



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.021.03.2020

**Pani
Renata Ciupak
p.o. Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zespołu
Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Janowie Lubelskim**
ul. Jana Zamoyskiego 149
23-300 Janów Lubelski

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Kontrola P/20/061 Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Janowie Lubelskim (dalej: Szpital lub SPZZOZ)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Renata Ciupak, p.o. Dyrektora, od 12 stycznia 2017 r. (dalej: Dyrektor)
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	Od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2020 r., 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
Kontroler	Katarzyna Kuzioła, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/146/2020 z 9 października 2020 r. (akta kontroli t. I str.1-4)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	<p>W okresie 2017-2020 Dyrektor Szpitala nie w pełni wywiązywał się z zadań w zakresie identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami oraz napromieniowaniem jonizującym przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Nie wszyscy pracownicy zatrudnieni na stanowiskach związanych z narażeniem na zranienia zostali objęci szkoleniami w tym zakresie oraz nie wszyscy pracownicy odbyli szkolenia dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy (dalej: bhp) w okresie pięciu lat od ukończenia poprzedniego szkolenia. Nie opracowano dla wszystkich stanowisk pracy lub nie przeprowadzono w wymaganym terminie aktualizacji „Oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem”. Szpital nie posiadał opracowanej procedury dotyczącej używania ostrych narzędzi, a w przypadku procedury dotyczącej postępowania poekspozycyjnego nadzór nad jej przestrzeganiem przez pracowników był niewystarczający. Koszty postępowań poekspozycyjnych ponosił w całości Szpital. Szpital nie posiadał wiedzy o dawkach promieniowania otrzymanych wcześniej przez tych pracowników przed ich zatrudnieniem w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące. Pracownicy ci nie posiadali również potwierdzeń odbycia</p>
--------------	---

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.

wstępnych szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej, a Inspektor Ochrony Radiologicznej (dalej: IOR) nie posiadał potwierdzenia przeprowadzania takiego szkolenia. Ponadto pracownicy zaszeregowani do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące nie odbywali okresowych badań lekarskich z częstotliwością co najmniej raz na 12 miesięcy a 17 z 29 tych pracowników wykonywało pracę bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku przez okres od 1 do 52 dni. Nie wszyscy pracownicy zaszeregowani do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące zostali umieszczeni w rejestrze dawek indywidualnych, prowadzonym w formie elektronicznej, a pracownicy których dane zostały w nim umieszczone nie posiadali indywidualnych kart ewidencyjnych. Ponadto dane z tego rejestru nie były przekazywane do centralnego rejestru dawek. W Szpitalu nie zostały także wyznaczone tereny kontrolowane i nadzorowane, mimo zaszeregowania pracowników do kategorii A i B.

Szpital posiadał procedurę dotyczącą stosowania środków ochrony indywidualnej oraz, w miarę możliwości finansowych, dokonywał zakupu bezpiecznych wyrobów medycznych w celu wywiązania się z obowiązku ochrony pracowników przed zranieniami. Rzetelnie prowadzono także wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Pracownie RTG Szpitala wraz z wyposażeniem spełniały wymagania określone w obowiązujących przepisach. Szpital posiadał zezwolenie na prowadzenie działalności wykorzystującej promieniowanie jonizujące oraz na uruchomienie aparatury diagnostycznej ją wykorzystującej. IOR wypełniał określone dla niego obowiązki, zgodnie z uprawnieniami.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W okresie od 1 stycznia 2017 r. do 30 września 2020 r. liczba pracowników SPZZOZ wynosiła od 480 do 505⁴. W okresie tym (oraz do 31 grudnia 2020 r.) w Szpitalu zatrudnionych było dwóch pracowników do wykonywania zadań służby bezpieczeństwa i higieny pracy⁵ na stanowiskach odpowiednio: inspektora do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy i ochrony przeciwpożarowej⁶ (łącznie w pełnym wymiarze czasu pracy) oraz inspektora do spraw płac z dodatkowym obowiązkiem pełnienia zadań inspektora do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy⁷ w wymiarze 0,1 etatu (w tym wykonywania obowiązków etatowego inspektora bhp podczas nieobecności inspektora ds. bhp i ppoż). Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym Szpitala, służba bhp podlegała bezpośrednio Dyrektorowi.

Kierownik działu obsługi pracowników wyjaśnił, że pracownik służby bhp zatrudniony na 0,1 etatu realizuje zadania bhp incydentalnie podczas nieobecności etatowego pracownika służby bhp w zakresie niezbędnych i pilnych spraw dotyczących służby

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

⁴ Na dzień 1.01.2017 r. wynosiła 484, 1.01.2019 r. – 505, 1.07.2020 r. – 480, a na dzień 30.09.2020 r. – 481.

⁵ Dalej: służba bhp.

⁶ Dalej: inspektor ds. bhp i ppoż.

⁷ Dalej: inspektor ds. płac z dodatkowym obowiązkiem pełnienia obowiązków inspektora bhp.

bhp, a w celu zapewnienia realizacji 22 zadań należących do zakresu działania służby bhp jest zatrudniony drugi pracownik służby bhp na pełnym etacie.

Dyrektor, zgodnie z art. 237¹² § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy⁸, powołał⁹ Komisję Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (dalej: Komisja bhp), jako organ doradczy i opiniodawczy w zakresie bezpieczeństwa, ergonomii i higieny służby oraz pracy w Szpitalu. W skład Komisji bhp zostali powołani: Pielęgniarka Naczelna jako Przewodnicząca, Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy jako Zastępca Przewodniczącego, Inspektor ds. bhp i ppoż., lekarz poradni medycyny pracy oraz po jednym przedstawicielu związków zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych, NSZZ „Solidarność” i NSZZ „Solidarność 80” oraz Przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Techników Medycznych Elektroradiologii.

W okresie objętym kontrolą Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy nie odnosił się do liczby pracowników stanowiących służbę bhp Szpitala.

(akta kontroli t. I str. 5-6, 18-19, 42-90, 93-136, 292, 296)

2. Na stanowisku¹⁰ inspektora ds. bhp i ppoż. zatrudniony był technik bezpieczeństwa i higieny pracy, który posiadał świadectwo potwierdzające kwalifikacje w zawodzie z dnia 27 marca 2015 r. oraz zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracodawców i osób kierujących pracownikami z marca 2018 r. W grudniu 2020 r. osoba ta ukończyła szkolenie w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracowników służby bhp i osób wykonujących zadania tej służby. Na stanowisku inspektora ds. plac z dodatkowym obowiązkiem realizacji zadań inspektora ds. bhp zatrudniona była osoba, która legitymowała się dyplomem ukończenia studiów podyplomowych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (z dnia 4 listopada 2011 r.) oraz zaświadczeniem o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracowników tej służby (z dnia 16 stycznia 2019 r.) w związku z realizacją zaleceń pokontrolnych wydanych przez Państwową Inspekcję Pracy.

(akta kontroli t. I str. 20-28, 42-55, 291-292, 295-296)

Służbie bhp powierzono m.in. zadania, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1-22 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy¹¹. Służba bhp wywiązywała się z obowiązku wykonywania okresowych analiz stanu bhp, sporządzając je raz w roku. W okresie objętym kontrolą jeden z pracowników służby bhp przeprowadził m.in. 11 kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów bhp. W okresie objętym kontrolą służba bhp w odniesieniu do problemu ekspozycji zawodowej pracowników przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych nie formułowała zaleceń i wniosków pokontrolnych.

Komisja bhp w trakcie kwartalnych posiedzeń dokonywała m.in. przeglądu warunków pracy oraz okresowej oceny stanu bhp, w wyniku których formułowała wnioski dotyczące poprawy warunków pracy, a następnie sprawdzała stan ich realizacji.

Dyrektor SPZZOZ wyjaśniła, że od 12 stycznia 2017 r. przewodnicząca Zakładowej Komisji BHP przedkładała Dyrektorowi protokoły z przeglądów warunków pracy. Poinformowała, że w związku z wnioskami Komisji z dnia 30 grudnia 2019 r. dotyczącymi położenia szczególnego nacisku na szkolenia w zakresie profilaktyki

⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm., dalej: Kodeks Pracy.

⁹ Zarządzenie nr 10/2006 Dyrektora SPZZOZ w Janowie Lubelskim z dnia 17 marca 2006 r. w sprawie powołania i określenia zakresu działania Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Janowie Lubelskim, ze zm.

