



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.021.02.2020

**Pan
Piotr Matej
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego im. S. Kardynała
Wyszyńskiego w Lublinie**

Al. Kraśnicka 100
20-718 Lublin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.443.041.2021 z dnia 7 kwietnia 2021 r.
Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli

Kontrola P/20/061 Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie, Al. Kraśnicka 100, 20-718 Lublin (dalej: Szpital lub WSS)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Matej, Dyrektor Szpitala od 19 maja 2020 r. Wcześniej obowiązki dyrektora pełnili: Hanna Filipowicz od 22 kwietnia 2020 r. do 18 maja 2020 r. oraz od 15 sierpnia 2019 r. do 17 listopada 2019 r., Krzysztof Skubis od 18 listopada 2019 r. do 21 kwietnia 2020 r., Gabriel Maj od 1 listopada 2014 r. do 14 sierpnia 2019 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. Prawdopodobność 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. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Janusz Gosik, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/138/2020 z 1 października 2020 r. oraz nr LLU/172/2020 z 7 grudnia 2020 r.2. Barbara Koszałka doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LLU/173/2020 z 11 grudnia 2020 r. (akta kontroli tom I str. 1-2, tom II str. 1-2, 230-231)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA WSS nie podejmował w pełni skutecznych działań w zakresie identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W Szpitalu nie zapewniono odpowiedniej liczby pracowników służby BHP w odniesieniu do stanu zatrudnienia, a pracownikom na stanowiskach związanych z narażeniem na zranienia - odbycia szkoleń okresowych oraz pierwszych szkoleń okresowych w wymaganych terminach. Opracowane i wdrożone procedury dotyczące postępowania z ostrymi narzędziami oraz stosowania środków ochrony indywidualnej nie zostały ocenione przed upływem dwóch lat od chwili ich wprowadzenia lub poddania ostatniej ocenie. W 2019 r. nie prowadzono rejestru dawek indywidualnych otrzymywanych przez pracowników zaliczonych do kategorii A.

Pozytywnie oceniono zidentyfikowanie przez Szpital ryzyka w zakresie zranienia ostrym narzędziem na poszczególnych stanowiskach pracy, dokonywanie zakupu bezpiecznych wyrobów medycznych oraz zapewnienie pracownikom szczepień ochronnych. Szpital posiadał opracowaną i wdrożoną Procedurę postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny mogący przenosić zakażenia, prowadził wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200., dalej: ustawa o NIK.

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

świadczeń zdrowotnych oraz ponosił w całości koszty postępowań poekspozycyjnych. Posiadał również wymagane zezwolenia na uruchomienie pracowni rentgenowskiej i stosowanie aparatów rentgenowskich do celów diagnostyki medycznej. Pracownicy narażeni na napromieniowanie lub kontakt z promieniowaniem zostali objęci dozymetrią indywidualną. Inspektor Ochrony Radiologicznej realizował swoje zadania zgodnie z określonymi obowiązkami oraz uprawnieniami.

Raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami nie zawierały tabelarycznego zestawienia stosowanych w podmiocie leczniczym rodzajów ostrych narzędzi, a w zakresie ujmowanej w nich liczby zranień były sporządzane nierzetelnie.

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. Liczba pracowników Szpitala⁴ w latach 2017-2020 wynosiła: od 1652 do 1675 (według stanu na 1 stycznia) oraz od 1608 do 1669 (według stanu na 1 lipca). Zadania służby BHP⁵ wykonywało w ww. latach dwoje pracowników, zatrudnionych na pełny etat na stanowisku starszego inspektora do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy oraz od 1 kwietnia 2019 r. do 31 marca 2020 r. dodatkowo jeden pracownik, zatrudniony w wymiarze ¼ etatu. Wszyscy pracownicy posiadali kwalifikacje⁶ do wykonywania zadań służby BHP wymagane przepisem § 4 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy⁷. Według Regulaminu organizacyjnego Szpitala, pracownicy służby BHP⁸ podlegali bezpośrednio Dyrektorowi WSS.

(akta kontroli tom I str. 11, 16-117)

W badanym okresie Okręgowy Inspektor Pracy w Lublinie, nie przeprowadzał w WSS kontroli, których zakres obejmowałby zagadnienia dotyczące liczebności służby BHP.

(akta kontroli tom I str. 224-242)

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 W liczbie zatrudnionych pracowników (w osobach) ujęto pracowników przebywających na urloпах wychowawczych, urloпах bezpłatnych i świadczeniu rehabilitacyjnym.

⁵ W rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r., poz. 1320 ze zm.). Dalej: Kodeks pracy.

⁶ Pracownicy służby BHP, według aktualnego w czasie trwania kontroli NIK składu osobowego, legitymowali się: 1) dyplomem technika bezpieczeństwa i higieny pracy, wydanym przez Dyrektora Okręgowej Komisji Egzaminacyjnej w Krakowie w 2012 r. Osoba zatrudniona w Szpitalu od 1996 r. na stanowisku inspektora BHP. Od 28 października 2015 r. - starszy inspektor ds. BHP na stanowisku koordynatora. Szkolenie w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracowników tej służby - ukończone w 2014 r. 2) świadectwem ukończenia w 2014 r. studiów podyplomowych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Pracownik zatrudniony w Szpitalu na stanowisku inspektora BHP od 2015 r. Od 1 marca 2018 r. - starszy inspektor ds. BHP.

⁷ Dz. U. Nr 109 poz. 704, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie służby bhp.

⁸ Do 13 września 2020 r. w Regulaminie organizacyjnym Szpitala posługiwano się nazwą „Służba BHP”, od 14 września 2020 r. – „Inspektor BHP”.

W Szpitalu działała od 8 maja 2019 r. Zakładowa Komisja BHP⁹ (dalej: Komisja BHP) w składzie 22 osobowym, którą w równej liczbie stanowili przedstawiciele pracodawcy (m.in. lekarz Medycyny Pracy, koordynator ds. BHP) oraz przedstawiciele pracowników (m.in. społeczny inspektor pracy). Funkcję przewodniczącego Komisji sprawowała Z-ca Dyrektora ds. administracyjno-technicznych WSS. Do zadań Komisji BHP należało m.in. dokonywanie w Szpitalu okresowej oceny stanu BHP oraz zgłaszanie wniosków, dotyczących poprawy warunków pracy.

(akta kontroli tom I str. 12-15)

1.2. Szczegółowy zakres pracy służby BHP, ujęty w Regulaminie organizacyjnym Szpitala, obejmował zadania określone w § 2 ust. 1 pkt 1-22 rozporządzenia w sprawie służby bhp, w tym dotyczące: sporządzania okresowych (co najmniej raz w roku) analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, przeprowadzania kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

(akta kontroli tom I str. 16-89)

W sporządzanych przez pracowników służby BHP corocznych Informacjach o stanie bezpieczeństwa i higieny pracy¹⁰ ujmowano dane dotyczące m.in.: liczby osób przeszkolonych w zakresie szkoleń wstępnych i okresowych z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, liczby wypadków przy pracy, działań podejmowanych przez Komisję BHP, działań zrealizowanych przez służbę BHP, przeprowadzonych badań środowiska pracy oraz pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy, liczby zarejestrowanych chorób zawodowych oraz sposobu informowania pracowników na temat ryzyka zawodowego na poszczególnych stanowiskach pracy. Informacje o stanie bezpieczeństwa i higieny pracy zatwierdzał Dyrektor Szpitala.

W corocznych informacjach wymieniane były takie same działania realizowane przez służbę BHP, które dotyczyły: przeprowadzania szkoleń wstępnych dla osób przyjętych do pracy, sporządzania dokumentacji powypadkowej, opracowywania raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy oraz opracowywania programu zapobiegania wypadkom i urazom. Informacje o stanie bezpieczeństwa i higieny pracy zatwierdzał Dyrektor Szpitala. Natomiast przedstawianymi propozycjami poprawy warunków pracy w Szpitalu były: zapewnienie pełnej realizacji zadań ujętych w planie przedsięwzięć techniczno-modernizacyjnych oraz zwiększenie zaangażowania kierowników poszczególnych pionów organizacyjnych.

(akta kontroli tom I str. 146-158)

W opracowanym corocznie przez służbę BHP Programie zapobiegania wypadkom i urazom identyfikowano istniejące w Szpitalu zagrożenia, w tym związane z użyciem ostrych narzędzi medycznych. W Programie określono m.in. sposób realizacji działań zapobiegawczych, który w przypadku zagrożenia związanego z użyciem tych narzędzi polegał na monitorowaniu pracy osób narażonych na zranienie oraz na szkoleniu pracowników. Ocena zagrożeń w tym zakresie dokonywana była w trakcie roku na bieżąco.

