lekarzy specjalności zabiegowych i 10 ratowników medycznych spośród pracowników zatrudnionych (uczestniczących w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych) w 2020 r.

²⁷ Tematyka szkoleń obejmowała m.in.: metody ochrony pracowników przed zagrożeniami występującymi w procesach pracy; omówienie przyczyn charakterystycznych wypadków, które wystąpiły w czasie pracy oraz związana z nimi profilaktyka; zagrożenia czynnikami występującymi w procesach pracy.

²⁸ Klinika Kardiologii, Zakład Radiologii i Medycyny Nuklearnej oraz Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii.

Do programu nie wprowadzono dotychczas zmian wymaganych przez art. 7 ust. 2a ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe²⁹, zgodnie z którymi program zapewnienia jakości obejmuje w szczególności:

- 1) podział między pracownikami jednostki organizacyjnej odpowiedzialności oraz zadań w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
- 2) sposób realizacji wymagań dotyczących funkcjonowania, konserwacji i utrzymania źródeł promieniowania jonizującego oraz dotyczących wyposażenia związanego z tymi źródłami;
- 3) sposób zabezpieczenia źródeł promieniotwórczych przed uszkodzeniem, kradzieżą i dostaniem się w ręce osób nieuprawnionych;
- 4) system zarządzania sytuacjami zdarzeń radiacyjnych, o którym mowa w art. 86d.

Zgodnie z wyjaśnieniem Inspektora ds. Ochrony Radiologicznej I Zakładu Radiologii Lekarskiej kierownictwo zakładu podjęło działania zmierzające do dostosowania i aktualizacji Programu zapewnienia jakości do wprowadzonych zmian w ustawie Prawo atomowe. Dwuletni okres dostosowania Programu zapewnienia jakości pozwoli na pełną i wyczerpującą korektę istniejących zapisów do wymagań określonych w art. 7 ust. 2a i 2 b Prawa atomowego.

(akta kontroli tom I str. 308-395, tom II str. 284)

1.10. Nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w SPSK sprawowało pięciu Inspektorów Ochrony Radiologicznej, którym uprawnienia w drodze decyzji administracyjnej nadał Prezes Państwowej Agencji Atomistyki (dalej: Prezes PAA) lub Główny Inspektor Sanitarny. Uprawnienia te zostały nadane na okres pięciu lat i na dzień zakończenia niniejszej kontroli nie wygasły³⁰, ani nie zostały cofnięte.

(akta kontroli tom I str. 307, 400-420)

1.11. Inspektorzy ochrony radiologicznej rzetelnie wywiązywali się ze swoich obowiązków oraz korzystali z przysługujących im uprawnień dotyczących sprawowania nadzoru nad ochroną radiologiczną pracowników.

Stale monitorowali stan aparatury RTG oraz całej infrastruktury zabezpieczającej prawidłowe funkcjonowanie diagnostyki obrazowej począwszy od zdjęć rentgenowskich, skopii rtg, tomografii komputerowej, radiologii zabiegowej oraz interwencyjnej, PET i SPECT.

Ponadto w 2019 r. stworzono czteroosobową grupę spośród pracowników Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej oraz Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii do wykonywania comiesięcznych testów podstawowych aparatury rentgenowskiej. W zatwierdzonym przez Dyrektora SPSK wykazie osób odpowiedzialnych za kontrolę sprzętu wskazano sprzęt, za który poszczególne osoby odpowiadały oraz dni miesiąca, w których powinny zostać przeprowadzone testy sprawdzające.

Zgodnie z wyjaśnieniem Inspektora ds. Ochrony Radiologicznej w zakresie sprawowanego nadzoru, w kontrolowanym okresie nie wystąpił przypadek, który można by uznać za negatywnie oddziałujący na stan ochrony radiologicznej. Inspektorzy ochrony radiologicznej zwracali jedynie uwagę na dość dużą liczbę wykonywanych procedur zdjęć przyłóżkowych. Zlecający do wykonania procedury

²⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm., dalej: Prawo atomowe.

³⁰ W jednym przypadku uprawnienia były wydane 25.11.2015 r. Uległy one przedłużeniu o 9 miesięcy od dnia upływu terminu ich ważności, zgodnie z art. 15zzzzn ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, 567 i 568).

zdjęć przyłóżkowych – lekarze klinicyści wskazywali na celowość wykonywania tychże procedur³¹. W wykonywaniu czynności inspektora ochrony radiologicznej nie napotkali na istotne, utrudniające bądź uniemożliwiające podejmowanie działań przeciwności, poza stałą koniecznością przypominania pracownikom o potrzebie stosowania zasad ochrony radiologicznej.

(akta kontroli tom I str. 304-305, 421, tom II str. 285-286)

1.12. SPSK zapewnił prowadzenie pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy oraz pomiary dawek indywidualnych wszystkich pracowników narażonych na napromieniowanie. Szpital miał zawarte umowy z podmiotami prowadzącymi kontrolę dawek oraz wykonywanie testów i pomiarów, certyfikacji urządzeń pomiarowych dla wszystkich aparatów RTG. W Szpitalu funkcjonuje stały zespół techników wykonujących testy podstawowe urządzeń rtg. Zespół ma do dyspozycji mierniki dawek, fantomy oraz inne sprzęty i urządzenia do stałej kontroli poprawności działania aparatury rtg. Z pomiarów sporządzano protokoły. Największą liczbę pomiarów dawek środowiskowych oraz dawek indywidualnych na potrzeby SPSK prowadzi Instytut Fizyki Jądrowej PAN w Krakowie, który wystawiał także świadectwa przydatności dawkomierzy na wskazany okres. Pomiary są realizowane w cyklach kwartalnych i dokumentowane.