¹⁰ Ustalono spełnianie warunków wykształcenia i zatrudnienia w okresie objętym kontrolą, w tym na dzień 1 stycznia 2017 r.

¹¹ Dz. U. Nr 109, poz. 704, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie służby bhp.

urazowości personelu i zobowiązanie kadry kierowniczej oddziałów do zwiększenia nadzoru nad personelem w I kwartale 2020 r. w oddziałach szpitala w ramach szkoleń wewnętrznych przeprowadzono edukację w zakresie przestrzegania obowiązujących procedur oraz omówiono problematykę profilaktyki zranień i zakłuć.
(akta kontroli t. I str. 10-17, 223-279, 291, 295)

3. Oceny ryzyka zawodowego dla stanowisk pracy, na których może dojść m.in. do zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny:

- zostały opracowane po raz pierwszy dla nw. stanowisk: pielęgniarka pracowni endoskopowej, lekarz ortopeda - sierpień/wrzesień 2019 r.; pielęgniarka Oddziału Dziecięcego, pielęgniarka Oddziału Wewnętrznego, pielęgniarka Oddziału Urazowo-Ortopedycznego, pielęgniarka Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, pielęgniarka Zespołu Ratownictwa Medycznego - luty 2019 r.;
- nie były aktualizowane okresowo, tj. nie rzadziej niż raz na dwa lata dla nw. stanowisk: lekarz RTG, technik RTG, salowa bloku operacyjnego/Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej lekarz medycyny ortopeda/chirurg, pielęgniarka Oddziału Psychogeriatry, pielęgniarka anestezjologiczna, lekarz anestezjolog, diagnosta laboratoryjny/technik analityki, salowa, kierowca – ratownik medyczny, pielęgniarka instrumentariuszka, pielęgniarka centralna sterylizatornia (wcześniej pielęgniarka w sterylizacji), salowy Oddział Psychiatrii, lekarz medycyny w Oddziale Psychiatrii, pielęgniarka Oddziału Psychiatrii, lekarz gastrolog, lekarz medycyny bez specjalizacji;
- nie zostały sporządzone dla wszystkich stanowisk pracy wskazanych w Szpitalu¹² jako stanowiska pracy związane z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, m.in.: lekarza internisty, lekarza neurologa, lekarza pulmonologa, lekarza laryngologa, lekarza pediatry, lekarza neonatologa, lekarza medycyny ratunkowej, lekarza chirurgii szczękowej, pielęgniarki rehabilitacyjnej, pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej, pracownika odbierającego z oddziałów odpady medyczne (co zostało opisane w dalszej części wystąpienia w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”).

Przy opracowywaniu oraz aktualizacjach oceny ryzyka zawodowego dla ww. stanowisk pracy (wskazanych w tiretach pierwszym i drugim) uwzględniano kwestie wyszczególnione 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. Na poszczególnych stanowiskach pracy nie wystąpiły w okresie kontrolowanym zmiany mające lub mogące mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w miejscu pracy, istotne z punktu widzenia konieczności opracowania „oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami” przed upływem dwóch lat od daty opracowania poprzedniej wersji.

(akta kontroli t. I str. 293, 297, 301-302, 318-320)

4. W okresie objętym kontrolą wywiązanie się z obowiązku ochrony pracowników przed zranieniami i/lub ograniczenie stopnia narażenia na zranienia ostrymi narzędziami w Szpitalu zapewniono m.in. przez aktualizację i wdrożenie procedur (dostępnych w każdym oddziale) dotyczących: postępowania z odpadami medycznymi, postępowania po ekspozycji na krew lub inny potencjalnie infekcyjny

¹² Wykaz stanowisk pracy z ryzykiem ekspozycji zawodowej w SPZZOZ w Janowie Lubelskim sporządzony przez zastępcę Pielęgniarki Epidemiologicznej podczas kontroli NIK.

¹³ Dz. U. poz. 696, dalej: rozporządzenie w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami.

materiał (dalej: procedura poekspozycyjna) i stosowania środków ochrony indywidualnej oraz przez zakup bezpiecznego sprzętu medycznego.

Dyrektor SPZZOZ wyjaśniła, że ponadto wprowadzono stosowanie poniższych środków eliminujących lub ograniczających stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami, polegające m.in. na:

- organizacji miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w taki sposób, aby wyeliminować lub zminimalizować narażenie na zranienie ostrym narzędziem,
- zapewnieniu warunków do bezpiecznego zbierania, przechowywania oraz usuwania odpadów medycznych poprzez zastosowanie łatwo dostępnych, bezpiecznych i oznakowanych pojemników, które są umieszczone w pobliżu miejsc używania lub przechowywania ostrych narzędzi,
- zapewnieniu pracownikom nieograniczonego dostępu do środków ochrony indywidualnej,
- zbieraniu informacji pod kątem szczepień WZW B u nowo zatrudnianych pracowników podczas przeprowadzanych badań wstępnych w Medycynie Pracy oraz wykonaniu u nich szczepienia gdy zachodzi potrzeba,
- wprowadzaniu do użytku sprzętu bezpiecznego,
- prowadzeniu szkoleń przypominających z zakresu stosowania obowiązujących w Szpitalu procedur.

Przy podejmowaniu powyższych działań uwzględniano wyniki oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami.

(akta kontroli t. I str. 172-189, 293, 297, t. II str. 4-35)

5. W poszczególnych latach 2017–2020 w Szpitalu wydatkowano odpowiednio: 194,9 tys. zł; 209,2 tys. zł; 271,9 tys. zł i 583,1 tys. zł¹⁴ na zakup środków ochrony indywidualnej, tj. na fartuchy jednorazowe, rękawice nitrylowe, rękawice RTG, maski chirurgiczne, fartuchy chirurgiczne sterylne, ubrania operacyjne jednorazowe oraz w 2020 r. ubrania wielorazowe.

Dyrektor wyjaśniła, że zakup środków ochrony indywidualnej (rękawice ochronne, fartuchy ochronne, maseczki itp.) dokonywany jest na podstawie corocznej analizy potrzeb przeprowadzanej według zużycia w/w środków w okresie poprzednich 12 miesięcy. Pozostałe środki ochrony indywidualnej, które nie są produktem jednorazowym, kupowane są doraźnie według potrzeb zgłaszanych przez poszczególne komórki organizacyjne. Ponadto w 2020 r. ze względu na niedostępność jednorazowych ubrań operacyjnych, zdecydowano o zakupie ubrań wielorazowych na łączną kwotę 39,2 tys. zł. Ubrania te wydano na blok operacyjny i salę cięć cesarskich. Dodała, że rok 2020 jako rok pracy szpitala w odmiennej niż zazwyczaj sytuacji epidemicznej spowodował, że przystąpiono do projektu dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej na zakup środków ochrony indywidualnej, w ramach którego na dzień 21 grudnia rozchód tych środków stanowi wartość 310,6 tys. zł (maski medyczne, kombinezony biologiczne, maski FFP-2, fartuchy barierowe, gogle, przyłbice, czepki, rękawice nitrylowe). Skorzystano także ze wsparcia Agencji Rezerw Materiałowych w ww. zakresie na łączną kwotę 442,1 tys. zł oraz wsparcia Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Dyrektor wyjaśniła, że wzrost wydatków w 2020 r. wynika z konieczności użytkowania zwiększonej ilości środków ochrony indywidualnej, jak również z konieczności kupowania ich także na wolnym rynku w cenach znacznie wyższych od przetargowych, co jest podyktowane stanem pandemii i okresowymi problemami w ciągłości dostaw.

(akta kontroli t. I str. 293, 298-299)

¹⁴ W kwocie tej nie zostało ujęte wsparcie finansowe Agencji Rezerw Materiałowych na kwotę 442,1 tys. zł.

W latach 2017-2020 ilość bezpiecznego sprzętu¹⁵ stanowiła odpowiednio 3%, 10%, 15% i 10 % w łącznej liczbie zakupionego sprzętu danego rodzaju.

Dyrektor wyjaśniła, że począwszy od 2017 r. w Szpitalu w Janowie Lubelskim kupowano igły systemowe bezpieczne do przetestowania ich w rutynowej pracy. Na skutek tego testowania, począwszy od 2018 r., oprócz igieł motylkowych, wprowadzono ww. igły bezpieczne w ilościach oszacowanych do pobierania na podstawie lat poprzednich. W okresie kontrolowanym ze względu na małe ilości zranień wśród pracowników Szpitala nie prowadzono analiz kosztów zakupu sprzętu bezpiecznego w celu eliminowania zbędnego używania narzędzi ostrych.