(akta kontroli tom I str. 191-199)

Na potwierdzenie realizacji kontroli przez służbę BHP przedłożony został jeden dokument z 26 kwietnia 2017 r. pn. „Wyniki kontroli warunków socjalno-sanitarnych przeprowadzonych w pokojach socjalnych” (dyżurkach pielęgniarskich) na

⁹ Powołana zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 59/2019 z 8 maja 2019 r. W okresie wcześniejszym, tj. od 12 grudnia 2016 r. do 7 maja 2019 r. Zakładowa Komisja BHP działała na podstawie zarządzenia Dyrektora WSS nr 150/2016 z dnia 12 grudnia 2016 r.

¹⁰ Za lata 2017-2019.

poszczególnych Oddziałach w WSS”, w którym opisano: lokalizację oraz wyposażenie pokoi socjalnych i nie sformułowano zaleceń.

Starszy Inspektor BHP Szpitala wyjaśniła m.in., że inspektorzy BHP ściśle współpracują z dyrekcją Szpitala. Sprawy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy, które trafiały do dyrekcji Szpitala były na bieżąco przekazywane do służby BHP w celu wydania opinii lub podjęcia konkretnych działań. Pracownicy zajmujący się zagadnieniami bezpieczeństwa i higieny pracy w WSS nie formułowali w badanym okresie żadnych zaleceń ani wniosków pokontrolnych do realizacji.

(akta kontroli tom I str. 222-223, tom II str. 233-238)

W latach 2017-2019 posiedzenia funkcjonującej w Szpitalu Komisji BHP odbyły się w dniach: 1 lutego 2017 r., 6 września 2017 r., 16 października 2018 r., 19 grudnia 2018 r., 13 marca 2019 r., 26 czerwca 2019 r. oraz 5 grudnia 2019 r., tj. nie w każdym kwartale danego roku. W roku 2020 posiedzeń Komisji nie zwoływano. Było to niezgodne z art. 237¹³ § 2 Kodeksu pracy. W protokołach z posiedzeń tej Komisji odnotowywano m.in. podjęte działania, sprawy zakończone¹¹ oraz formułowano nowe wnioski do realizacji, dotyczące głównie poprawy warunków pracy¹². Wnioski Komisji BHP nie obejmowały spraw dotyczących ekspozycji zawodowej.

(akta kontroli tom I str. 176-190)

1.3. W Szpitalu dokonano oceny ryzyka zranienia ostrymi narzędziami z uwzględnieniem zagadnień określonych w § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych¹³. Oceny ryzyka zawarto w „Kartach oceny ryzyka zawodowego” dla stanowisk: pielęgniarskich, lekarskich, ratowników medycznych, operatora ciśnieniowych sterylizatorów gazowych i parowych, asystenta laboratorium, diagnosty laboratoryjnego technika analityki medycznej i technika chemii, edukatora ds. diabetologii, elektroradiologa, ratownika medycznego oraz ratownika medycznego kierowcy. Karty oceny ryzyka zawodowego zawierały: 1) informacje o stanowisku, 2) potencjalne możliwe zagrożenia urazowe występujące na danym stanowisku pracy, w tym dotyczące skaleczeń i zakłuć ostrymi narzędziami, 3) niekorzystne czynniki psychospołeczne, 3) zagrożenia chemiczne, 4) zagrożenia biologiczne. Dla poszczególnych zagrożeń na danym stanowisku pracy określono: skutki, ciężkość szkód, prawdopodobieństwo oraz ryzyko ich wystąpienia, a także wymagane środki ochrony przed zidentyfikowanym zagrożeniem. Oceny ryzyka zawodowego, opracowane przez pracownika służby BHP i zatwierdzone przez Dyrektora Szpitala w 2016 r., zostały poddane ocenie przez pracownika służby BHP w styczniu 2018 r. oraz styczniu 2020 r.

(akta kontroli tom II str. 253-263)

Według wyjaśnień Starszego Inspektora BHP, na poszczególnych stanowiskach pracy nie wystąpiły zdarzenia, mające lub mogące mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w miejscu pracy, istotne z punktu widzenia

¹¹ M.in. w 2017 r. – przeprowadzono remont dwóch toalet bloku H, wykonano podłogi z żywicy oraz pomalowano niski parter, zagospodarowano zieleń wokół Szpitala, wprowadzono elektroniczne znakowanie i sortowanie bielizny w pralni, zagospodarowano patio przy bloku A. W 2018 r. – wyremontowano parkingi, zakupiono nową karetkę, zamontowano kurtyny powietrzne, wyremontowano toalety pomieszczeń bloku H oraz wykonano wentylację w wymiennikowni. W 2019 r. – przeprowadzono remont poczekalni w budynku G na I piętrze, wdrożono procedurę dezynfekcji i mycia karetek pogotowia, podzielono szatnię bloku A na część damską i męską, udostępniono wolne sale na szkolenia przeprowadzane przez dietetyków.

¹² Np. przeprowadzenia remontów pomieszczeń, założenia klimatyzacji, udrożnienia wentylacji, udostępnienia sali szkoleń wykorzystywanej na magazyn.

¹³ Dz. U. poz. 696. Dalej: rozporządzenie w sprawie bhp.

konieczności opracowania oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami przed upływem dwóch lat od daty opracowania poprzedniej wersji.

(akta kontroli tom I str. 222-223)

1.4. Szpital, realizując obowiązek ochrony pracowników przed zranieniami, eliminujący lub ograniczający stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami, zapewnił wdrożenie procedur¹⁴, dotyczących m.in.: „Postępowania z odpadami medycznymi”; „Postępowania po ekspozycji na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał biologiczny mogący przenosić zakażenia HBV, HCV, HIV”; „Zasad bezpiecznego postępowania podczas pracy z ostrymi narzędziami”, „Stosowania środków ochrony indywidualnej oraz poprzez zakupy bezpiecznego sprzętu medycznego”.

(akta kontroli tom I str. 355-380, tom II str. 239-252)

W Szpitalu podejmowane były również - według wyjaśnień Dyrektora oraz Starszego Inspektora BHP - inne działania zabezpieczające pracowników przed zranieniami, w tym: organizowano szkolenia (w 2017 r. nt. „Kontroli zakażeń”, w 2018 r. nt. „Bezpiecznej linii infuzyjnej od kaniulacji do odpowiedzialności” oraz w 2019 i 2020 r. w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, na których omawiano zagadnienia narażenia pracowników na zranienia i zakłucia); przeprowadzono audyt dotyczący segregowania odpadów, w tym ostrych narzędzi; podejmowano działania prewencyjne względem ekspozycji pracownika na zakłucia - zakupiono i uruchomiono myjnię (dezynfektor) do narzędzi w Centralnej Sterylizatorni Szpitala. Działania w ww. obszarze uwzględniały wyniki oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami.

(akta kontroli tom I str. 309-351)

Zakupu środków ochrony indywidualnej dokonywano w Szpitalu w oparciu o procedury w sprawie zasad dokonywania zamówień publicznych oraz odpowiedzialności pracowników zobowiązanych do ich stosowania¹⁵. Pracownicy (m.in. kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych) zobowiązani byli przedstawiać, do 10 października każdego roku, roczne zapotrzebowanie asortymentu w tych komórkach, w tym na środki ochrony indywidualnej i bezpieczny sprzęt medyczny. Po przeprowadzeniu analizy, co do konieczności zakupu, występowali do Dyrektora Szpitala o wpisanie zapotrzebowania do procedur przetargowych.

(akta kontroli tom I str. 310-311, 381-387)

Szpital poniósł wydatki na środki ochrony indywidualnej w wysokości: 40,5 tys. zł w 2017 r., 50,1 tys. zł w 2018 r., 51,2 tys. zł w 2019 r., oraz 908,1 tys. zł w 2020 r. Zakupione zostały m.in.: fartuchy chirurgiczne, fartuchy niejałowe, zestawy obłożeniowe, maski, ochraniacze na buty, czepki, komplety chirurgiczne.

(akta kontroli tom II str. 395)

Na zakup bezpiecznego sprzętu medycznego¹⁶ Szpital wydatkował w latach 2017-2020 ogółem 300,1 tys. zł, w tym na: bezpieczne kaniule dożylnie 30,3 tys. zł, ampułki bezigłowe 138,4 tys. zł; tępe igły chirurgiczne w zestawie 83 tys. zł oraz tępe nożyczki chirurgiczne w zestawie 48,4 tys. zł. W ww. latach Szpital nie kupował bezpiecznych igieł do pobierania krwi.