Personel niezwiązany stale, z racji wykonywanych obowiązków z radiologią, w tym pracownicy klinik i oddziałów szpitala posiadają dozymetry indywidualne. Dotyczy to pracowników, którzy dość często asystują przy badaniach radiologicznych.

Zewnętrzni pracownicy są dopuszczani do pracy ze źródłami promieniowania pod warunkiem przeszkolenia przez upoważnioną osobę, przedstawienia stosownych zaświadczeń lekarskich oraz szkolenia z ochrony radiologicznej pacjenta. Dodatkowo osoby takie, w tym statyści i praktykanci podejmują samodzielną pracę bądź asystę przy wykonywaniu procedur radiologicznych po wyposażeniu w dozymetr indywidualny. Osoba taka ma prawo i obowiązek korzystania z dostępnych w każdej z pracowni rtg środków ochrony osobistej (fartuchy OR, osłony tarczycy, okulary i gogle OR, fartuchy miednicowe, parawany jezdne) oraz środków ochrony radiologicznej pacjenta (osłony na gonady, osłony tarczycy, pasy kręgosłupowe, osłony oczu, koce radiologiczne).

Pracownie i sale badań rentgenowskich są oznaczone tablicami i znakami informującymi o zagrożeniu napromieniowaniem. Drzwi wszystkich pracowni są zamykane/blokowane w sposób uniemożliwiający wejście osobom niepowołanym w bezpośrednio obszar promieniowania w trakcie wykonywania diagnostycznych procedur radiologicznych.

Jak wyjaśnił Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej I Zakładu Radiologii Lekarskiej, Dyrektor Szpitala każdorazowo zasięgał opinii inspektora ochrony radiologicznej w sprawach mających, czy mogących mieć wpływ na stan ochrony radiologicznej. W sprawach dotyczących badania i sprawdzania urządzeń ochronnych i przyrządów dozymetrycznych, inspektor ochrony radiologicznej na piśmie opiniował/sugerował konkretne rozwiązania mogące mieć wpływ na stan ochrony radiologicznej w Szpitalu.

(akta kontroli tom I str. 305, 422-428)

Dozymetry środowiskowe, indywidualne oraz pierścionki dozymetryczne są wymieniane w cyklach kwartalnych przez podmioty zewnętrzne realizujące pomiary

³¹ Np. w piśmie z dnia 30.01.2020 r. do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa zasygnalizowano problem wzrastającej liczby badań przyłóżkowych, z których ogromna część zlecana była z powodów innych niż podyktowane stanem pacjenta. Wskazano, że nadaniami/zdjęciami rtg przyłóżkowymi winni być objęci pacjenci, których stan nie pozwala na transport do jednej z pracowni rtg.

dozymetryczne metodą TLD na podstawie zawartych przez Szpital umów w tym zakresie³². Poprawność ich działania jest potwierdzana przez Świadcstwo Przydatności Dawkomierzy dostarczane wraz z partią nowych, wymienianych dawkomierzy.

(akta kontroli tom II str. 200)

Jak wyjaśnił Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej I Zakładu Radiologii Lekarskiej, w szpitalu każdy pracownik osobiście odpowiada za nadzór nad własnym przydzielonym na dany okres pomiarowy dozymetrem indywidualnym. Po zakończonej pracy dozymetry są zamykane na klucz w indywidualnych szafkach, do których poza pracownikiem nie ma dostępu inna osoba. Pracownicy szpitala zostali przeszkoleni z zasad korzystania z dozymetrów indywidualnych. Wyrывkowo są przeprowadzane przez inspektorów ochrony radiologicznej kontrole osób wykonujących procedury radiologiczne, pod kątem obecności/korzystania z dozymetru indywidualnego.

(akta kontroli tom II str. 305-306)

1.13. Do kategorii A narażenia na promieniowanie zaliczono pracowników Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej (76) oraz Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii (50). Do kategorii B narażenia na promieniowanie zaliczono wybranych pracowników 11 jednostek organizacyjnych SPSK³³.

Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora SPSK, pracownicy określonych zakładów i oddziałów szpitala zostali objęci dozymetrią indywidualną adekwatną do wykonywanych zadań i stopnia potencjalnego narażenia na napromieniowanie. O objęciu danego pracownika lub grupy pracowników dozymetrią indywidualną decydował Dyrektor SPSK, na podstawie opinii Koordynatora ochrony radiologicznej dotyczącej zakresu wykonywanych przez pracownika obowiązków oraz jego potencjalne narażenie na napromieniowanie lub kontakt z promieniowaniem. Zakwalifikowany pracownik zgłaszany był do jednostki zewnętrznej wykonującej pomiary dozymetryczne dla szpitala. Zgłoszenia dokonywał Koordynator ochrony radiologicznej w formie e-mailowej, podając imię i nazwisko oraz numer umowy, do której dany pracownik winien zostać dopisany. Nadzór medyczny nad pracownikami jednostek stosujących promieniowanie jonizujące w celach medycznych polegał na kierowaniu w określonych odstępach czasu (przed upływem terminu orzeczenia lekarskiego), pracownika na badania okresowe. Orzeczenie lekarskie o kwalifikacji do pracy w warunkach narażenia na napromieniowanie wydawał lekarz medycyny pracy z uprawnieniami typu J.

Dla pracowników zaliczonych do kategorii A prowadzono rejestr dawek indywidualnych, w którym wpisano wyniki kwartalnych pomiarów z indywidualnych dozymetrów. W żadnym przypadku nie odnotowano przekroczenia dawek granicznych.