(akta kontroli t. I str. 5-6, 91-92, 293, 299)

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

W okresie kontrolowanym w Szpitalu zostały zapewnione szczepienia ochronne pracownikom wykonującym czynności, w trakcie których dochodzi do kontaktu z krwią i innym zakaźnym materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego lub potencjalnie skażonym sprzętem ww. materiałem, stwarzającym ryzyko zakażenia HBV, HCV i HIV. Ze zgromadzonych danych o szczepieniach personelu Szpitala narażonego na szkodliwy czynnik biologiczny wynika, że udział zaszczepionych pracowników medycznych w liczbie zaszczepionych pracowników ogółem na koniec danego roku wyniósł odpowiednio:

- 2017 r. – 393 osoby personelu medycznego spośród 436 pracowników zaszczepionych,
- 2018 r. – 391 z 441 pracowników,
- 2019 r. – 381 z 446 pracowników,
- 2020 r. (do 30.09) – 367 z 454 pracowników¹⁶.

Dyrektor wyjaśniła, że zgodnie z informacją uzyskaną od pielęgniarki epidemiologicznej wszyscy pracownicy SPZZOZ narażeni na kontakt z materiałem biologicznym mają zapewnione szczepienia ochronne przeciwko WZW typu B. Szczepienia te wykonywane są w cyklu 0, 1 i 6 miesięcy przez personel POZ placówki.

(akta kontroli t. I str. 281, 294, 299)

6. W latach objętych kontrolą w Szpitalu obowiązywała procedura dotycząca stosowania środków ochrony indywidualnej, dostępna jedynie w formie papierowej w każdym Oddziale (powyższe opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”). Procedura podlegała okresowej ocenie, w wyniku której została zaktualizowana. Personel Oddziałów uczestniczący w udzielaniu świadczeń był zapoznawany z procedurą (również jej aktualizacją) m.in. podczas szkoleń, prowadzonych w Oddziałach przez Pielęgniarki Oddziałowe. Jak wyjaśniła Dyrektor, z każdą procedurą przekazywaną do komórek organizacyjnych mają obowiązek zapoznania się wszyscy pracownicy. Przez przeoczenie nie sporządzono listy z poświadczeniem zapoznania się z ww. procedurą grupy lekarzy.

Przy opracowaniu procedury dotyczącej stosowania środków ochrony indywidualnej nie współpracowano ze służbą bhp oraz członkami Komisji bhp. Procedura ta została przekazana służbie bhp oraz Komisji bhp i od momentu jej wdrożenia ani służba ani Komisja nie zgłaszały uwag/wniosków. Przy opracowaniu tej procedury nie korzystano z ekspertyz lub opinii specjalistów dotyczących zagadnień ekspozycji

¹⁵ Bezpieczne igły do pobierania krwi.

¹⁶ Ponadto 5 osób przechorowało WZW B (z tego powodu nie zostały zaszczepione) oraz 2 osoby nie zostały zaszczepione z powodu przeciwwskazań medycznych.

zawodowej, została ona opracowana na podstawie obowiązujących aktów prawnych oraz dostępnych publikacji.

(akta kontroli t. I str. 280, 305, 309, t. II str. 21-35, 52-53)

W Szpitalu nie została opracowana procedura dotycząca postępowania z ostrymi narzędziami, co opisano w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”. W latach 2017-2020 obowiązywała procedura dotycząca postępowania z odpadami medycznymi, w której zostało określone postępowanie m.in. w zakresie ostrych narzędzi, ale gdy stają się odpadami.

(akta kontroli t. I str. 294, 300, 305, 308-309, t. II str. 4-20)

7. Na podstawie próby kontrolnej obejmującej badanie dokumentacji akt osobowych¹⁷ wybranych losowo 50 pracowników¹⁸ uczestniczących w realizacji świadczeń zdrowotnych ustalono, że w każdym przypadku pracownik został objęty obowiązkowym szkoleniem z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przed objęciem danego stanowiska pracy oraz uczestniczył w wymaganych okresowych szkoleniach z tego zakresu (z wyjątkiem pięciu pracowników), w których zawarte były zagadnienia określone w § 7 ust. 2 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami. Dla dwojga pracowników okres pięciu lat od poprzedniego szkolenia upłynął odpowiednio: w grudniu 2018 r. i w lutym 2020 r., a dla pozostałych trzech pracowników¹⁹ we wrześniu 2020 r. Szkolenia bhp były organizowane dla pracowników Szpitala m.in. w czerwcu 2020 r. (nieprawidłowości dotyczące przeprowadzania szkoleń okresowych rzadziej niż raz na pięć lat opisano w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”).

W przypadku pięciu, spośród 50 ww. pracowników, zakres tematyczny zrealizowanych szkoleń był częściowo inny i nie obejmował ww. zagadnień opisanych w rozporządzeniu (co zostało opisane w dalszej części wystąpienia w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”). Różnica w zakresie tematyki szkolenia wynikała z tego w jakiej grupie²⁰ szkoleniowej dana osoba odbywała szkolenie.

(akta kontroli t. I str. 20-41, 219-222, 292, 295-296, t. II str. 93-111)

8. W okresie objętym kontrolą Szpital uzyskał zgodę²¹ Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych. W kontrolowanym okresie w Szpitalu obowiązywała „Księga Jakości”, która opisywała elementy systemu działań gwarantującego spełnienie określonych wymagań ochrony radiologicznej. Składała się z licznych procedur systemu zarządzania jakością wraz z dokumentem pod nazwą „Program zapewnienia jakości”, który do dnia zakończenia kontroli nie został w pełni dostosowany do zmienionych z dniem 23 września 2019 r. przepisów ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe²². Zgodnie z art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy - Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej²³ kierownik jednostki organizacyjnej wykonującej działalność

¹⁷ Badanie ograniczone do dokumentów potwierdzających fakt odbycia szkoleń przez pracowników.

¹⁸ Kontrolą objęto dokumentację: 19 pielęgniarek, 10 położnych, 10 lekarzy specjalności zabiegowych i 11 ratowników medycznych spośród pracowników zatrudnionych (uczestniczących w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych) w 2020 r.

¹⁹ W tym jeden pracownik od stycznia do 31 grudnia 2020 r. był nieobecny w pracy z powodu choroby, a pozostałe dwie osoby w czerwcu 2020 r. nie przebywały na urloпах czy zwolnieniach lekarskich.

²⁰ Dla pracowników: służby zdrowia, administracyjno-biurowych oraz dla pracodawców i osób kierujących pracownikami.

²¹ Decyzja z dnia 10 grudnia 2019 r. wydana na wniosek Szpitala z dnia 18 września 2019 r.

²² Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm.

²³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1593.

związaną z narażeniem w terminie 2 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy dostosuje program zapewnienia jakości do wymagań określonych w przepisach art. 7 ust. 2a i 2b ustawy Prawo atomowe. W „Księdze Jakości” znajdowały się procedury dotyczące: podziału odpowiedzialności oraz zadań w zakresie bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej, sposobu realizacji wymagań dotyczących funkcjonowania, konserwacji i utrzymania źródeł promieniowania jonizującego oraz dotyczących wyposażenia związanego z tymi źródłami. W „Księdze Jakości” oraz w „Programie zapewnienia jakości” nie zawarto zapisów dotyczących sposobu zabezpieczenia źródeł promieniotwórczych przed uszkodzeniem, kradzieżą lub dostaniem się w ręce osób nieuprawnionych oraz dotyczących systemu zarządzania sytuacjami zdarzeń radiacyjnych. W „Programie zapewnienia jakości” przyjęto, że wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w pracowniach rentgenowskich i gabinetach pełni Inspektor Ochrony Radiologicznej (dalej: IOR). Nowo zatrudnieni pracownicy oraz pozostali pracownicy pracujący w warunkach narażenia na promieniowanie rentgenowskie są szkoleni odpowiednio na bieżąco przed dopuszczeniem ich do pracy, a następnie raz na dwa lata podczas szkoleń wewnętrznych w zakresie ochrony radiologicznej prowadzonych zgodnie z „Programem szkolenia w zakresie ochrony radiologicznej” przez IOR. Personel obsługujący aparaty RTG, został zaliczony do kategorii B narażenia, gdyż badania wykonywane są zza osłony stałej zgodnie z projektem ochrony radiologicznej. Na wyposażeniu Pracowni RTG i Pracowni Tomografii Komputerowej znajdują się fartuchy wykonane z gumy ołowiowej stosowane jako osłona pacjenta przed promieniowaniem jonizującym. Pracownicy obsługujący aparaty rentgenowskie podlegają specjalistycznym okresowym badaniom lekarskim. Do pracy przy obsłudze diagnostycznego aparatu rentgenowskiego może być dopuszczony pracownik mający ważne zaświadczenie lekarskie zezwalające na pracę w warunkach narażenia na promieniowanie rentgenowskie przechowywane w dokumentacji pracowni rentgenowskiej oraz dokumentacji kadrowej. W „Programie zapewnienia jakości” zapisano również, że istniejące w pracowniach ochronności własne ściany i podłogi są wystarczające i zabezpieczają osoby zatrudnione w pracowniach, pacjentów oraz osoby postronne przed zbędnym napromieniowaniem. W wyposażeniu pracowni znajdują się fartuchy ochronne wykonane z gumy ołowiowej i stosowane jako osłona pacjenta przed promieniowaniem jonizującym. Zgodnie z „Programem”, ocena narażenia pracowników na promieniowanie jonizujące powinna być prowadzona na podstawie pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy.