¹⁴ Dostępnych dla pracowników na wewnętrznej stronie internetowej WSS.

¹⁵ Określone zarządzeniem Dyrektora nr 85/2014 z dnia 20 maja 2014 r., zmienione zarządzeniem Dyrektora 122/2016 z dnia 30 września 2016 r.

¹⁶ Bezpieczny sprzęt to igła lub ostrze, które posiada wbudowany mechanizm zabezpieczający przed ryzykiem zakłucia lub zranienia.

Udział wartościowy wszystkich rodzajów bezpiecznego sprzętu medycznego w całości zakupionego sprzętu medycznego¹⁷ wynosił 12% w 2017 r., 10% w 2018 r., 23% w 2019 r. i 26% w 2020 r.

Udział ilościowy bezpiecznego sprzętu medycznego do całości zakupionego sprzętu tego rodzaju wynosił dla:

- kaniul dożylnych¹⁸ 0,3% w 2018 r., 4,2% w 2019 r. oraz 2,4% w 2020 r.,
- bezigłowych ampulek 11,4% w 2017 r., 12,4% w 2018 r., 12,9% w 2019 r. oraz 10,6% w 2020 r.,
- igieł chirurgicznych w zestawie 100% w każdym roku lat 2017-2020,
- nożyczek chirurgicznych w zestawie¹⁹ 100% w każdym roku lat 2019-2020.

(akta kontroli tom I str. 395-397)

Według wyjaśnień Dyrektora, Szpital nie dokonywał analizy kosztów zakupu bezpiecznego sprzętu, czy też zakupu leków przeznaczonych do iniekcji w ampulkach plastikowych, w celu eliminowania zbędnego używania ostrych narzędzi.

(akta kontroli tom I str. 310-311, 388)

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

W Szpitalu zapewniono szczepienia ochronne pracowników wykonujących czynności, w trakcie których dochodzi do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego lub sprzętem skażonym tym materiałem biologicznym. Dyrektor WSS poinformował, że wszyscy pracownicy WSS posiadają zaświadczenia o zaszczepieniu przeciwko WZW typu B (wskaźnik osób zaszczepionych na dzień 30 listopada 2020 r. wynosił 100%).

(akta kontroli tom I str. 307-308, 310-311, 431, 433)

1.5. WSS posiadał opracowane (w tym w formie papierowej) i wdrożone procedury dotyczące:

- „Zasad bezpiecznego postępowania podczas pracy z ostrymi narzędziami” – procedura została opracowana przez pracownika służby BHP i zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala 22 maja 2014 r. Przeglądu procedury pod względem aktualizacji dokonał Starszy Inspektor BHP w dniu 28 kwietnia 2017 r., a sprawdzenia pod względem merytorycznym - Zastępca Dyrektora Szpitala, (Przewodnicząca Komisji BHP). Procedura obowiązywała na stanowiskach pracy, na których występowało ryzyko narażenia na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Określono w niej kompetencje pracownika, kierownika komórki organizacyjnej, dyrektora, służby BHP oraz lekarza i pielęgniarki Poradni Medycyny Pracy. Zawierała zasady postępowania z ostrymi narzędziami i odpadami o ostrych krawędziach, a także zasady postępowania w przypadku ekspozycji oraz zakłucia/zranienia;
- „Zasad stosowania środków ochrony indywidualnej” - procedura opracowana przez Pielęgniarkę Medycyny Pracy i zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala 24 stycznia 2018 r. Do 31 grudnia 2020 r. procedura nie podlegała przeglądowi pod względem aktualizacji. Obowiązywała we wszystkich oddziałach i komórkach organizacyjnych WSS, a jej celem była reedukacja ryzyka zawodowego i ochrona pracowników przed czynnikami chorobotwórczymi, a tym

¹⁷ Bezpiecznego sprzętu medycznego oraz ostrych narzędzi.

¹⁸ W 2017 r. nie kupowano bezpiecznych kaniul dożylnych.

¹⁹ W latach 2017-2018 nie kupowano tępych nożyczek chirurgicznych w zestawie.

samym poprawa bezpieczeństwa pracy i metoda profilaktyki występowania zakażeń szpitalnych.

Dostępność ww. procedur zapewniono całemu personelowi medycznemu poprzez zamieszczenie ich na wewnętrznej stronie internetowej Szpitala, w strefie dla pracowników, w zakładce: procedury, standardy, instrukcje, algorytmy.

(akta kontroli tom II str. 239-252)

1.6. W Szpitalu prowadzone były szkolenia dla nowo zatrudnianych pracowników w zakresie postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny mogący przenosić zakażenia HIV, HBV i HCV. Do ich przeprowadzania zobowiązana była - zgodnie z procedurą „Postępowania po ekspozycji na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał biologiczny mogący przenosić zakażenia HBV, HCV, HIV” - Pielęgniarka Medycyny Pracy oraz członkowie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

Według wyjaśnień Kierownika Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej, wszyscy pracownicy zatrudniani w Szpitalu przechodzą obowiązkowe szkolenia prowadzone przez Pielęgniarkę Medycyny Pracy, które obejmują profilaktykę zakłóć oraz postępowania po ekspozycji na materiał zakaźny. W latach 2017-2020 (do 10 grudnia) przeszkolonych zostało 135 osób, w tym w poszczególnych latach odpowiednio: 80, 97, 42 i 16.

(akta kontroli tom I str. 430, 432, tom II str. 272-279)

Szczegółowym badaniem objęto dokumentację osobową wybranych losowo 50 pracowników²⁰, którzy wykonywali świadczenia zdrowotne w 2020 r., w zakresie zrealizowanych przez nich szkoleń. W wyniku badania stwierdzono, że każdy pracownik został objęty obowiązkowym szkoleniem wstępnym, a większość pracowników (z ponad rocznym stażem pracy) szkoleniami okresowymi. Zakres tematyczny szkoleń obejmował zagadnienia określone w § 7 ust. 2 rozporządzenia w sprawie bhp. Np. w ramach szkoleń wstępnych omawiano m.in.: zagrożenia wypadkowe, zagrożenia dla zdrowia występujące w zakładzie pracy, podstawowe środki zapobiegające tym zagrożeniom, zasady bezpieczeństwa i higieny pracy związane z obsługą urządzeń technicznych, zasady postępowania w razie wypadku, w tym udzielania pierwszej pomocy. Zakres szkoleń okresowych²¹ obejmował m.in. zagrożenia charakterystyczne dla placówek lecznictwa, w tym zagrożenia: w laboratoriach, w gabinetach zabiegowych oraz ze strony ostrych narzędzi medycznych. Stwierdzono przypadki nieodbywania przez pracowników w ciągu roku szkolenia wstępnego, pierwszego szkolenia okresowego oraz nieodbywania raz na pięć lat szkoleń okresowych.

(akta kontroli tom I str. 263-275)

1.7. Szpital posiadał m.in. zezwolenia, wydane w formie decyzji przez Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie²², na uruchomienie pracowni rentgenowskiej oraz na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich do celów diagnostyki medycznej.

(akta kontroli tom I str. 442-449, tom II str. 51-52, 86-89)

Działalność Szpitala związana z narażeniem na promieniowanie jonizujące objęta była systemem zapewnienia jakości. Program zapewnienia jakości dla Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej (ostatnia aktualizacja dokonana 28 lutego 2020 r.) zawierał zapewnienie, że: 1) prowadzona polityka jakości w zakresie ochrony radiologicznej jest odpowiednia do rodzaju i zakresu

²⁰ Tj. 15 pielęgniarek, 15 położnych, 10 lekarzy specjalności zabiegowych oraz 10 ratowników medycznych.

²¹ Przeprowadzonych dla pracowników Szpitala w 2015 r. przez firmę zewnętrzną na podstawie umowy zawartej 6 marca 2015 r.