(akta kontroli tom II str. 158-174)

1.14. Analiza dokumentacji pracowni rentgenowskich nr 2 i 3 w Zakładzie Radiologii i Medycyny Nuklearnej z zainstalowanym ogólnodiagnostycznym aparatem rentgenowskim Platinum dRF oraz aparatem rentgenowskim „telekomando” typu Opera Swing wskazuje, że pracownie te spełniały wymagania określone w rozdziale 2 §§ 2-20 rozporządzenia ws. bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi.

³² Instytut Fizyki Jądrowej w Krakowie oraz Centralne Laboratorium Ochrony Radiologicznej w Warszawie.

³³ Bloku Operacyjnego, Oddziału Chirurgii Naczyń, Kliniki Kardiologii, Kliniki Chirurgii Ogólnej, Kliniki Ortopedii i Traumatologii, Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji, Kliniki Neurochirurgii, Kliniki Urologii, Kliniki Gastroenterologii, Kliniki Kardiologii, Zakładu Medycyny Nuklearnej.

Dostępna w poszczególnych pracowniach dokumentacja, odpowiadała wymaganiom określonym w § 22 ust 1 ww. rozporządzenia³⁴.

(akta kontroli tom II str. 145-152)

1.15. Zakład Radiologii i Medycyny Nuklearnej oraz Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii stanowiły teren kontrolowany w SPSK, a pracownicy tych zakładów zaliczeni zostali do kategorii A narażenia na promieniowanie. Jako tereny nadzorowane, gdzie istnieje możliwość otrzymania dawek określonych dla pracowników kategorii B wyznaczono 12 jednostek organizacyjnych SPSK, a pracownicy tych jednostek, w zależności od wykonywanych zadań, zaliczeni zostali do kategorii B narażenia na promieniowanie.

(akta kontroli tom II str. 158-159)

1.16. W latach 2017-2020 r. w SPSK przeprowadzono łącznie 215 kontroli zewnętrznych³⁵, udokumentowanych w książce kontroli. Zagadnienia objęte tematyką niniejszej kontroli, były przedmiotem kontroli przeprowadzonych przez Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie, w związku z wnioskami SPSK o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych. Wyniki tych kontroli stanowiły podstawę udzielenia wnioskowanych zgód.

(akta kontroli tom I str. 429-441)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Nie zapewniono wymaganego § 1 ust. 4 rozporządzenia ws. służby bhp stanu osobowego Służby bhp. W latach 2017-2020 stan osobowy Służby bhp wynosił trzech pracowników, a zgodnie z ww. przepisem w sytuacji gdy Szpital był pracodawcą dla ponad trzech tysięcy pracowników, powinien zatrudnić w pełnym wymiarze czasu pracy co najmniej pięciu pracowników Służby bhp.

Dyrektor SPSK wyjaśnił, że „dotychczasowe potrzeby pracodawcy nie wymagały zwiększenia zatrudnienia, a zadania były realizowane przez obecny zespół w sposób prawidłowy. Ponadto przeprowadzane do tej pory kontrole Państwowej Inspekcji Pracy nie odniosły się w formie decyzji o zwiększenie liczby pracowników Służby bhp SPSK.”

NIK zwraca uwagę, że obowiązujące przepisy nie przewidują wyjątków czy okoliczności pozwalających na odmienne ustalenie stanu osobowego Służby bhp, niż określony w § 1 ust. 4 rozporządzenia ws. służby bhp.

(akta kontroli tom I str. 279)

2. Nie przeprowadzono oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy w terminie określonym w § 3 ust. 2 rozporządzeniem ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie, tj. nie rzadziej niż raz na dwa lata.

Spośród 19 Klinik, dla których w 2017 r. przeprowadzono oceny ryzyka, ich terminową aktualizację tj. w latach 2018-2019, przeprowadzono dla dwóch, a w kolejnym roku przeprowadzono aktualizację dla kolejnych 10 Klinik.

³⁴ W tym: zezwolenie na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich znajdujących się w pracowni i uruchomienie pracowni, instrukcje obsługi i świadectwo przydatności dawkomierzy, sprawozdania z badań dawkomierzy indywidualnych i środowiskowych, zakładowy plan postępowania awaryjnego, instrukcja ochrony radiologicznej, instrukcja stanowiskowa. Instrukcja obsługi aparatu rtg, sprawozdania z przeprowadzonych w 2020 r. testów specjalistycznych aparatów rentgenowskich.

³⁵ W okresie 2017-2020 w poszczególnych latach odpowiednio: 61; 68; 71; 15 kontroli.

Na dzień rozpoczęcia kontroli NIK, nie przeprowadzono aktualizacji ocen ryzyka sporządzonych w 2017 r. m.in. dla wszystkich poradni specjalistycznych, dla trzech zakładów³⁶, 10 pracowni, Apteki, Bloku Operacyjnego.

Dyrektor SPSK wyjaśnił, że od 2017 r. zmienił się skład osobowy Zespołu ds. bhp cała dokumentacja była tworzona od podstaw, również ocena ryzyka zawodowego. Prace zakończyły się w 2019 r. W związku z powyższym kolejna aktualizacja ryzyka zawodowego rozpoczęła się dopiero w 2020 r.

W trakcie niniejszej kontroli NIK, dokonano brakujących aktualizacji oceny ryzyka.

(akta kontroli tom II str. 272-283)

3. Szpital nie prowadził terminowo pierwszych szkoleń okresowych pracowników uczestniczących w realizacji świadczeń zdrowotnych.