(akta kontroli t. I str. 303, 306, 311, 313, 316, 415-452, t. II str. 55, 57-62, 68-92)

9. W latach 2017-2020, zgodnie z art. 7 ust. 5 ustawy Prawo atomowe, wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w Szpitalu sprawowała osoba, która posiadała uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej²⁴. W czasie jej nieobecności w pracy i w okresie wygaśnięcia uprawnień funkcję inspektora ochrony radiologicznej pełniła druga osoba posiadająca uprawnienia²⁵ w tym zakresie. Uprawnienia te zostały nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego w drodze decyzji administracyjnej i w okresie tym uprawnienia nie zostały cofnięte.

IOR przy wykonywaniu swoich czynności nie napotykał na trudności uniemożliwiające mu właściwe wywiązywanie się z obowiązków i uprawnień. W Szpitalu nie wystąpiły zdarzenia (wypadki) negatywnie oddziałujące na zapewnienie ochrony radiologicznej pracowników. IOR podejmował liczne działania w celu wywiązywania się ze swoich obowiązków oraz korzystał z przysługujących mu

²⁴ Decyzje nr: 384 R/2012 z 15.11.2012 r. i 382 R/2017 z 21.11.2017 r.

²⁵ Decyzja nr 508 R/2015 z 25.11.2015 r.

uprawnień dotyczących sprawowania nadzoru nad ochroną radiologiczną pracowników. IOR podlegał bezpośrednio Zastępcy Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa, tj. zgodnie z § 15 ust. 1 Statutu, przyjętego uchwałą Nr VI/77/2019 Rady Powiatu w Janowie Lubelskim z dnia 29 maja 2019 r. w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego statutu SPZZOZ w Janowie Lubelskim.

(akta kontroli t. I str. 93-135, 321-323, t. II str. 63-66)

10. Dyrektor Szpitala zapewniła pracownikom narażonym na promieniowanie jonizujące opiekę medyczną w ramach Poradni Medycyny Pracy²⁶ oraz objęła ich obowiązkowymi badaniami okresowymi przeprowadzanymi raz na dwa - trzy lata niezależnie od kategorii zaszeregowania (co zostało opisane w pkt 13 wystąpienia). Pracownikom tym zapewniono środki ochrony indywidualnej²⁷ oraz objęto ich dozymetrią indywidualną (na całe ciało) oraz pierścionkową (lekarze ortopedzi – na skórę rąk). Dozymetry indywidualne raz na kwartał były odsyłane do Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, celem pomiaru przyjętych dawek promieniowania jonizującego. Za okres od 21 stycznia do 20 kwietnia 2020 r. i od 20 lutego do 19 kwietnia 2020 r. Szpital przekazał do badań odpowiednio 69 dozymetrów²⁸, w tym 60 dozymetrów indywidualnych (na całe ciało) i dziewięć pierścionkowych (na skórę rąk). Szpital posiadał dawkomierz ThinX RAD posiadający świadectwa kalibracji. Wyposażenie Szpitala w środki ochrony indywidualnej, przyrządy dozymetryczne oraz inne wyposażenie, służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, było zgodne z wyposażeniem ustalonym przez IOR. W Szpitalu obowiązywała procedura dotycząca indywidualnej kontroli dozymetrycznej personelu, celem której było określenie zasad stosowania dozymetrii indywidualnej przypisanej imiennie każdemu pracownikowi narażonemu na promieniowanie jonizujące, tj. m.in. wykluczająca możliwość pracy bez dozymetru lub naświetlenia dozymetru bez obecności zainteresowanego pracownika.

Dyrektor wyjaśniła, że w latach 2017-2020 wielokrotnie ustnie zasięgała opinii Inspektora Ochrony Radiologicznej w kwestiach: zakupu aparatów rentgenowskich, oceny urządzeń przed dopuszczeniem ich do stosowania z punktu widzenia ochrony radiologicznej, dostosowania pomieszczeń do wymogów ochrony przed promieniowaniem, zlecenia i zakresu opracowania Projektu Osłon stałych stosownym uprawnionym jednostkom zewnętrznym czy doboru i zakupu dawkomierza do pomiaru powtarzalności dawki ekspozycyjnej. Opinie i wnioski omawiane były na spotkaniach.

(akta kontroli t. I str. 321-329, 413-414, t. II str. 54-57, 63-65, 81-84)

11. W latach 2017-2020 w Szpitalu, zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy Prawo atomowe obowiązywało zaszeregowanie pracowników do kategorii:

- A, którą zostali objęci pracownicy biorący udział w zabiegach operacyjnych z użyciem aparatu radiologicznego,
- B, którą zostali objęci pracownicy zatrudnieni w Dziale Diagnostyki Obrazowej.

W okresie objętym kontrolą Szpital zatrudnił czterech²⁹ pracowników, którzy zostali zakwalifikowani do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące. Przed zatrudnieniem pracowników (objętych próbą kontrolną) w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące Szpital nie wystąpił do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o udostępnienie informacji z centralnego rejestru dawek

²⁶ Sprawowaną przez lekarza z uprawnieniami do wydawania orzeczeń o zdolności do pracy pracownika zatrudnionego w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące.

²⁷ Fartuchy ochronne, okulary ochronne, kołnierze na tarczycę oraz rękawice ochronne.

²⁸ Liczba dozymetrów indywidualnych dotyczyła 100% pracowników pracujących w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące.

²⁹ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dokumentację osobową losowo wybranych 29 spośród 48 pracowników zaszeregowanych do kategorii A.

o dawkach otrzymanych wcześniej przez tych pracowników. Wszyscy pracownicy objęci próbą kontrolną (29 osób) nie posiadali udokumentowanego odbycia wstępnych szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej. Sprawowany był niewłaściwy nadzór medyczny nad pracownikami zaszeregowanymi do kategorii A³⁰, którzy zostali objęci badaniami okresowymi z częstotliwością raz na dwa - trzy lata, zamiast z częstotliwością co najmniej raz w roku (co zostało opisane w dalszej części wystąpienia w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”). Ponadto 19 pracowników z 29 (w tym dwóm pracownikom ważność orzeczeń upłynęła w trakcie trwania pandemii COVID-19) objętych próbą kontrolną wykonywało pracę bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie. W Szpitalu na bieżąco udostępniano pracownikom informacje odnoszące się do kwestii ochrony radiologicznej. Jak wyjaśniła Dyrektor, jednostkowe przypadki przekroczenia dawki, okazywały się konsekwencją użycia dozymetru niezgodnie z instrukcją.

W okresie kontrolowanym dla części pracowników zaszeregowanych do kategorii A (tj. dla lekarzy ortopedów) prowadzony był (w formie elektronicznej) rejestr dawek indywidualnych. Rejestr ten nie był prowadzony w formie odrębnych kart ewidencyjnych dla każdego pracownika. W latach 2017-2020 nie przekazywano do centralnego rejestru dawek, w terminie do 15 kwietnia roku następnego, danych dotyczących roku kalendarzowego poprzedzającego ich przekazanie w formie karty zgłoszeniowej.