²² Z dnia: 5 lipca 2018 r., 28 marca 2019 r. i 17 kwietnia 2020 r.

prowadzonej działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, spełnia wymagania obowiązujących przepisów w zakresie bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej, 2) opracowany program będzie wdrożony i utrzymywany, a osobą odpowiedzialną za nadzór nad wdrożeniem będzie kierownik jednostki organizacyjnej. W Programie określono, że Inspektor Ochrony Radiologicznej odpowiada za: nadzór nad dokumentami dotyczącymi ochrony radiologicznej, ich przegląd i aktualizację oraz prowadzi szkolenia wewnętrzne w zakresie ochrony radiologicznej dla osób pracujących w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące. Odnośnie ochrony zdrowia pracowników podano, że: 1) personel obsługujący aparaty rentgenowskie, ze względu na możliwość otrzymania skutecznej dawki przekraczającej 1mSv/rok, został zaliczony do kategorii B narażenia; 2) pracownicy obsługujący aparaty rentgenowskie podlegają specjalistycznym okresowym badaniom lekarskim; 3) do pracy przy obsłudze aparatów mogą zostać dopuszczeni tylko pracownicy posiadający ważne zaświadczenie, zezwalające na pracę w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, wydane przez uprawnionego lekarza. Ponadto w Programie zapewniono, że istniejąca w gabinecie ochrona ścian, stropów, okien i drzwi jest wystarczająca i zabezpiecza osoby zatrudnione w gabinecie, pacjentów oraz osoby postronne przed zbędnym promieniowaniem. Na wyposażeniu pracowni znajdują się fartuchy ochronne wykonane z gumy ołowiowej. Zgodnie z Programem ocena narażenia pracowników na promieniowanie jonizujące powinna być prowadzona na podstawie dozymetrii indywidualnej na całe ciało i kończyny górne, a częstotliwość tych pomiarów wykonywana raz na kwartał.

Ww. dokument nie zawierał wszystkich elementów dla programu zapewnienia jakości określonych w art. 7 ust. 2a ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe²³. Zgodnie z art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej²⁴, kierownik jednostki organizacyjnej wykonującej działalność związaną z narażeniem w ciągu dwóch lat, od dnia wejścia w życie ww. ustawy, powinien dostosować program zapewnienia jakości do wymagań określonych w przepisach art. 7 ust. 2a i 2b ustawy Prawo atomowe.

(akta kontroli tom I str. 434, 436-441, tom II str. 331-336)

1.8. Inspektor Ochrony Radiologicznej rzetelnie wywiązywał się ze swoich obowiązków oraz korzystał z przysługujących mu uprawnień dotyczących sprawowania nadzoru nad ochroną radiologiczną pracowników. Posiadał aktualne uprawnienia IOR-3²⁵ (z datą ważności do 29 maja 2024 r.) otrzymane na podstawie decyzji wydanej 28 maja 2019 r. przez Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki, a także uprawnienia IOR typu R otrzymane 15 stycznia 2019 r. na podstawie decyzji wydanej przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Podlegał bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala. Wykonywane przez niego obowiązki określał Regulamin organizacyjny Szpitala oraz zakres czynności.

W Szpitalu, według wyjaśnień Inspektora Ochrony Radiologicznej, nie było awarii, która doprowadziłaby do napromieniowania pracownika, pacjenta lub skażenia środowiska. W wykonywaniu swoich obowiązków Inspektor nie napotykał na trudności ze strony dyrekcji WSS. Wszystkie pisma zewnętrzne dotyczące spraw radiologicznych były mu przekazywane do zaopiniowania. Również wszystkie prośby dyrekcji dotyczące testów, wzorcowania, osłon były załatwiane pozytywnie.

(akta kontroli tom I str. 84-85, 434-435, tom II str. 90-95)

²³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm.

²⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 1593, ze zm. Ustawa weszła w życie w dniu 23 września 2019 r.

²⁵ Poprzednie uprawnienia typu IOR-3 otrzymał na podstawie decyzji nr IOR/085/2014 wydanej przez Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki w dniu 21 maja 2014 r.

1.9. Szpital zapewnił prowadzenie pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy oraz pomiary dawek indywidualnych pracowników narażonych na promieniowanie. Inspektor Ochrony Radiologicznej poinformował, że wszyscy pracownicy narażeni na promieniowanie jonizujące objęci zostali dozymetrami indywidualnymi na całe ciało i kończyny górne. W dozymetry środowiskowe wyposażone były również sale operacyjne. Wymiana dozymetrów odbywała się raz na kwartał, a odczyty przeprowadzał Instytut Fizyki Jądrowej w Krakowie (na podstawie umowy zawartej 27 grudnia 2017 r. przez Szpital). Zakład Medycyny Nuklearnej posiadał zgodę na przechowywanie źródeł, odpadów i podawanie pacjentom izotopów. Źródła i odpady przechowywane były zgodnie z instrukcjami przekazanymi przez Szpital do Państwowej Agencji Atomistyki. Pacjenci poddani terapii izotopowej otrzymywali do podpisania instrukcje postępowania.

(akta kontroli tom I str. 434-435, tom II str. 57-69)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu wykorzystywano stacjonarny sprzęt dozymetryczny: Radiometr RK-100-2 z sondą RK-100, Monitor skażeń radioaktywnych EKO-C oraz Uniwersalny Radiometr Laboratoryjny RUST-3 z sondą licznikową okienkową typu SGB-1P. Urządzenia te posiadały świadectwa wzorcowania wydane przez Centralne Laboratorium Ochrony Radiologicznej z siedzibą w Warszawie.

(akta kontroli tom II str. 103-125)

1.10. W latach 2017-2018 oraz w 2020 r. wszyscy pracownicy Szpitala narażeni na promieniowanie jonizujące²⁶ zostali zaliczeni do kategorii B²⁷. Do kategorii A jedynie w roku 2019 zaliczony został jeden pracownik (Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej), który w kolejnym roku był w grupie pracowników kategorii B. Pozostali pracownicy narażeni na promieniowanie jonizujące zostali w 2019 r. zaliczeni do kategorii B.

W 2019 r. Inspektor Ochrony radiologicznej poinformował Dyrektora Szpitala (pismem z 18 marca) o otrzymaniu w 2018 r. przez pracownika dawki promieniowania jonizującego na kończyny górne równoważnej 230 mSv. Dyrektor zobowiązał pracownika do wykonania badań lekarskich i przekazania Inspektorowi Ochrony Radiologicznej zgody na pracę z promieniowaniem jonizującym, wydanej przez uprawnionego lekarza. Wymagane orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy na stanowisku pracownik uzyskał 29 kwietnia 2019 r. Szpital przekazał 15 marca 2019 r. zgłoszenie do centralnego rejestru dawek o wysokości dawki promieniowania przyjętej przez pracownika w okresie od 1 stycznia 2018 r. do 31 grudnia 2018 r. W 2020 r. pracownik ten został zaliczony do kategorii B i nie podlegał obowiązkowi wykonywania badań przynajmniej raz w roku, wymaganych w przypadku pracowników zaliczonych do kategorii A.

(akta kontroli tom II str. 126-178)

Szpital nie prowadził za 2019 r. rejestru dawek indywidualnych otrzymywanych przez pracownika zaliczonego do kategorii A.

Na podstawie badania dokumentacji osobowej pracowników zatrudnionych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej ustalono, że w przypadku zatrudnionych na umowę o pracę²⁸, osoby te przeszły wstępne przeszkolenie z zakresu ochrony radiologicznej. Pracownicy zatrudnieni na

²⁶ M.in.: Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej, Centralnego Traktu Operacyjnego, Zakładu Medycyny Nuklearnej, Oddziału Urazowo-Ortopedycznego, Oddziału Chirurgii Naczyniowej.

²⁷ Obejmującej pracowników, którzy nie zostali zaliczeni do kategorii A. Kategoria A obejmuje pracowników, którzy mogą być narażeni na: dawkę skuteczną (efektywną) przekraczającą 6 mSv w ciągu roku lub dawkę równoważną przekraczającą 15 mSv rocznie dla soczewek oczu lub 150 mSv rocznie dla skóry lub kończyn.

²⁸ Pięć osób w latach 2017-2020.

tw. umowy kontraktowe²⁹ zobowiązani byli posiadać w czasie trwania umowy m.in. aktualne badania lekarskie, orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych, odbyte szkolenia wstępne ogólne, stanowiskowe oraz szkolenia okresowe umowy kontraktowej. Lekarzom tym zmieniła się tylko forma prawna zatrudnienia w zakresie BHP.