Spośród 30 pracowników, którzy szkolenie wstępne odbyli w 2017 r., 2018 r. i 2019 r., łącznie 19 pracowników nie odbyło szkolenia okresowego w wymaganym terminie. Okres 12 miesięcy pomiędzy szkoleniem wstępnym, a okresowym przekroczone: w trzech przypadkach o ponad 13 miesięcy, w czterech przypadkach o ponad 6 miesięcy oraz w pozostałych 11 przypadkach o ponad miesiąc. W jednym przypadku pracownik, który odbył szkolenie wstępne 25.03.2019 r. do końca 2020 r. nie odbył jeszcze szkolenia okresowego.

Zgodnie z § 15 ust. 4 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy³⁷, pierwsze szkolenie okresowe osób zatrudnionych na stanowiskach wymienionych w § 14 ust. 2 pkt 2-6 (w tym osób których charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy) przeprowadza się w okresie do 12 miesięcy od rozpoczęcia pracy na tych stanowiskach.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że nieprawidłowości te są wynikiem nieumyślnego przeoczenia personelu.

(akta kontroli tom I str. 468)

4. Szpital przed zatrudnieniem pracownika do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące nie występował do Prezesa PAA z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez tego pracownika w roku kalendarzowym, w którym występuje z wnioskiem, oraz w okresie czterech poprzednich lat kalendarzowych, co było niezgodne z art. 22 ust. 1u Prawa atomowego.

Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej I Zakładu Radiologii Lekarskiej wyjaśnił, że „SPSK nie zwracał się z zapytaniem o rejestrowaną dawkę dla żadnego z pracowników podejmujących zatrudnienie w SPSK, a pracujących w warunkach narażenia na napromieniowanie. Powyższe miało swoje uzasadnienie w fakcie podejmowania zatrudnienia, jako pierwszej pracy w warunkach narażenia. Żadna z podejmujących pracę osób nie miała wcześniej rejestrowanych dawek.”

Zdaniem NIK, dla stwierdzenia faktu braku zarejestrowanych wcześniej dawek dla pracownika odpowiedni jest Prezes PAA, prowadzący rejestr dawek. Warto zauważyć, że nawet pracownik podejmujący pierwszą pracę mógł wcześniej być narażony na promieniowanie np. w ramach odbytych praktyk.

(akta kontroli tom II str. 178)

³⁶ Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii, Zakład Fizjoterapii, II Zakład Fizjoterapii, Pracownia Histopatologiczna.

³⁷ Dz. U. z 2004 r. Nr 180, poz. 1860, ze zm.

5. SPSK nie dopełnił obowiązku wynikającego z § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 marca 2007 r. w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych³⁸, tj. nie przekazywał do centralnego rejestru dawek, prowadzonego przez Prezesa PAA, danych dotyczących dawek promieniowania jonizującego pochłoniętych przez pracowników zaliczonych do kategorii A.

Odpowiednio do przepisów (§ 8 i 9) rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych), Prezes PAA prowadzi centralny rejestr dawek w formie elektronicznej bazy danych składającej się z ułożonych alfabetycznie elektronicznych kart ewidencyjnych, odrębnych dla każdego pracownika kategorii A. Wprowadzenie danych do centralnego rejestru dawek odbywa się na podstawie kart zgłoszeniowych przesłanych przez kierownika jednostki organizacyjnej.

Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej I Zakładu Radiologii Lekarskiej wyjaśnił, że SPSK nie raportowało do centralnego rejestru dawek, dawek pracowników, ponieważ żadna z zatrudnionych osób nie przekroczyła na przestrzeni kilku ostatnich lat dopuszczalnej dawki rocznej.

NIK zwraca uwagę, że przepisy rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych nie uzależniają wystąpienia obowiązku przekazania danych dotyczących dawek promieniowania jonizującego pochłoniętych przez pracowników zaliczonych do kategorii A, od przekroczenia dopuszczalnej dawki rocznej.

(akta kontroli tom II str. 178)

6. SPSK nie zapewnił, pracownikom zaliczonym do kategorii A narażenia na promieniowanie, nadzoru medycznego obejmującego okresowe badania lekarskie przeprowadzane co najmniej raz w roku.

Siedmiu pracownikom Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej zaliczonym do kategorii A, wydano zaświadczenie z badań okresowych ważne przez trzy lata. Pozostali posiadali ważne badania okresowe ważne na dwa lata. Podobnie w przypadku pracowników Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii zaliczonych do kategorii A, dwóch posiadało badania okresowe ważne przez trzy lata, a pozostali przez dwa lata.

Zgodnie z art. 30 ust. 1 i 2 za nadzór medyczny nad pracownikami kategorii A odpowiedzialny jest kierownik jednostki organizacyjnej oraz uprawniony lekarz, któremu zapewnia się dostęp do informacji niezbędnych do wydania orzeczenia o zdolności tych pracowników do wykonywania określonej pracy, łącznie z informacją o warunkach środowiskowych w miejscu pracy. Nadzór medyczny obejmuje m.in. okresowe badania lekarskie przeprowadzane co najmniej raz w roku.

Zgodnie z wyjaśnieniami Lekarza Medycyny Pracy, w wydawanych skierowaniach dla pracowników zatrudnionych w Zakładzie Radiologii i Medycyny Nuklearnej nie było informacji o narażeniu na promieniowanie kategorii A. Pierwszy sygnał o takich pracownikach poradnia otrzymała dopiero w listopadzie 2020 r.

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, fakt braku posiadania aktualnych informacji dotyczących wykazu pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące kategorii A z Zakładów Radiologii przez Lekarza Medycyny Pracy oraz Zespół ds. bhp wynika z przeoczenia i nieprzekazania powyższych informacji przez Inspektorów Ochrony Radiologicznej.