(akta kontroli t. I str. 303-304, 306-308, 313-315, 317, 376-400, 488-489, t. II str. 55, 57, 60-62, 67)

12. W Szpitalu świadczenie usług z użyciem promieniowania jonizującego realizowane było w Pracowni Diagnostyki Obrazowej (dalej: PDO) w zakresie wykonywania: zdjęcia ogólnodiagnostycznego, punktowego zdjęcia wewnątrzustnego (stomatologicznego), badania tomograficznego i badania ultrasonograficznego. Wykorzystywanie urządzeń emitujących promieniowanie jonizujące odbywało się także w pracowniach rentgenowskich zlokalizowanych na: OIOM, SOR i bloku operacyjnym. Szpital nie posiadał aparatu mammograficznego, aparatu do densytometrii kości ani ambulansu rentgenowskiego.

Konstrukcja ścian, stropów, okien, drzwi oraz zainstalowane urządzenia ochronne w ww. pracowniach i gabinetach rentgenowskich zabezpieczały osoby w nich pracujące. Wysokość, powierzchnia i wyposażenie tych pomieszczeń, a także rozmieszczenie w nich aparatów diagnostycznych oraz oznakowanie było zgodne z przepisami rozdziału drugiego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi³¹. W pracowniach rentgenowskich znajdowała się dokumentacja wymieniona w § 22 tego rozporządzenia, tj. m.in. zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich znajdujących się w pracowni i uruchomienie pracowni, oraz protokoły pomiarów dozymetrycznych z wyjątkiem dokumentów potwierdzających realizację wstępnych szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej.

(akta kontroli t. I str. 330-375, 447-487, t. II str. 1-2, 63-65)

13. W Szpitalu nie wyznaczono terenów kontrolowanych i nadzorowanych, mimo, wprowadzonego zaszeregowania pracowników do kategorii: A i B narażenia na promieniowanie jonizujące (co zostało opisane w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli t. I str. 304-305, 308, 488-489)

³⁰ Sprawdzono na próbie losowo wybranych 29 spośród 48 pracowników.

³¹ Dz. U. Nr 180 poz. 1325.

14. W latach 2017-2020 w Szpitalu regularne kontrole prowadzone były, przez upoważnionych pracowników Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie, w związku m.in.: z wnioskami Szpitala o wydanie zezwolenia na stosowanie aparatu rentgenowskiego i uruchomienie pracowni rentgenowskiej, z wnioskiem o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych – o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych oraz w związku z podejrzeniem ogniska WZW C oraz kontrole sprawdzające. Kontrole przeprowadzili także: Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej (w zakresie m.in. dostępności do świadczeń zdrowotnych w dziedzinie radiologii) oraz Państwowa Inspekcja Pracy (w zakresie wybranych zagadnień z prawnej ochrony stosunku pracy oraz bezpieczeństwa i higieny pracy). Zalecenia i wnioski pokontrolne wydane przez Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie oraz przez Państwową Inspekcję Pracy zostały zrealizowane w uzgodnionych terminach (w związku z brakiem możliwości ich realizacji w terminach pierwotnie wyznaczonych).

(akta kontroli t. II str. 66)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Zakres tematyczny szkoleń z bezpieczeństwa i higieny pracy w przypadku pięciu spośród 50 pracowników, uczestniczących w realizacji świadczeń zdrowotnych nie obejmował zagadnień określonych w § 7 ust. 2 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami.

Dyrektor podała, że zgodnie z wyjaśnieniami inspektora bhp, szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy przeprowadza dla szpitala firma zewnętrzna. Firma przygotowała programy szkoleń dla trzech grup pracowników: pracowników medycznych, pracowników administracyjno – biurowych oraz dla pracodawców i osób kierujących pracownikami. Programy były akceptowane przez Dyrektora ds. leczenia. W programie dotyczącym kadry kierowniczej (szkolenia odbyte przez kierownika oddziału ortopedii, pielęgniarkę oddziałowego oddziału psychogeriatrici, pielęgniarkę oddziałowej oddziału wewnętrznego i kierownika oddziału rehabilitacji) firma szkoląca nie zawarła zagadnień dotyczących bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, co w rzeczywistości nie oznacza, że podczas szkoleń tak specyficznych grup zawodowych zagadnienia te nie zostały poruszone. Ze strony szpitala nie zauważono, że program ten nie zawiera zagadnień określonych w § 7 ust. 2 stosownego rozporządzenia. Jedna osoba, która wykonuje obowiązki sekretarki medycznej i pielęgniarki, odbyła szkolenie okresowe bhp dla pracowników administracyjno – biurowych. Pracownica została skierowana na ten rodzaj szkolenia, gdyż jej dominującą funkcją jest stanowisko sekretarki medycznej.

Według NIK, przepisy ww. rozporządzenia jednoznacznie określają, że wszyscy pracownicy zatrudnieni na stanowiskach związanych z narażeniem na zranienia, powinni być objęci obowiązkowym szkoleniem (wstępnym oraz okresowym) obejmującym zagadnienia określone w § 7 ust. 2 tego rozporządzenia.

(akta kontroli t. I str.292, 295-296)

2. Dwóch pracowników (spośród 50, których dokumentacja szkoleniowa została poddana analizie) uczestniczących w realizacji świadczeń zdrowotnych nie odbyło szkoleń bhp w okresie pięciu lat od poprzedniego szkolenia i okres ten upłynął przed 14 marca 2020 r., tj. ogłoszeniem w Polsce stanu zagrożenia epidemicznego. 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 pracy³², stanowiącym, że szkolenie okresowe osób wymienionych w § 14 ust. 2 pkt 6 (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 wskazała, że zgodnie z wyjaśnieniami inspektora bhp, w przypadku organizowania cyklicznych szkoleń dla pracowników nie wszyscy, ze względów losowych lub zawodowych (pilne wezwania do zabiegów lub konsultacji, zwolnienia lekarskie, urlopy macierzyńskie, wychowawcze, wypoczynkowe) są w stanie w nich uczestniczyć w określonych terminach. Następnie osoby te są dołączane do kolejnych grup szkoleniowych. Poinformowała, że dołoży wszelkich starań, by sytuację takie wyeliminować.

(akta kontroli t. I str. 292, 296, 305, 309)

3. W okresie 2017-2020 nie były aktualizowane okresowo³³ (tj. nie rzadziej niż raz na dwa lata) lub nie zostały sporządzone³⁴ oceny ryzyka zawodowego dla stanowisk pracy na których m.in. może dojść do zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny, co było niezgodne z § 3 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami.

Dyrektor podała, że według wyjaśnień Inspektora bhp - oceny ryzyka dla przywołanych stanowisk nie były aktualizowane okresowo, tj. nie rzadziej niż raz na dwa lata, w wyniku błędnej interpretacji przepisu w tym zakresie. W Szpitalu zostały opracowane oceny ryzyka dla stanowisk pracy, dla których warunki pracy są szczególne.

(akta kontroli t. I str. 293, 297, 318-320)

4. W okresie 2017-2020 w Szpitalu nie obowiązywała procedura dotycząca postępowania z ostrymi narzędziami, w tym będącymi odpadami medycznymi, co było niezgodne z § 4 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami. Zakres objęty w obowiązującej procedurze postępowania z odpadami medycznymi odnosił się tylko do ostrych narzędzi w zakresie, kiedy stają się one odpadami. Natomiast zakres w procedurze dotyczącej postępowania poekspozycyjnego odnosił się do postępowania po zakłuciu/zranieniu ostrymi narzędziami, a nie do postępowania z nimi.

Dyrektor wyjaśniła, że w latach 2017-2020 w Szpitalu nie wprowadzono odrębnej procedury dotyczącej bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami. Obowiązywała wyłącznie procedura poekspozycyjna, procedura dotycząca środków ochrony indywidualnej oraz procedura postępowania z odpadami medycznymi. Pracownicy służby zdrowia postępowanie z ostrymi narzędziami mieli omawiane w trakcie odbywania szkoleń BHP. Dyrektor ponadto wyjaśniła, że SPZZOZ

³² Dz. U. Nr 180 poz. 1860, ze zm.