(akta kontroli tom II str. 356-367)

Dyrektor WSS wyjaśnił m.in., że lekarze którzy zostali zatrudnieni na kontrakcie szkolenie z ochrony radiologicznej przeszli w latach poprzednich przy pierwszym zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub zawarciu z nimi pierwszej tzw. umowy kontraktowej. Stanowisko pracy i obowiązki pozostały niezmienione. Pracownicy wykonujący pracę w warunkach narażenia w 2019 r. odbyli szkolenie i zdali egzamin z ochrony radiologicznej pacjenta. Na szkoleniu tym były omawiane tematy z ochrony radiologicznej (dawka skuteczna i ekwiwalentna a ryzyko radiacyjne, ogólne założenia ochrony radiologicznej, specyficzne dla danej dziedziny aspekty ochrony radiologicznej personelu).

(akta kontroli tom II str. 386-390)

W latach 2017-2020 Szpital przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące nie występował do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o udostępnienie informacji z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych wcześniej przez tych pracowników.

Dyrektor WSS wyjaśnił m.in., że przyjęte w tych latach do pracy w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej pielęgniarki nie podlegały temu obowiązkowi, ponieważ nie były zatrudnione w warunkach narażenia – nie podlegały ekspozycji promieniowania jonizującego podczas wykonywania zadań służbowych. Jeden z techników RTG został przyjęty do pracy w Szpitalu bezpośrednio po ukończeniu edukacji i była to jego pierwsza praca. W stosunku do drugiego z techników RTG, w dniu 20 stycznia 2021 r., wystąpiono do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek. W przypadku osób zatrudnionych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej na umowy kontraktowe - byli to pracownicy zatrudnieni wcześniej na umowę o pracę lub na wcześniejsze umowy kontraktowe i już przed 2017 r. zostali objęci dawkomierzami indywidualnymi. Szpital miał wiedzę o wielkości dawek skutecznych i efektywnych. Natomiast w przypadku jednego lekarza zatrudnionego w latach 2017-2020 na umowę kontraktową, pracuje on w Pracowni rezonansu magnetycznego w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej, poddany jest promieniowaniu elektromagnetycznemu i nie jest objęty ochroną dozymetrów indywidualnych. W związku z powyższym nie zachodził obowiązek wystąpienia do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek, z wyjątkiem jednego technika RTG, w stosunku do którego wystąpiliśmy.

(akta kontroli tom II str. 386-390)

Bieżące informowanie pracowników Szpitala o stanie ochrony radiologicznej, poziomie ich narażenia, w tym o otrzymywanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego było - według wyjaśnień Dyrektora - przekazywane pracownikom ustnie przez Inspektora Ochrony Radiologicznej.

(akta kontroli tom II str. 386-390)

1.11. Szpital posiadał 11 aparatów RTG, w tym cztery użytkowane przez Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej. Oględzinami objęto trzy pracownice RTG znajdujące się w tym Zakładzie (pomieszczenia nr 4, 6 i 7), w których

²⁹ 16 osób w latach 2019-2020.

znajdowały się: aparat rentgenowski model G100RF65KW, aparat rentgenowski model OPTIMA XR 646 HD oraz aparat rentgenowski model G100RAD 50KW-DFMT. W wyniku oględzin stwierdzono, że pracownie spełniały wymagania określone w §§ 2-20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi³⁰.

(akta kontroli tom II str. 8-28)

W pracowniach Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej dostępna była dokumentacja wymieniona w § 22 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi, w tym m.in.:

- zezwolenia na uruchomienie pracowni oraz uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich znajdujących się w pracowniach;
- projekty pracowni wraz z projektami i opisem osłon stałych oraz wentylacji, zatwierdzone, przed uruchomieniem aparatu rentgenowskiego, przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie przy uzgadnianiu dokumentacji projektowej;
- dokumentacja techniczna dotycząca budowy, działania i obsługi aparatów rentgenowskich, w tym także urządzeń sygnalizacyjnych i blokujących;
- programy bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej oraz instrukcje ochrony radiologicznej;
- protokoły pokontrolne;
- programy szkolenia i dokumenty potwierdzające jego realizację.

W pracowniach znajdowały się ewidencje wewnętrznych testów kontroli parametrów w postaci raportów z wykonania testu podstawowego (miesięczne, kwartalne, półroczne) oraz zewnętrzne testy specjalistyczne (z 2017, 2018, 2019 i 2020 r.). Ewidencja osób zatrudnionych w pracowni rentgenowskiej w podziale na odpowiednie kategorie narażenia, dawek otrzymywanych przez pracowników, orzeczeń lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do pracy pracowników na określonym stanowisku, znajdowała się w sekretariacie ww. Zakładu, w Dziale Kadr Szpitala oraz u Inspektora Ochrony Radiologicznej.

(akta kontroli tom II str. 4-28)

1.12. W WSS wyznaczono i oznakowano tereny nadzorowane, gdzie istnieje możliwość otrzymania dawek określonych dla pracowników kategorii B oraz tereny kontrolowane, gdzie istnieje możliwość otrzymania dawek określonych dla pracowników kategorii A. Strefa kontrolowana wyznaczona została w Zakładzie Medycyny Nuklearnej.

Jako tereny nadzorowane wyznaczone zostały pomieszczenia w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej oraz pomieszczenia w: Oddziale Chirurgii Raka Piersi, Centralnym Trakcie Operacyjnym, Zakładzie Diagnostyki Endoskopowej, Zakładzie Medycyny Nuklearnej, Oddziale Kardiologii - Pododdział Kardiologii Inwazyjnej, Oddziale Chirurgii Ogólnej – Pododdział Chirurgii Onkologicznej, Oddziale Urazowo-Ortopedycznym, Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej – Pododdział ESWL (litotrypsja falą uderzeniową kamicy nerkowej), Oddziale Chirurgii Naczyniowej, Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii i Oddziale Ginekologii i Położnictwa z Izłą Przyjęć.

(akta kontroli tom II str. 126-171, 202-208, 394)

1.13. W grudniu 2017 r. Państwowa Agencja Atomistyki przeprowadziła w WSS kontrolę zgodności wykonywanej działalności z warunkami określonymi w zezwoleniu i z przepisami regulującymi działalność objętą tym zezwoleniem.

³⁰ Dz. U. z 2006 r. Nr 180 poz. 1325.

W wyniku kontroli stwierdzono, że działalność polegająca na: uruchomieniu pracowni izotopowej klasy II na terenie Zakładu Medycyny Nuklearnej Szpitala, stosowaniu źródeł promieniotwórczych w pracowni i poza pracownią, zamierzonym podawaniu substancji promieniotwórczych ludziom w celu medycznej diagnostyki oraz przechowywaniu źródeł promieniotwórczych była prowadzona zgodnie z wymogami zezwolenia Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki³¹. Wydany zaleceniem było zastrzeżenie kontroli dostępu na teren nadzorowany Zakładu Medycyny Nuklearnej.

(akta kontroli tom II str. 202-208)

W 2018 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Lublinie przeprowadził dwie kontrole w zakresie: 1) bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych, 2) warunków zdrowotnych środowiska pracy, przestrzegania przepisów dotyczących produktów biobójczych i substancji czynnych w związku z interwencją przesłaną przez Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie, dotyczącą nieprawidłowości w zakresie warunków pracy w sortowni odpadów. W kontrolach nie stwierdzono nieprawidłowości i nie wydano zaleceń pokontrolnych.

(akta kontroli tom I str. 128-136)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie zapewniał liczby pracowników służby BHP w latach 2017-2019 (do 31 marca) oraz od 1 kwietnia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. wymaganej przepisem § 1 ust. 3 i 4 rozporządzenia w sprawie służby bhp. W latach 2017-2020 służbę BHP stanowiło dwóch pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy, a w okresie od 1 kwietnia 2019 r. do 31 marca 2020 r. trzech pracowników, w tym jeden zatrudniony w niepełnym wymiarze czasu pracy. W ww. latach Szpital był pracodawcą dla ponad 1600 pracowników i powinien - stosownie do postanowień § 1 ust. 4 ww. rozporządzenia - zatrudnić w pełnym wymiarze czasu pracy co najmniej dwóch pracowników służby BHP na każdych 600 pracowników oraz jednego pracownika w niepełnym wymiarze czasu pracy przypadającego na pozostałych 400 pracowników, zgodnie z § 1 ust. 3 ww. rozporządzenia. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że obecnie Szpital poszukuje pracownika na stanowisko pracy inspektora BHP.

(akta kontroli tom I str. 16-117, tom II str. 372-374)

2. Posiedzenia Komisji BHP nie odbywały się z częstotliwością przynajmniej raz na kwartał, do czego zobowiązywał art. 237¹³ § Kodeksu pracy. W 2017 i 2018 r. Komisja obradowała dwa razy w każdym roku, w 2019 r. - trzy razy, a w 2020 r. posiedzeń nie zwoływano. Z-ca Dyrektora ds. administracyjno-technicznych wyjaśniła, że w latach 2017-2019 spowodowane to było długotrwałą absencją chorobową osób pełniących funkcje społecznego inspektora pracy, natomiast w 2020 r. - pandemią COVID-19.