(akta kontroli tom II str. 207-216, 287-292)

³⁸ Dz. U. Nr 131, poz. 913.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital w niewystarczającym stopniu był przygotowany do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Nie zapewniono właściwego składu Służby bhp. Oceny ryzyka sporządzone zostały z opóźnieniem podobnie jak z opóźnieniem przeprowadzono pierwsze szkolenia okresowe pracowników uczestniczących w realizacji świadczeń zdrowotnych. Nie wykonywano obowiązków dotyczących pozyskania i przekazywania informacji o przyjętych dawkach promieniowania przez pracowników.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Zgodnie z obowiązującą w SPSK procedurą postępowania po ekspozycji (dalej: Procedura poekspozycyjna)³⁹, niezwłocznie po ekspozycji należało udać się do lekarza odpowiedzialnego za postępowanie poekspozycyjne: Lekarza Medycyny Pracy, a poza godzinami jego przyjęć Lekarza dyżurnego SOR. Fakt zaistniałego zdarzenia należało udokumentować w Rejestrze ekspozycji zawodowych – karta ekspozycji zawodowej. Lekarz miał ocenić możliwość zakażenia krwiopochodnego i podjąć dalsze postępowanie w zależności od rodzaju ekspozycji. W przypadku skóry nieuszkodzonej lub ekspozycji wątpliwej nie wymagano żadnego dalszego postępowania. W przypadku ekspozycji prawdopodobnej, ewidentnej lub masywnej należało podjąć dalsze postępowanie, m.in. lekarz miał ocenić ryzyko zakażenia na podstawie: rodzaju ekspozycji, rodzaju potencjalnie zakaźnego materiału. Dane dotyczące każdej ekspozycji zawodowej należało wpisać do rejestru ekspozycji oraz do dokumentacji indywidualnej pracownika. W uzasadnionych przypadkach pracownik powinien zostać skierowany na konsultację do Poradni Chorób Zakaźnych SPSK 1 w Lublinie.

Profilaktyka poekspozycyjna zakażenia HIV obejmowała: zastosowanie leków antyretrowirusowych, wizyty kontrolne w okresie do siedmiu miesięcy od ekspozycji obejmujących udzielenie porady lekarskiej z realizacją laboratoryjnych badań diagnostycznych i wydaniem zaleceń; wizytę kontrolną w okresie do roku od ekspozycji w przypadku, gdy u osoby będącej źródłem zakażenia stwierdzono dodatni wynik HIV. Profilaktyka poekspozycyjna zakażenia HCV obejmowała wizytę kontrolną w okresie do roku od ekspozycji w przypadku, gdy u osoby będącej źródłem zakażenia stwierdzono dodatni wynik HCV. Dział Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego miał prowadzić analizę dotyczącą postępowania poekspozycyjnego przez pracowników SPSK na podstawie przeglądu obowiązującej dokumentacji. Ponadto w informacji dla lekarza prowadzącego postępowanie poekspozycyjne stanowiącej załącznik nr 5 do Procedury wskazano zasady postępowania w zależności od wyników badań krwi osoby ekspozowanej oraz ewentualnych szczepień ochronnych w przeszłości.

Procedura była dostępna dla pracowników Szpitala poprzez umieszczenie jej w szpitalnej sieci Intranet oraz systemie NND w sieci.

(akta kontroli tom II str. 225-241)

³⁹ Procedura SZJ Postępowanie po ekspozycji na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał mogący przenosić zakażenie HIV, HBV, HCV; PM ES/005 Wyd. 6 zatwierdzona przez Dyrektora SPSK 13.05.2019 r.

2.2. Wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych⁴⁰ zawierał wymagane informacje, w tym: kolejny numer zdarzenia w roku; datę zdarzenia; jednostkę organizacyjną, w której doszło do zranienia; stanowisko osoby eksponowanej; rodzaj i model narzędzia, które spowodowało zranienie; czynność, w trakcie której doszło do zranienia; przyczyn zranienia ostrym narzędziem, propozycje rozwiązań oraz informację czy postępowanie poekspozycyjne zostało przeprowadzone zgodnie z Procedurą poekspozycyjną.

Analiza odnotowanych zdarzeń w Wykazie zranień wykazała, że były one wpisywane chronologicznie. Wpisy dokonywane były na podstawie otrzymanych od jednostek Szpitala Rejestrów ekspozycji zawodowych w klinice/oddziale/zakładzie – karta ekspozycji zawodowej⁴¹, sporządzanych według wzrostu określonego w Procedurze poekspozycyjnej.

W Analizach raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych za poszczególne lata, a od 2019 r. - półrocza, wskazano niezgodne z Procedurą poekspozycyjną podejmowane czynności po ekspozycji zarejestrowane w Wykazie zranień. Były to: w 2017 r.: brak wpisu w oddziale w karcie ekspozycji zawodowej – 22; brak zgłoszenia u lekarza medycyny pracy – 3; błędy w identyfikacji daty ekspozycji – 2; zbyt późne zgłoszenie do lekarza medycyny pracy (powyżej 7 dni) – 6; zbyt późne zgłoszenie do lekarza medycyny pracy (3 – 7 tygodni) – 3. W 2018 r.: brak wpisu w oddziale w karcie ekspozycji zawodowej – 32; brak zgłoszenia u lekarza medycyny pracy – 3; zbyt późne zgłoszenie do lekarza medycyny pracy (w przedziale od 72 godzin do tygodnia) - 5; zbyt późne zgłoszenie do lekarza medycyny pracy (powyżej 7 dni) – 7; zbyt późne zgłoszenie do lekarza medycyny pracy (3 – 7 tygodni) – 3. W półrocznych analizach raportów za 2019 r. wskazano na liczbę przypadków postępowania niezgodnych z procedurą - 3. W raporcie za I półrocze 2020 r. podano, że nie stwierdzono przypadków po ekspozycji, w których podjęte działania byłyby niezgodne z Procedurą po ekspozycji.