³³ Dla stanowisk pracy: lekarz RTG, technik RTG, salowa bloku operacyjnego/OIOM, lekarz medycyny ortopeda/chirurg, pielęgniarka Oddziału Psychogeriatрії, pielęgniarka anestezyjologiczna, lekarz anestezyjolog, diagnosta laboratoryjny/technik analityki, salowa, kierowca – ratownik medyczny, pielęgniarka instrumentariuszka, pielęgniarka centralna sterylizatornia (wcześniej było pielęgniarka w sterylizacji), salowy Oddział Psychiatrii, lekarz medycyny w Oddziale Psychiatrii, pielęgniarka Oddziału Psychiatrii, lekarz gastrolog, lekarz medycyny bez specjalizacji.

³⁴ Dla stanowisk pracy wskazanych w Szpitalu jako stanowiska pracy na których może dojść do zranienia ostrym narzędziem m.in.: lekarz internista, lekarz neurolog, lekarz pulmonolog, lekarz laryngolog, lekarz pediatra, lekarz neonatolog, lekarz medycyny ratunkowej, lekarz chirurg szczękowy, pielęgniarka rehabilitacyjna, pielęgniarka POZ, pracownik odbierający z oddziałów odpady medyczne.

w Janowie Lubelskim, przygotowując się do procesu akredytacyjnego, zobowiązany został do opracowania i wdrożenia ściśle określonych procedur postępowania. Wśród tych zapisów nie było wymogu odrębnej procedury dotyczącej postępowania z ostrymi narzędziami. Zagadnienie to zostało zawarte częściowo w procedurze postępowania z odpadami, jak również w procedurze postępowania poekspozycyjnego. W chwili obecnej rozpoczęto prace nad opracowaniem tej procedury - zarządzeniem Dyrektora nr 38/2020 r. powołano zespół ds. opracowania i weryfikacji procedur postępowania poekspozycyjnego, którego zadaniem jest m.in. doprecyzowanie zasad postępowania z ostrymi narzędziami. Członkowie zespołu zobowiązani zostali do zgłębienia zagadnienia i w najbliższym okresie (po zakończeniu nieobecności w pracy inspektora bhp) powołany zespół odbędzie swoje pierwsze spotkanie.

(akta kontroli t. I str. 294, 300, 305, 308-309, t. II str. 4-20)

5. W okresie objętym kontrolą Szpital nie zapewnił dostępności procedury dotyczącej stosowania środków ochrony indywidualnej w formie elektronicznej, co było wymagane przepisem § 4 ust. 2 rozporządzenia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami.

Dyrektor wyjaśniła, że procedura dotycząca stosowania środków ochrony indywidualnej w okresie objętym kontrolą nie była dostępna w formie elektronicznej w Oddziałach Szpitala. Została ona udostępniona komórkom wyłącznie w formie pisemnej, co na dzień jej opracowania było ścieżką zwyczajowo przyjętą i dotychczas wystarczającą w Szpitalu. Przeoczono obowiązek jej udostępnienia w formie elektronicznej, co w dniu udzielania niniejszej odpowiedzi zostało już skorygowane poprzez zawieszenie procedury w INTRANECIE (wewnętrznej sieci szpitalnej).

(akta kontroli t. I str. 305, 309, t. II str. 21-35, 60-62)

6. Przed zatrudnieniem pracowników (objętych próbą kontrolną) w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, Szpital nie występował do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o udostępnienie informacji z centralnego rejestru dawek o dawkach promieniowania otrzymanych wcześniej przez tych pracowników w roku kalendarzowym oraz w okresie czterech poprzednich lat kalendarzowych, co było niezgodne z art. 22 ust.1 ustawy Prawo atomowe.

Dyrektor wyjaśniła, że SPZZOZ w Janowie Lubelskim nie występował do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki o informacje z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymywanych przez pracownika w roku kalendarzowym, ponieważ pracownicy nie zgłaszali faktu o zatrudnieniu ze źródłem promieniowania jonizującego w innych zakładach pracy.

NIK zauważa, że art. 22 ust. 1 Prawa atomowego jednoznacznie zobowiązuje pracodawcę do każdorazowego, przed zatrudnieniem pracownika w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, występowania do Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o uzyskanie stosownych informacji z centralnego rejestru dawek i nie uzależnia tego od uzyskania oświadczenia pracownika w tym zakresie.

(akta kontroli t. II str. 55, 57)

7. W SPZZOZ nie udokumentowano odbycia szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej przez 29 spośród 48 pracowników zaszeregowanych do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące objętych próbą badawczą, co było niezgodne z art. 11 ust 7 ustawy Prawo atomowe w związku z § 22 ust. 1 pkt 10

rozporządzenia w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi.

Dyrektor wyjaśniła, że wstępne szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej odbywały się wyłącznie w formie ustnej. Inspektorowi ochrony radiologicznej, z natłoku innych spraw, umknęła konieczność sporządzania dokumentu pisemnego w tym zakresie. Bieżące szkolenia będą dokumentowane pisemnie. W posiadaniu Inspektora ochrony radiologicznej pozostają natomiast dokumenty ze szkoleń okresowych realizowanych przez firmy zewnętrzne.

(akta kontroli t. I str. 303-304, 307, t. II str. 60-62)

8. Nierzetelnie pełniono nadzór medyczny nad pracownikami zaliczonymi do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące. W kontrolowanym okresie 29 spośród 48 pracowników zaszeregowanych do kategorii A objętych próbą badawczą nie zostali objęci okresowymi badaniami lekarskimi przeprowadzanymi co najmniej raz w roku³⁵, które pozwalałyby stwierdzić, czy pracownik może nadal wykonywać swoje obowiązki. Było to niezgodne z art. 30 ust. 2 ustawy Prawo atomowe.

Dyrektor wyjaśniła, że w latach 2017–2020 nie zapewniono właściwego nadzoru medycznego nad pracownikami zaszeregowanymi do kategorii A, co zgodnie z oświadczeniem złożonym przez lekarza medycyny pracy, było spowodowane brakiem wiedzy lekarza o stosownym zaszeregowaniu pracowników. Badania były natomiast prowadzone zgodnie ze wskazówkami metodycznymi badań profilaktycznych w promieniowaniu jonizującym. Okresy obowiązywania tych badań były dłuższe niż rok. Brak wiedzy lekarza medycyny pracy co do kategoryzacji pracowników był spowodowany niedostatecznym poziomem komunikacji pomiędzy inspektorem ochrony radiologicznej, inspektorem bhp oraz lekarzem medycyny pracy. Pracownicy ci zostali w trakcie trwania kontroli pouczeni o obowiązku bieżącej/ sformalizowanej na piśmie współpracy w zakresie badań okresowych, ich częstotliwości, zakresów oraz wskazywania czynników szkodliwych.

(akta kontroli t. I str. 303-304, 307, 313-315, 317, 376-400, 488-489)

9. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu prowadzony był rejestr dawek indywidualnych w formie elektronicznej, w którym nie uwzględniono wszystkich pracowników zaszeregowanych do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące³⁶, a tylko ich część tj. lekarzy ortopedów. Ponadto rejestr ten nie był prowadzony w formie odrębnych kart ewidencyjnych dla każdego pracownika zawierających dane określone w § 3 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 marca 2007 r. w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych³⁷. Takie prowadzenie rejestru było niezgodne z § 4 ww. rozporządzenia.

Dyrektor wyjaśniła, że w przypadku lekarzy ortopedów, zaszeregowanych do kategorii A, wskazania dawek powyżej czułości dotyczą dawkomierzy pierścienkowych i jedynie w tym przypadku odnotowywano te wskazania w rejestrze w formie elektronicznej. Powodem takiego postępowania był pośpiech inspektora ochrony radiologicznej i skupienie się na prowadzeniu rejestru w stosunku do osób, które przede wszystkim pracują pod tzw. ramieniem C na bloku operacyjnym (w narażeniu na promieniowanie jonizujące). W najbliższym czasie, po analizie wyników otrzymanych z rejestru prowadzonego przez inspektora ochrony

³⁵ Tylko z częstotliwością raz na dwa – trzy lata.

³⁶ Pracownicy biorący udział w zabiegach operacyjnych z użyciem aparatu radiologicznego, w tym lekarze ortopedzi.

³⁷ Dz. U. Nr 131 poz. 913.

radiologicznej, zostanie przeprowadzona weryfikacja zaszeregowania pracowników do kategorii A. Rejestr dawek indywidualnych nie był prowadzony w formie odrębnych kart ewidencyjnych dla każdego pracownika zawierających dane określone w § 3 ust. 1 rozporządzenia z uwagi na brak przekroczeń, a wręcz wyników pomiarów poniżej czułości. Wydaje się, że nie zachodzi konieczność odnotowywania nie istniejących dawek.