(akta kontroli tom I str. 176-190, tom II str. 384-385)

NIK zauważa, że przedstawione w wyjaśnieniach okoliczności nie mogą w pełni usprawiedliwiać braku realizacji ustawowych obowiązków.

3. Procedury dotyczące: „Zasad bezpiecznego postępowania podczas pracy z ostrymi narzędziami” oraz „Zasad stosowania środków ochrony indywidualnej” nie były poddane ocenie pod kątem ich aktualizacji w terminie określonym w § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na

³¹ Bezterminowe zezwolenie Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z dnia 11 marca 2003 r. wraz z aneksem z dnia 25 listopada 2011 r.

zranienie ostrymi narzędziami, tj. nie rzadziej niż na dwa lata. Pierwsza z procedur (zatwierdzona przez Dyrektora w 2014 r.) została poddana takiej ocenie w kwietniu 2018 r., natomiast druga (zatwierdzona przez Dyrektora w styczniu 2018 r.) do końca 2020 r. nie była oceniona. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w 2019 r. nie dokonano aktualizacji procedury dotyczącej postępowania z ostrymi narzędziami przez przeoczenie. Nie podał natomiast przyczyn braku oceny procedury dotyczącej „Zasad stosowania środków ochrony indywidualnej”.

(akta kontroli tom II str. 239-252, 374-379)

4. Spośród 50 pracowników, których dokumentacja szkoleniowa została poddana analizie:

- 16 osób uczestniczących w realizacji świadczeń zdrowotnych nie odbyło do 18 grudnia 2020 r. szkoleń z bezpieczeństwa i higieny pracy w okresie pięciu lat od poprzedniego szkolenia³². Było to niezgodne z § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy³³, według którego szkolenie okresowe osób wymienionych w § 14 ust. 2 pkt 6³⁴ (pracowników, których charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne) powinno być przeprowadzane nie rzadziej niż raz na pięć lat.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że siedmioro pracowników przebywało na zwolnieniach lekarskich, urloпах wypoczynkowych i urloпах wychowawczych. W przypadku czterech pracowników - posiadali ukończone szkolenie (trzy osoby w grudniu i jedna w październiku 2020 r.), jednak zaświadczenia przesyłane są przez organizatora szkoleń po każdym zakończonym miesiącu, stąd ich brak w teczках osobowych pracowników. Stosowne zaświadczenia zostaną dołączone do dokumentacji pracowników w najbliższym czasie. Pięcioro pracowników nie przystąpiło do obowiązkowego szkolenia okresowego z powodów nieznanых służbie BHP.

(akta kontroli tom I str. 263-267, tom II str. 374-379)

- siedmioro pracowników nie zostało skierowanych do odbycia pierwszego szkolenia okresowego w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, które wymagane było do przeprowadzenia w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia przez nich pracy. Osoby te odbyły szkolenie wstępne w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w 2015 r., 2016 r. i 2018 r. (łącznie sześcioro pracowników) oraz w 2019 r. (jeden pracownik) i do 21 grudnia 2020 r. nie zostały skierowane na szkolenie okresowe. Stanowiło to naruszenie przepisu § 15 ust. 4 rozporządzenia w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Według wyjaśnień Dyrektora, osoby nie zostały skierowane na szkolenie okresowe, które organizowane było w 2019 r. z powodu błędu systemu komputerowego - nazwiska tych osób nie pojawiły się na liście.

(akta kontroli tom I str. 263-267, tom II str. 374-379)

- pięcioro pracowników skierowano do odbycia pierwszego szkolenia okresowego z opóźnieniem wynoszącym od jednego do trzech lat od wymaganego terminu na przeprowadzenie takiego szkolenia określonego w § 15 ust. 4 rozporządzenia w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny

³² Przeprowadzone w 2015 r.

³³ Dz. U. Nr 180 poz. 1860, ze zm.

³⁴ § 14 ust. 2 pkt 6 został dodany przez § 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 maja 2019 r. (Dz.U. poz. 1099) zmieniającego rozporządzenie w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy i obowiązuje od dnia 28 czerwca 2019 r. Poprzednio obowiązek szkoleń dla tych pracowników uregulowany był w § 14 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

pracy. Dla pracowników tych szkolenie wstępne przeprowadzono w 2016 r., 2017 r. i 2018 r., natomiast pierwsze szkolenie okresowe odbyli w październiku 2020 r. Spowodowane to było – według wyjaśnień Dyrektora – terminami edycji szkoleń dla pracowników Szpitala, które były ustalone na 2015 r., a kolejne na 2020 r.

(akta kontroli tom II str. 374-379)

5. Przed zatrudnieniem we wrześniu 2020 r. na umowę o pracę jednego pracownika w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, Szpital nie wystąpił – stosownie do przepisu art. 22 ust. 1 ustawy Prawa atomowego - do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o udostępnienie informacji z centralnego rejestru dawek o dawkach promieniowania otrzymanych wcześniej przez tego pracownika w roku kalendarzowym oraz w okresie czterech poprzednich lat kalendarzowych. Według wyjaśnień Dyrektora, w dniu 20 stycznia 2021 r. kierownik jednostki wystąpił do Prezesa Polskiej Agencji Atomistyki z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek. W przedmiotowej sprawie Szpital wystąpił z wnioskiem po czterech miesiącach od zatrudnienia pracownika.

(akta kontroli tom II str. 356, 386-390)

NIK zauważa, że art. 22 ust. 1 ustawy Prawo atomowe 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 Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki o uzyskanie informacji w tym zakresie.

6. Szpital nie prowadził w 2019 r. rejestru dawek indywidualnych otrzymywanych przez pracownika zaliczonego do kategorii A, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy Prawo atomowe.

Dyrektor WSS wyjaśnił m.in., że nie prowadzono rejestru dawek indywidualnych otrzymywanych przez pracowników kategorii A, ponieważ pracownicy, zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy Prawa atomowego nie są narażeni na wskazane w ww. przepisie dawki promieniowania. Żaden z pracowników Szpitala w okresie ostatnich 10 lat nie przekroczył dawek promieniowania, o których mowa w tym przepisie. We wniosku składanym do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego lub Państwowej Agencji Atomistyki na uruchomienie pracowni wpisywana jest przewidywana dawka, jaką pracownicy mogą uzyskać. Przy wykonywaniu zabiegów i terapii z wykorzystaniem promieniowania jonizującego i przestrzegając przepisów ochrony radiologicznej pracownicy nie przekraczają dawki skutecznej (efektywnej) lub równoważnej zaliczanej do kategorii A.

(akta kontroli tom II str. 386-390)

NIK zauważa, że zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy Prawo atomowe, zaliczenie pracownika do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące powoduje obowiązek prowadzenia rejestru dawek indywidualnych otrzymywanych przez pracowników zaliczonych do kategorii A. Obowiązek ten nie jest uzależniony od spełnienia innych przesłanek.

OCENA CZĄSTKOWA

W WSS nie zapewniono odpowiedniej liczby pracowników służby BHP w odniesieniu do stanu zatrudnienia, a pracownikom na stanowiskach związanych z narażeniem na zranienia - odbycia szkoleń okresowych oraz pierwszych szkoleń okresowych w wymaganych terminach. Opracowane i wdrożone procedury dotyczące postępowania z ostrymi narzędziami oraz stosowania środków ochrony

indywidualnej nie zostały ocenione przed upływem dwóch lat od chwili ich wprowadzenia lub poddania ostatniej ocenie. W 2019 r. nie prowadzono rejestru dawek indywidualnych otrzymywanych przez pracowników zaliczonych do kategorii A.