(akta kontroli tom I str. 21, 225, 227, 231, 451, tom II str. 240-248)

Analiza wybranej próby 60 przypadków zranienia ostrym narzędziem⁴², po 15 w każdym roku objętym kontrolą zaewidencjonowanych pod numerami 1-15 w Wykazie zranień wykazała, że w związku ze zranieniem/zakłuciem doszło do ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał we wszystkich badanych przypadkach. W 53 przypadkach zranienie/zakłucie zostało zgłoszone w dniu zdarzenia, zgłoszeń dokonano w 23 przypadkach na SOR, a 37 w Poradni Medycyny Pracy. Postępowania poekspozycyjne wszczynane były w dniach zgłoszenia przypadku zranienia/zakłucia. Do zdarzeń dochodziło głównie podczas zabiegów operacyjnych (22), czynności pielęgnacyjnych (11), wykonywania iniekcji (8), sprzątania odpadów (6), pobierania/przetaczania krwi (4); zakładania/usuwania wkłucia (4); na stanowisku pielęgniarka (39), lekarz (12), sanitariusz szpitalny (4); położna (2), ratownik medyczny (1), operator w Dziale Sterylizacji (1), student (1). W każdym z badanych przypadków, zdarzenie nie zostało zakwalifikowane jako wypadek przy pracy; pracownik nie musiał udać się na zwolnienie chorobowe, w wyniku ekspozycji nie doszło do zakażenia wirusem (HBV, HCV, HIV); pracownicy

⁴⁰ Dalej: Wykaz zranień.

⁴¹ Karta ekspozycji zawodowej zawierała m.in. następujące informacje: pieczętkę jednostki organizacyjnej SPSK; imię i nazwisko osoby eksponowanej; stanowisko; imię i nazwisko źródła ekspozycji; datę i godzinę ekspozycji; miejsce zdarzenia; opis zdarzenia; typ ekspozycji; narzędzie, sprzęt będący przyczyną przerwania ciągłości tkanek, informację czy narzędzie było zauważalnie zanieczyszczone krwią; głębokość zranienia; rodzaj ekspozycji; podpis osoby eksponowanej; podpis i pieczętka przełożonego/prowadzącego rejestr ekspozycji.

⁴² W Wykazie zranień w poszczególnych latach odnotowano przypadków: w 2017 r. - 80; w 2018 r. - 65, w 2019 r. - 81, a w 2020 r. - 55.

nie mieli za sobą doświadczenia zranienia/zakłucia w SPSK; nie zachodziła konieczność dokonania zmian w Procedurze bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami.

W każdym przypadku pracodawca badał przyczyny i okoliczności zranienia oraz odnotowano je w „Wykazie zranień” i poinformowano o zdarzeniu lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami. Łączne koszty badanych przypadków postępowania poekspozycyjnego wyniosły ponad 6 tys. zł i zostały poniesione w całości przez SPSK.

(akta kontroli tom II str. 249-256)

2.3. Szpital nie prowadził analiz kosztów postępowań poekspozycyjnych. Na potrzeby niniejszej kontroli, pracownicy SPSK dokonali szacunkowego wyliczenia tych kosztów przez iloczyn liczby zdarzeń ekspozycyjnych w poszczególnych latach oraz podwójny (średnio w jednym przypadku wykonywano dwa pakiety badań) uśredniony koszt pakietu badań związanych z ekspozycją (47,18 zł). Wyliczone w ten sposób koszty postępowań poekspozycyjnych wyniosły w 2017 r. - 7 547,20 zł; w 2018 r. - 6 132,10 zł; w 2019 r. - 7 641,54 zł; w 2020 r. - 5 188,70 zł.

Od 2017 r. przeciwko Szpitalowi nie prowadzono postępowań sądowych z tytułu ekspozycji zawodowej. W okresie tym nie zapadły przeciwko Szpitalowi żadne wyroki zasądzające odszkodowania z tytułu ekspozycji zawodowej, jak również Szpital nie wypłacił żadnych odszkodowań z tego tytułu.

(akta kontroli tom I str. 463, 466, 467, 469)

2.4. W SPSK sporządzano półroczne Raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych⁴³, które zawierały: tabelaryczne zestawienie liczby zranień ostrymi narzędziami w okresie sprawozdawczym, w podziale na jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego; wskazanie sposobu zranień.

Do Raportów o bhp sporządzano Analizy raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych (dalej: Analizy). Analizę sporządzono do Raportów bhp za: łącznie I i II półrocze 2017 r.; łącznie I i II półrocze 2018 r.; oddzielnie za I półrocze 2019 r. i II półrocze 2019 r. oraz za I półrocze 2020 r.

W Analizach tych wykazano liczbę zgłoszeń ekspozycji zawodowych z poszczególnych jednostek organizacyjnych; narzędzia, użycie których doprowadziło do ekspozycji na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał zakaźny; analizę okoliczności i przyczyn zranień, liczbę przypadków w których przestrzegano procedury szpitalnej, propozycje możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień.