(akta kontroli t. I str. 304, 307-308, 488-489, t. II str. 67)

10. W latach 2017-2020 Szpital nie przekazywał w formie karty zgłoszeniowej, w terminie do 15 kwietnia roku następnego, do centralnego rejestru dawek danych dotyczących dawek indywidualnych otrzymywanych przez pracowników kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, 2, 5 i 6, dotyczących roku kalendarzowego poprzedzającego ich przekazanie, co było niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych.

Dyrektor wyjaśniła, że w latach 2017–2020 Szpital nie przekazywał danych do centralnego rejestru dawek, z braku wiedzy w tym zakresie. W okresie prowadzenia pomiaru dawek indywidualnych pracowników pracujących ze źródłem promieniowania jonizującego nie dochodziło do przekroczeń limitów dawek zarówno w pomiarach indywidualnych, jak i pomiarach pierścionkowych. Z uwagi na brak przekroczeń, a wręcz wyników pomiarów poniżej czułości, inspektor omyłkowo uznał, że nie zachodzi konieczność przekazywania danych do centralnego rejestru dawek.

(akta kontroli t. I str. 304, 307-308, 488-489)

11. W Szpitalu nie wyznaczono terenów kontrolowanych i nadzorowanych, mimo obowiązującego zaszeregowania pracowników do kategorii: A i B narażenia na promieniowanie jonizujące. Brak wprowadzenia podziału lokalizacji miejsc pracy, wynikający z konieczności dostosowania działań i środków ochrony radiologicznej pracowników do wielkości i rodzajów zagrożeń, był niezgodny z art. 18 ust. 1 ustawy Prawo atomowe.

Dyrektor wyjaśniła, że wszystkie miejsca użytkowania aparatów rentgenowskich traktowane są jak gabinety radiologiczne zgodnie z decyzjami Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie. Kontrole nie wykazały uchybień w tym zakresie. Powyższe podziały lokalizacji miejsc pracy zostaną opracowane w najbliższym czasie.

(akta kontroli t. I str. 304-305, 308, 488-489)

12. W okresie od 1 stycznia 2017 r. do 23 lutego 2020 r. 17 z 29 pracowników Szpitala, zaszeregowanych do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące objętych próbą kontrolną, wykonywało pracę bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie przez okres od 1 do 52 dni. Było to niezgodne z art. 229 § 4 Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie.

Dyrektor wyjaśniła, że osoby te otrzymały skierowania na badania lekarskie z datą przed upływem ważności orzeczeń lekarskich. Pomimo informacji ze strony Działu Kadr o ważności posiadania aktualnego orzeczenia lekarskiego, groźby niedopuszczenia do pracy, pracownicy poddali się badaniom niezbędnym do wykonywania obowiązków wynikających z umowy o pracę bądź umowy zlecenie z opóźnieniem. Dodała, że w przyszłości dołożone zostaną wszelkie starania, aby

inspektor bhp czuwał nad terminowością wykonywania badań wynikających z kodeksu pracy, natomiast inspektor ochrony radiologicznej nad terminowością wykonywania badań wynikających z prawa atomowego, a w razie braku takich badań – nie dopuszczał pracownika do wykonywania pracy.

Zdaniem NIK wyjaśnienia dotyczące nieprawidłowości opisanych w punktach od 9 do 12 nie zasługują na uwzględnienie. NIK podkreśla także, biorąc pod uwagę, że promieniowanie jonizujące może stanowić dla człowieka zagrożenie powodując negatywne skutki dla jego zdrowia, iż w ochronie radiologicznej personelu narażonego na taką ekspozycję, istotną rolę odgrywa zapewnienie pracownikom właściwej opieki medycznej i sprawowanie odpowiedniego nadzoru nad przestrzeganiem obowiązujących przepisów regulujących te kwestie.

(akta kontroli t. I str. 303-304, 307, 313-315, 317, 376-400, 488-489)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność Szpitala w badanym obszarze. Szpital nie był w pełni przygotowany do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem jonizującym przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Nie wszyscy pracownicy zatrudnieni na stanowiskach związanych z narażeniem na zranienia zostali objęci szkoleniami w tym zakresie oraz nie wszyscy pracownicy odbyli szkolenia bhp w okresie pięciu lat od odbycia poprzedniego. Nie opracowano dla wszystkich stanowisk pracy lub nie przeprowadzono w wymaganym terminie aktualizacji „Oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem”. Szpital nie posiadał opracowanej procedury dotyczącej używania ostrych narzędzi. Nie posiadał także wiedzy o dawkach promieniowania przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące. Pracownicy ci nie posiadali również potwierdzeń odbycia wstępnych szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej, a IOR nie posiadał potwierdzenia przeprowadzania takiego szkolenia. Ponadto pracownicy zaszeregowani do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące nie byli poddawani okresowym badaniom lekarskim z częstotliwością co najmniej raz na 12 miesięcy oraz 17 z 29 tych pracowników wykonywało pracę bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku. Nie wszyscy pracownicy zaszeregowani do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące zostali umieszczeni w rejestrze dawek indywidualnych prowadzonym w formie elektronicznej, a pracownicy których dane zostały w nim umieszczone nie posiadali indywidualnych kart ewidencyjnych. Ponadto dane z tego rejestru nie były przekazywane do centralnego rejestru dawek. W Szpitalu nie zostały także wyznaczone tereny kontrolowane i nadzorowane.

Pozytywnie oceniono opracowanie przez Szpital procedur dotyczących stosowania środków ochrony indywidualnej oraz spełnianie przez pracownię RTG wraz z wyposażeniem wymagań określonych w obowiązujących przepisach. Szpital, w miarę możliwości finansowych, dokonywał zakupu bezpiecznych wyrobów medycznych w celu wywiązania się z obowiązku ochrony pracowników przed zranieniami. Szpital posiadał zezwolenie na prowadzenie działalności wykorzystującej promieniowanie jonizujące oraz na uruchomienie aparatury diagnostycznej ją wykorzystującej. IOR wypełniał swoje obowiązki zgodnie z określonymi uprawnieniami.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W Szpitalu została opracowana i wprowadzona z dniem 7 lutego 2014 r. „Procedura postępowania po ekspozycji na krew lub inny potencjalnie infekcyjny

materiał³⁸. Procedura zawierała elementy wymagane przepisami § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami i umożliwiała niezwłoczne udzielenie poszkodowanemu pomocy medycznej oraz zapobieżenie skutkom narażenia, a także objęcie go profilaktyczną opieką zdrowotną po narażeniu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. W „Procedurze postępowania poekspozycyjnego” w przypadku ekspozycji wymagającej postępowania poekspozycyjnego i obserwacji poekspozycyjnej³⁹ przyjęto, że natychmiast po ekspozycji należy m.in. w przypadku zakłucia i uszkodzenia skóry ranę przemyć i zaopatrzyć wodoszczelnym opatrunkiem, a w przypadku zabrudzenia krwią nieuszkodzonej skóry dokładnie umyć, odnotować⁴⁰ zdarzenie w zeszycie ekspozycji zawodowych na zakażenie HIV, HBV i HCV, wypełnić część A „Protokołu wystąpienia ekspozycji zawodowej pracownika na krew lub inny materiał potencjalnie zakaźny” i z wypełnionym protokołem osoba eksponowana zgłasza się do SOR w celu uzyskania skierowania na badania poekspozycyjne od lekarza dyżurnego SOR (oraz uzupełnienia części B protokołu), w dniu ekspozycji pobrać krew u osoby eksponowanej w celu oznaczenia poziomu przeciwciał anty HBS (lub antygeny HBS), anty HCV i anty HIV oraz w celu wykluczenia zakażenia podczas ekspozycji należy badania powtarzać po sześciu tygodniach, trzech i sześciu miesiącach. W każdym przypadku zranienia ostrym narzędziem osoba eksponowana zgłasza się i przekazuje protokół wystąpienia ekspozycji inspektorowi bhp.