W Szpitalu zidentyfikowano ryzyka dla poszczególnych stanowisk pracy związane ze zranieniami. WSS dokonywał zakupu bezpiecznych wyrobów medycznych oraz zapewniał pracownikom szczepienia ochronne. Pracownicy narażeni na napromieniowanie lub kontakt z promieniowaniem objęci zostali dozymetrią indywidualną. Szpital posiadał również wymagane zezwolenia na uruchomienie pracowni rentgenowskiej i stosowanie aparatów rentgenowskich do celów diagnostyki medycznej. Inspektor Ochrony Radiologicznej rzetelnie wypełniał swoje obowiązki, zgodnie z określonymi uprawnieniami.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. WSS posiadał opracowaną Procedurę postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny mogący przenosić zakażenia HBV, HCV, HIV (dalej: Procedura), zatwierdzoną przez Dyrektora Szpitala 18 grudnia 2017 r.³⁵ Procedura zawierała elementy wymagane § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, w tym dotyczące oszacowania ryzyka zakażenia oraz podjęcia niezwłocznych działań profilaktycznych polegających na przeprowadzeniu badania lekarskiego, wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych oraz przeprowadzenia w razie potrzeby szczepień ochronnych. Procedura obowiązywała pracowników wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala w przypadku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny.

Procedura, w przypadku ekspozycji wymagającej wdrożenia postępowania poekspozycyjnego i obserwacji poekspozycyjnej, zobowiązywała: 1) osobę eksponowaną - m.in. do: obfitego splukaniu miejsca skaleczenia/zakłucia bieżącą letnią wodą; nietamowania krwawienia i nieuciskania brzegów rany; zabezpieczenia rany wodoodpornym opatrunkiem; zgłoszenia ekspozycji kierownikowi oddziału. Zobowiązywała również do niezwłocznego udania się do Poradni Medycyny Pracy, 2) lekarza/pielęgniarkę Poradni Medycyny Pracy lub lekarza dyżurnego SOR³⁶ - do wypełnienia protokołu wystąpienia ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny wirusami krwiopochodnymi HBV, HCV, HIV. W przypadku znanego źródła ekspozycji – do poinformowania osoby eksponowanej o konieczności wykonania z krwi pacjenta testów wykrywających antygen HBs, przeciwciała anti-HCV, przeciwciała anti-HIV. Skierowanie na wykonanie badań przez osobę eksponowaną oraz przez pacjenta wypisywał lekarz z oddziału.

Po otrzymaniu wyników badań (w czasie maksymalnie 72 godzin) osoba eksponowana zobowiązana była zgłosić się do lekarza/pielęgniarki Poradni Medycyny Pracy celem wdrożenia dalszego postępowania. Jeżeli u pacjenta wyniki badań były ujemne – nie należało wykonywać dalszych badań u osoby eksponowanej. Jeżeli pacjent będący źródłem ekspozycji był zakażony wirusem (HBV, HCV lub HIV) Procedura szczegółowo określała dalsze postępowanie po ekspozycji, w tym przeprowadzenie szczepień oraz konsultacji w klinice chorób zakaźnych. W przypadku nieznanego źródła ekspozycji (brak możliwości wykonania

³⁵ W okresie wcześniejszym w WSS obowiązywała Procedura zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala 21 maja 2014 r.

³⁶ Przejmuje obowiązki lekarza Medycyny Pracy w przypadku nieobecności lekarza /pielęgniarki.

badania materiału), postępowanie w zależności od wyników badań osoby ekspozowanej należało przeprowadzić tak jak dla znanego źródła ekspozycji. Zgodnie z Procedurą, profilaktyka poekspozycyjna w przypadku ekspozycji zawodowej była finansowana przez pracodawcę. Osoba ekspozowana zobowiązana była również do zgłoszenia ekspozycji służbie BHP.

(akta kontroli tom II str. 264-279)

2.2. Prowadzenie wykazu zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych należało - według Procedury - do obowiązków pielęgniarki Poradni Medycyny Pracy oraz inspektora służby BHP.

W latach 2017-2020 (do 30 listopada) w wykazie prowadzonym przez pielęgniarkę Poradni Medycyny Pracy odnotowano 195 przypadków zranień ostrymi narzędziami, w poszczególnych latach odpowiednio: 56, 55, 48 oraz 36. Każdy wpis zawierał m.in.: kolejny numer zdarzenia w roku, datę zdarzenia, jednostkę organizacyjną podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w której doszło do zranienia oraz rodzaj narzędzia, które spowodowało zranienie. Wykaz prowadzono z dokonywaniem wpisów ujawniających dane osobowe osób ekspozowanych (imię i nazwisko oraz numer pesel). Po zgłoszenia faktu ekspozycji sporządzano protokół wystąpienia ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny wirusami krwiopochodnymi HBV, HCV i HIV, podpisywany przez pracownika i lekarza medycyny pracy.

Służba BHP nie prowadziła odrębnego wykazu pracowników po ekspozycji na krew lub inny materiał potencjalnie zakaźny. Zgłoszenia w tym zakresie odnotowywała w rejestrze wypadków przy pracy. W kontrolowanych latach (do 30 listopada) w rejestrze tym odnotowała 26 przypadków zranień ostrymi narzędziami (uznanych za wypadek przy pracy), w poszczególnych latach odpowiednio: 8, 12, 5 i 1.

(akta kontroli tom II str. 393)

W wyniku badania losowo wybranej próby 60 przypadków zranienia ostrym narzędziem ze 195 odnotowanych w latach 2017-2020 (do 30 listopada) ustalono, że: w każdym przypadku badano przyczyny i okoliczności zranienia, informowano o zranieniu lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną, kierowano pracowników ekspozowanych oraz pacjenta, będącego źródłem ekspozycji na badania, a koszty tych badań obciążały Szpital. W wyniku ekspozycji nikt nie został zakażony wirusem HBV, HCV i HIV, a pracownicy nie ubiegali się o odszkodowanie od pracodawcy. W związku z badanymi zdarzeniami nie zaszła konieczność dokonania zmian w Procedurze oraz nie zidentyfikowano nowego ryzyka związanego z używaniem ostrych narzędzi. Z badanej próby: dwoje pracowników miało wcześniej zdarzenie ekspozycyjne, a w przypadku pięciorga zdarzenie zostało zakwalifikowane jako wypadek przy pracy.

(akta kontroli tom II str. 283-302)

2.3. W latach 2017-2020 Szpital poniósł koszty postępowania poekspozycyjnych z tytułu wykonania badań serologicznych krwi osobom ekspozowanym, jak i osobom będącym źródłem materiału biologicznego ogółem w kwocie 38,7 zł, w tym: 11,1 tys. zł w 2017 r., 10,9 tys. zł w 2018 r., 9,5 tys. zł w 2019 r. oraz 7,2 tys. zł (do 31 grudnia). W latach objętych kontrolą nie prowadzono postępowania sądowych przeciwko WSS z tytułu ekspozycji zawodowej.

(akta kontroli tom II str. 303, 372-373)

2.4. Szpital realizował obowiązek terminowego sporządzania półrocznych „Raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych”³⁷ (dalej: Raporty), które zawierały:

³⁷ Np. Raport za II półrocze 2017 r. został sporządzony 3 stycznia 2018 r., Raport za I półrocze 2018 r. – 2 lipca 2018 r., Raport za II półrocze 2019 r. – 2 stycznia 2020 r.

- tabelaryczne zestawienie liczby zranień, do których doszło w Szpitalu. W Raportach za I i II półrocze 2017 r. wykazano łącznie 53 przypadków zranień (w Rejestrze prowadzonym przez pielęgniarkę Poradni Medycyny Pracy odnotowano 56 takich przypadków), 2018 r. - wykazano 48 przypadków zranień (w Rejestrze - 55), 2019 r. - wykazano 40 przypadków zranień (w Rejestrze - 48). Liczba zranień wykazana za I półrocze 2020 r. wynosiła 21, podczas gdy w Rejestrze prowadzonym przez pielęgniarkę Poradni Medycyny Pracy odnotowano 22 przypadków zranień;
- analizę i okoliczności przyczyn zranień. We wszystkich Raportach jako przyczynę zranień podawano pośpiech pracowników oraz niedostateczną koncentrację uwagi na wykonywanej czynności;
- propozycje możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień, w tym możliwość wprowadzenia do użytku nowych rodzajów ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem. W Raportach podawano m.in., że w celu ograniczenia liczby zranień przeprowadzane są w Szpitalu dla nowo przyjmowanych pracowników szkolenia w zakresie bezpiecznego postępowania przy pracach z użyciem ostrych narzędzi medycznych, w przyszłości natomiast można rozważyć zakup igieł posiadających zabezpieczenia przed zakłuciem.

Ponadto w Raportach podawano informację nt. wprowadzonych procedur dotyczących bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami oraz używania odpowiednich do rodzaju i stopnia zagrożenia środków ochrony indywidualnej. Raporty za lata 2017-2020 (I półrocze) nie zawierały tabelarycznego zestawienia stosowanych w Szpitalu rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem.