Zgodnie z Raportami bhp, w latach 2017-2020 (I półrocze) łącznie miało miejsce 261 zdarzeń narażenia pracowników na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał, z tego w 2017 r. - 82; 2018 r. - 63; 2019 r. - 82; 2020 r. (I półrocze) - 34. Do ekspozycji na krew najczęściej dochodziło w wyniku używania igły ze światłem (27%), narzędzi chirurgicznych (23%) oraz igieł iniekcyjnych (18%). Czynności, w czasie których dochodziło do zranienia to głównie przeprowadzanie zabiegu operacyjnego (27%), wykonywanie iniekcji (18%), zakładanie i wyjmowanie wkłucia (10%), szycie zdejmowanie szwów (8%), sprzątanie zestawów (8%). Jako propozycje możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień wskazywano wykonywanie czynności zgodnie z Procedurą Szpitalną; ostrożna praca z narzędziami i sprzętem medycznym, szkolenia przypominające; stosowanie

⁴³ Dalej: Raport o bhp.

środków ochrony indywidualnej, dobra organizacja pracy, przestrzeganie przepisów bhp.

Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora SPSK propozycje możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień były przedstawiane podczas prowadzonych szkoleń okresowych z zakresu bhp, a sporządzone przez Zespół ds. bhp raporty i analizy były przesyłane do wszystkich komórek medycznych.

(akta kontroli tom I str. 218-237, 446-455, 459)

2.5. W SPSK jednostki organizacyjne prowadzące działalność polegającą na stosowaniu promieniowania jonizującego posiadały Zakładowe plany postępowania awaryjnego. Analizowany Zakładowy plan postępowania awaryjnego na wypadek zdarzeń radiacyjnych opracowano dla Medycyny Nuklearnej w październiku 2020 r., poprzedni pochodził z połowy 2019 r. Zawiera on dane podstawowe, ze wskazaniem m.in. jednostki organizacyjnej, danych kierownika jednostki organizacyjnej, inspektora ochrony radiologicznej, numery telefonów alarmowych, plan jednostki organizacyjnej (załącznik), opis potencjalnych sytuacji awaryjnych wraz z procedurami awaryjnymi, postępowanie osoby stwierdzającej zaistnienie zdarzenia radiacyjnego, polegające m.in. na powiadomieniu kierownika jednostki i wyłączeniu aparatu rentgenowskiego; postępowanie kierownika jednostki organizacyjnej, polegające m.in. na zorganizowaniu pierwszej pomocy poszkodowanym; na wyznaczeniu strefy awaryjnej, usunięcie ze strefy awaryjnej poszkodowanych, uniemożliwienie dostępu do niej osób postronnych, powiadomienie Prezesa PAA; zawiadomienie Wojewódzkiego Wydziału Zarządzania Kryzysowego, wraz z podaniem treści i zasięgu informacji o zdarzeniu, która powinna być przekazana społeczności lokalnej, jeżeli rozwój zdarzenia może prowadzić do zagrożenia o skutkach sięgających poza teren jednostki organizacyjnej lub gdy zagrożenie już wystąpiło. Po zakończeniu działań mających na celu usunięcie skutków zdarzenia i po ustaniu zagrożenia, kierownik jednostki organizacyjnej ma obowiązek sporządzić i przesłać do Prezesa PAA informację zawierającą m.in.: opis przebiegu zdarzenia, z określeniem jego przyczyn; ogólną ocenę zagrożenia w wyniku zdarzenia; opis przebiegu likwidacji zagrożenia i usuwania skutków zdarzenia; wykaz zastosowanych metod pomiarowych i przyrządów dozymetrycznych sprzętu ochrony indywidualnej i sprzętu użytego do likwidacji skutków zdarzenia; protokół kontroli pomiarów dozymetrycznych, przeprowadzonych po usunięciu skutków zdarzenia.

Zgodnie z Zakładowym planem postępowania awaryjnego dla Medycyny Nuklearnej, ćwiczenia okresowe w celu przeglądu i aktualizacji planu postępowania awaryjnego na wypadek zagrożenia radiacyjnego powinny być przeprowadzane z częstotliwością nie rzadziej, niż co dwa lata.

Udokumentowane ćwiczenia z postępowania awaryjnego w ZRIMN (w obszarze medycyna nuklearna) przeprowadzono w 2019 r.

(akta kontroli tom II str. 179-199)

W SPSK, w związku z nowelizacją ustawy Prawo atomowe, w tym dodaniem art. 86i, przygotowano do uzgodnień na szczeblu wojewódzkim i krajowym m.in. System Zarządzania Zdarzeniami Radiacyjnymi oraz Analizę zagrożeń w związku z prowadzoną działalnością. SPSK posiada zatwierdzony Plan szkoleń, który ujmuje w swojej części zagadnienie szkolenia dla wewnętrznej ekipy awaryjnej powołanej w SPSK jak również awaryjną dokumentację techniczną budynku niezbędną do przeprowadzenia uzgodnień. Dokumentacja ta zawiera naniesione miejsca zagrożenia w części medycyna nuklearna ze względu na stosowanie źródeł otwartych, miejsca przechowywania źródeł promieniotwórczych; lokalizację aparatów rtg – tomografów komputerowych; drogi ewakuacji; granice terenów

kontrolowanych i nadzorowanych; miejsca zbiórki do ewakuacji. Ponadto, zgodnie z wyjaśnieniem Inspektora ds. Ochrony Radiologicznej I Zakładu Radiologii Lekarskiej, SPSK jest w trakcie prac nad ujednoczeniem instrukcji, planów awaryjnych i szkoleń wewnętrznych.