(akta kontroli tom II str. 306-326, 393)

2.5. Jednostki organizacyjne WSS³⁸, prowadzące działalność polegającą na stosowaniu promieniowania jonizujących, posiadały opracowane zakładowe plany postępowania awaryjnego.

Zakładowy plan postępowania awaryjnego Zakładu Medycyny Nuklearnej:

- podlegał ostatniej aktualizacji 5 lutego 2020 r., poprzednia jego aktualizacja została przeprowadzona 16 maja 2017 r.,
- zawierał dane podstawowe, dotyczące Szpitala, kierownika i inspektora ochrony radiologicznej; rodzaju prowadzonej działalności z narażeniem wraz z numerami zezwolenia na jej prowadzenie, numerów telefonów alarmowych; planu jednostki organizacyjnej; opisu potencjalnych sytuacji awaryjnych³⁹ i wymaganych do przeprowadzenia czynności dekontaminacyjnych;
- określał postępowanie pracownika stwierdzającego zaistnienie zdarzenia radiacyjnego, tj. zobowiązywał go do niezwłocznego powiadomienia kierownika jednostki organizacyjnej oraz inspektora ochrony radiologicznej;
- stanowił o postępowaniu kierownika jednostki organizacyjnej, polegającego m.in.: na zorganizowaniu pierwszej pomocy poszkodowanym, wyznaczeniu strefy awaryjnej, usunięcia ze strefy awaryjnej osób poszkodowanych, uniemożliwienia przebywania osób postronnych w miejscu zdarzenia, powiadomienia Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki; zawiadomienia 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

³⁸ Zakład Medycyny Nuklearnej oraz Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej.

³⁹ U uruchomienie przez osobę niepowołaną aparatu rentgenowskiego i przypadkowe napromieniowanie. Jako maksymalną awarię w pracowni izotopowej klasy II przyjęto pęknięcie generatora technetowego i wystąpienie pożaru lub zalania wodą z uszkodzonej instalacji wodnej magazynku izotopów i odpadów promieniotwórczych.

- wystąpiło. Po zakończeniu działań mających na celu usunięcie skutków zdarzenia i po ustaniu zagrożenia, kierownik jednostki organizacyjnej ma obowiązek sporządzić i przesłać do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki 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 dozymetrycznej, przeprowadzonej po usunięciu skutków zdarzenia;
- określał częstotliwość odbywania ćwiczeń okresowych w celu przeglądu i aktualizacji planu postępowania awaryjnego na wypadek zagrożenia radiacyjnego – nie rzadziej niż raz na dwa lata.

(akta kontroli tom II str. 339-348, 368-371)

Obowiązujący w Zakładzie Medycyny Nuklearnej Zakładowy plan postępowania awaryjnego sporządzono zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych⁴⁰. Aktualizacja dokonana w 2020 r. nie uwzględniała wszystkich zadań wymaganych dla zakładowych planów awaryjnych określonych w art. 86i ust. 1-5 ustawy Prawo atomowe, wprowadzonych zmianą ustawy z dniem 23 września 2019 r.⁴¹ Według wyjaśnień Dyrektora Szpitala spowodowane to było brakiem nowego rozporządzenia, dotyczącego planów awaryjnych.

(akta kontroli tom II str. 386-390)

Z udokumentowanego podsumowania ćwiczeń ewakuacji na wypadek zaistnienia zdarzenia nadzwyczajnego na terenie Zakładu Medycyny Nuklearnej⁴², które odbyły się 18 grudnia 2017 r.⁴³, wynika że zostały przeprowadzone według scenariusza zatwierdzonego przez Dyrektora Szpitala. W ramach ćwiczeń przeprowadzono m.in. szkolenie oraz praktyczną ewakuację pracowników i pacjentów z pomieszczeń Zakładu Medycyny Nuklearnej. Kolejne ćwiczenia z postępowania awaryjnego zostały zaplanowane do przeprowadzenia w lutym 2021 r.

(akta kontroli tom II str. 349-354)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2017-2020 w wykazie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych zamieszczano dane osobowe, co było niezgodne z przepisem § 10 ust. 2 rozporządzenia w sprawie bhp pracy przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie. Pielęgniarka Zakładu Medycyny Pracy nie podała przyczyn ujmowania danych osobowych w prowadzonym wykazie, natomiast poinformowała, że od 2021 r. danych w tym zakresie nie zamieszcza.

(akta kontroli tom II str. 380-381)

2. Raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych:

- nie zawierały tabelarycznego zestawienia stosowanych w podmiocie leczniczym

⁴⁰ Dz. U. z 2005 r. Nr 20, poz. 169 ze zm. Uchylony z dniem 23 września 2019 r.

⁴¹ Zgodnie z art. 21 ustawy o zmianie ustawy Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej, kierownicy jednostek organizacyjnych mają odpowiednio dwa lata od wejścia w życie tej ustawy na dostosowanie opracowywanych przez siebie planów do wymagań wprowadzonych tą ustawą.

⁴² W ćwiczeniach uczestniczyła kadra kierownicza WSS, kierownicy działów: remontowo-eksploatacyjnego, administracyjno-gospodarczego i służby ochrony, a także koordynatorzy ds. instalacji elektrycznych, specjaliści ds. obrony i rezerw, ppoż. i bhp.

⁴³ W Zakładowym planie postępowania awaryjnego Zakładu Medycyny Nuklearnej zaktualizowanym 16 maja 2017 r. podano, że ćwiczenia awaryjne na wypadek zagrożenia radiacyjnego odbywają się raz na trzy lata.

rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem. Było to niezgodne z przepisem § 11 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie. Raport zawierający taki wykaz został sporządzony za II półrocze 2020 r.

Dyrektor wyjaśnił, że tabelaryczne zestawienie stosowanych w WSS ostrych narzędzi zostało opracowane w 2014 r. i w związku z brakiem informacji o zakupie nowych narzędzi tabela nie była aktualizowana.

(akta kontroli tom II str. 306-330, 374-379)

- sporządzane były nierzetelnie w zakresie ujmowanej w nich liczby zranień. Wykazywana liczba zranień nie odpowiadała liczbie zranień odnotowanych przez pielęgniarkę Medycyny Pracy w prowadzonym Rejestrze. Np. w Raportach za I i II półrocze 2018 r. wykazano 48 przypadków zranień, a w Rejestrze 55. W Raportach za I i II półrocze 2019 r. - 40 przypadków, a w Rejestrze 48. Według wyjaśnień Starszego Inspektora BHP - różnice wynikały z pomyłki oraz z faktu, że nie wszystkie przypadki ujmowane w Rejestrze spowodowane były zranieniem ostrymi narzędziami.

(akta kontroli tom II str. 382-383, 393)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital posiadał opracowaną i wdrożoną Procedurę postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny mogący przenosić zakażenia, prowadził rejestr zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz ponosił w całości koszty postępowań poekspozycyjnych. Raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami nie zawierały tabelarycznego zestawienia stosowanych w podmiocie leczniczym rodzajów ostrych narzędzi, a w zakresie ujmowanej w nich liczby zranień były sporządzane nierzetelnie. W WSS przeprowadzono ćwiczenia ewakuacji na wypadek zaistnienia zdarzenia nadzwyczajnego.

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. 3 i 4 rozporządzenia w sprawie służby bhp.
2. Organizowanie posiedzeń Komisji BHP przynajmniej raz na kwartał, stosownie do przepisu art. 237¹³ § 2 Kodeksu pracy.
3. Dokonywanie oceny procedur dotyczących „Zasad bezpiecznego postępowania podczas pracy z ostrymi narzędziami” oraz „Zasad stosowania środków ochrony indywidualnej” zgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie.
4. Zapewnienie przeprowadzania szkoleń w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy pracownikom uczestniczącym w realizacji świadczeń zdrowotnych z częstotliwością określoną w § 15 ust. 2 i 4 rozporządzenia w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, tj. szkoleń okresowych nie rzadziej niż raz na pięć lat oraz pierwszego szkolenia okresowego w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia przez pracowników pracy na tych stanowiskach.
5. Sporządzanie rzetelnych Raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie liczby 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 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, 29 stycznia 2021 r.

Kontrolerzy:
Barbara Koszałka
Doradca ekonomiczny

/-/

.....
podpis

Janusz Gosik
Specjalista kontroli państwowej

/-/

.....
podpis

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

/-/

.....
podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał:
Edward Lis – Dyrektor Delegatury
Najwyższej Izby Kontroli w Lublinie

.....
podpis