(akta kontroli tom II str. 259-271)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Raporty o bhp w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie zawierały niektórych informacji wymaganych § 11 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie. Dotyczyło to:

- niezamieszczenia w tabelarycznym zestawieniu informacji o liczbie zranień ostrymi narzędziami w okresie poprzedzającym okres sprawozdawczy;
- niezamieszczenia tabelarycznego zestawienia stosowanych w podmiocie leczniczym rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem;
- niezamieszczenia informacji o poddaniu ocenie, nie rzadziej niż raz na dwa lata, procedury bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami i procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej lub ich aktualizacji, jeżeli były realizowane w okresie sprawozdawczym;
- niezamieszczenia informacji o wprowadzonych zmianach dotyczących szkoleń, które mają na celu zapobieganie narażeniu i jego skutkom (o których mowa w § 7 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie).

Ponadto Raporty o bhp, do których nie sporządzono odrębnych analiz półrocznych tj. za I półrocze 2017 r. oraz I półrocze 2018 r., nie zawierały wymaganych analiz okoliczności i przyczyn zranień, ze szczególnym uwzględnieniem ich przyczyn systemowych oraz propozycji możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień.

(akta kontroli tom I str. 218-237)

Zgodnie z wyjaśnieniem Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych wszelkie nieprawidłowości wynikają z błędnej interpretacji przepisów lub przeoczenia. Ponadto wdrożono już działania mające na celu eliminację wszelkich występujących nieprawidłowości.

Analiza prawidłowości postępowania poekspozycyjnego z obowiązującą procedurą jest sporządzana przez Dział Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego ze względu na konieczność prowadzenia kontroli wewnętrznej w zakresie nadzoru nad zakażeniami, a nie ze względu na rozporządzenie ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie, które jak twierdzi Dział Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego jest rozporządzeniem dotyczącym tylko Służby bhp. Ponadto Zastępca Dyrektora zwrócił uwagę, że Dział Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego organizuje dla pracowników szkolenia dotyczące zapobiegania ekspozycji zawodowej, postępowania po ekspozycji, analizy dokumentacji poekspozycyjnej. Szkolenie dotyczy analizy zgodności postępowania z obowiązującą procedurą. W związku z powyższym informacje te nie mogą być zawarte w Raporcie sporządzanym przez pracowników Zespołu do spraw bhp.

Zdaniem NIK, powyższe wyjaśnienia oraz stwierdzone nieprawidłowości dotyczące szkoleń okresowych czy zapewnienia opieki medycznej pracownikom zaliczonym do kategorii A, wskazują na niewystarczającą współpracę jednostek organizacyjnych Szpitala w zakresie realizacji zadań dotyczących ekspozycji zawodowej.

(akta kontroli tom I str. 460)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital właściwie wdrożył procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienie. Wykaz zranień prowadzony był rzetelnie i zawierał wszystkie wymagane elementy. Sporządzane Raporty o bhp nie zawierały wszystkich wymaganych elementów, co wynikało z niedostatecznej współpracy jednostek organizacyjnych Szpitala w tym zakresie. Szpital podjął działania celem aktualizacji Zakładowego planu awaryjnego do wymagań wprowadzonych zmianami z 2019 r. Prawa atomowego.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Zapewnienie stanu osobowego Służby bhp zgodnego z wymogami § 1 ust. 4 rozporządzenia ws. służby bhp.
2. Zapewnienie przeprowadzenia pierwszych szkoleń okresowych pracowników uczestniczących w realizacji świadczeń zdrowotnych w okresie do 12 miesięcy od rozpoczęcia pracy.
3. Występowanie przed zatrudnieniem pracownika do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące do Prezesa PAA z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez tego pracownika w roku kalendarzowym, w którym występuje z wnioskiem, oraz w okresie czterech poprzednich lat kalendarzowych.
4. Przekazywanie do centralnego rejestru dawek, prowadzonego przez Prezesa PAA, danych dotyczących dawek promieniowania jonizującego pochłoniętych przez pracowników zaliczonych do kategorii A narażenia na promieniowanie.
5. Zapewnienie pracownikom zaliczonym do kategorii A narażenia na promieniowanie nadzoru medycznego obejmującego okresowe badania lekarskie przeprowadzane co najmniej raz w roku.
6. Zawieranie w sporządzanych Raportach o bhp w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych kompletnej informacji wymaganych § 11 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.
7. Zwiększenie nadzoru nad współpracą jednostek organizacyjnych Szpitala w zakresie realizacji zadań dotyczących ekspozycji zawodowej.

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 Lublinie. 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 dni 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.

Lublin, dnia 29 stycznia 2021 r.

Kontroler
Szczepan Olejnik
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
Podpis

.....
Podpis

Na podstawie art. 35c ust. 1 i 2 ustawy o NIK w tekście wystąpienia pokontrolnego z dnia 29 stycznia 2021 r. znak: LLU.410.021.01.2020 dokonano sprostowania oczywistych omyłek rachunkowych⁴⁴, poprzez zastąpienie w pkt 1.6. na stronie 6 wystąpienia pokontrolnego, w ostatnim akapicie, w wierszu trzecim liczby „7” liczbą „181”.

Lublin, dnia 19 marca 2021 r.

Kontroler
Szczepan Olejnik
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....

.....

⁴⁴ W związku z omyłkami rachunkowymi stwierdzonymi w zestawieniu danych sporządzonym przez SPSK dla potrzeb kontroli NIK, stanowiącym załącznik nr 1 do pisma SPSK znak: L.dz. NIB 130/26/2021 z dnia 17.02.2021 r., przekazany kontrolerowi NIK i włączony do akt kontroli tom II str. 325-326.