W latach 2017–2020 nie przestrzegano procedury Procedury postępowania poekspozycyjnego w nw. zakresie:

- w sześciu przypadkach nie sporządzono „Protokołu wystąpienia ekspozycji zawodowej pracownika na krew lub inny materiał potencjalnie zakaźny”,
- w pięciu przypadkach nie wypełniono strony B „Protokołu wystąpienia ekspozycji zawodowej pracownika na krew lub inny materiał potencjalnie zakaźny” przez lekarza dyżurnego SOR udzielającego pomocy wraz ze złożeniem podpisu i pieczętki lekarza,
- w czterech przypadkach nie odnotowano zdarzeń w zeszycie ekspozycji na Oddziałach,
- w siedmiu przypadkach po zakłuciu działania zostały ograniczone m.in. do odnotowania zdarzenia w zeszycie ekspozycji danego Oddziału.

O zasadach postępowania w przypadku narażenia na zranienie/zakłucie ostrym narzędziem podczas udzielania świadczeń pracownicy byli poinformowani podczas odbywania szkoleń bhp oraz podczas wdrażania (także aktualizacji) procedury poekspozycyjnej, co zostało udokumentowane listami podpisów załączonymi do ww. procedury w każdym z oddziałów.

(dowód: akta kontroli t. I str. 137-189, 292, 296, 312, t. II str. 36-51)

2. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu prowadzono „Wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych”⁴¹ zgodnie z § 10 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie. Zapisy w Wykazie zranień były kompletne, dokonywane chronologicznie przez służbę bhp, do zadań której należał m.in. udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy. Zgodnie z „Procedurą postępowania poekspozycyjnego” w każdym przypadku zranienia

³⁸ Zmieniona z dniem 30.11.2017 r., dalej procedura postępowania poekspozycyjnego.

³⁹ Zakłucia i uszkodzenia skóry, zabrudzenia krwią nieuszkodzonej skóry, skażenia spojówek oraz błon śluzowych jamy ustnej.

⁴⁰ Przez personel Oddziału.

⁴¹ Dalej: Wykaz zranień.

ostrym narzędziem osoba narażona na ekspozycję zgłasza się i przekazuje protokół wystąpienia ekspozycji inspektorowi bhp.

Na podstawie badania dokumentacji 42 przypadków zranienia ostrym narzędziem⁴², w których doszło do ekspozycji zawodowej ustalono, że:

- w związku ze zranieniem/zakłuciem we wszystkich przypadkach objętych badaniem doszło do ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał,
- do zdarzenia doszło przy wykonywaniu np. iniekcji podskórnej, podawania insuliny, pomiaru poziomu cukru, pobierania krwi do badań, zabiegu/operacji, zakładaniu wkłucia, podczas czynności porządkowych po zabiegu,
- na stanowisku pielęgniarki, chirurga, ratownika medycznego, instrumentariuszki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, lekarza anestezjologa, salowej,
- zdarzenie zranieniowe zostało zakwalifikowane jako wypadek przy pracy i w związku z tym podlegało procedurze zgłoszenia takiego wypadku,
- dwóch pracowników miało za sobą wcześniejsze doświadczenie zranienia/zakłucia w Szpitalu,
- dwóch pracowników, w związku ze zdarzeniem, musiało udać się na zwolnienie chorobowe,
- w każdym przypadku zranienia pracodawca badał przyczyny i okoliczności zranienia, które zostały odnotowane w Wykazie zranień,
- w żadnym przypadku w związku ze zdarzeniem nie zaszła konieczność dokonania zmian w Procedurze bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami,
- w żadnym przypadku w wyniku ekspozycji nie doszło do zakażenia wirusem HBV, HCV, HIV,
- koszty postępowania poekspozycyjnego pracowników w latach 2017–2020 wyniosły 4 570 zł (w tym w: 2017 r. – 2 225 zł, 2018 r. – 1 105 zł, 2019 r. – 1 040 zł i 2020 – 200 zł),
- w każdym analizowanym przypadku pracodawca ponosił koszty profilaktyki poekspozycyjnej.

W związku ze zdarzeniem zakłucia/zranienia dwóch pracowników ubiegało się o jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy. Odszkodowanie otrzymała jedna z tych osób. Dyrektor wyjaśniła, że w latach 2017-2020 nie było postępowań sądowych przeciwko Szpitalowi z tytułu ekspozycji zawodowej.

(dowód: akta kontroli t. I str. 5-9, 190-193, 196-198, 204-206, 216, 282-290, 292)

3. W okresie od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2020 r. w Szpitalu sporządzano „Raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych”⁴³, które nie zawierały wszystkich elementów określonych w § 11 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami. Ponadto raporty te nie były udostępniane pracownikom, a sporządzanie ich odbywało się bez zachowania częstotliwości (tj. raz na sześć miesięcy)⁴⁴ (niniejsze opisano w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”).

W latach 2017-2020 liczba zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Szpitalu wyniosła odpowiednio 17, 11, 12 i 2⁴⁵.

(akta kontroli t. I str. 194-195, 199-203, 207-215, 217-218, 292-293, 296-297)

⁴² Które miały miejsce w okresie od 1 stycznia 2017 r. do 31 października 2020 r.

⁴⁴ Dalej: raport o bhp.

⁴⁴ W 2017 r. nie było raportów półrocznych (został sporządzony raport za 2017 r. w lutym 2018 r.), a raport za pierwsze półrocze 2018 r. został sporządzony dopiero w listopadzie 2018 r.

⁴⁵ Dane wskazane w Wykazie zranień do 12.10.2020 r.

4. W latach 2017-2020 w Szpitalu obowiązywał Zakładowy plan postępowania awaryjnego sporządzony zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych⁴⁶, lecz nie był na bieżąco aktualizowany. Do 31 grudnia 2020 r. „Zakładowy plan postępowania awaryjnego” nie został zaktualizowany w związku ze zmianą przepisów ustawy Prawo atomowe w tym zakresie, która nastąpiła z dniem 23 września 2019 r. 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. W okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono ćwiczeń awaryjnych. W okresie kontrolowanym nie doszło do zdarzenia radiacyjnego.

Dyrektor wyjaśniła, że najnowsza aktualizacja Planu Postępowania Awaryjnego jest w przygotowaniu.

(akta kontroli t. I str. 305, 309-310, 401-412)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy⁴⁷ w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych sporządzane były nierzetelnie, tj.:

a) sporządzone Raporty o bhp nie zawierały:

– tabelarycznego zestawienia liczby zranień ostrymi narzędziami, do których doszło w podmiocie leczniczym w okresie sprawozdawczym oraz w równym mu długością okresie poprzedzającym, w podziale na jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego;

– tabelarycznego zestawienia stosowanych w podmiocie leczniczym rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem;

– informacji o wprowadzonych zmianach dotyczących szkoleń, które mają na celu zapobieganie narażeniu i jego skutkom, o których mowa w § 7 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami,

co było niezgodne z § 11 ust. 2 pkt 1-2 i 6 ww. rozporządzenia.

Inspektor bhp wyjaśnił, że powodem braku powyższych informacji jest przeoczenie spowodowane zbyt dużym pośpiechem i ilością wykonywanych obowiązków.

b) W 2017 r. i 2018 r. nie sporządzono raportów o bhp z częstotliwością raz na sześć miesięcy, co było niezgodne z § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami. Ponadto raporty z lat 2017-2020 nie były udostępniane pracownikom Szpitala, co było niezgodne z § 11 ust. 3 ww. rozporządzenia.

Dyrektor wyjaśniła, że sytuacje dotyczące niedopełnienia częstotliwości sporządzania raportów BHP za lata 2017–2018 i nieudostępniania raportów pracownikom, wynikają z przeoczenia tego obowiązku przez pracownika.

⁴⁶ Dz. U. z 2005 r. Nr 20, poz. 169 ze zm. Uchylony z dniem 23 września 2019 r.

⁴⁷ Raport za 2017 r. sporządzony w lutym 2018 r., za I półrocze 2018 r. sporządzony w listopadzie 2018 r., za 2018 r. sporządzony w styczniu 2019 r., za I półrocze 2019 r. sporządzony w lipcu 2019 r., za II półrocze 2019 r. sporządzony w styczniu 2020 r., za I półrocze 2020 r. sporządzony w lipcu 2020 r.

(akta kontroli t. I str. 194-195, 199-203, 207-215, 217-218, 292-293, 296-297)

2. Stwierdzono przypadki nieprzestrzegania w Szpitalu zapisów „Procedury postępowania poekspozycyjnego”⁴⁸. W latach 2017-2020 w sześciu⁴⁹ przypadkach zakłucia/zranienia nie sporządzono „Protokołu wystąpienia ekspozycji zawodowej pracownika na krew lub inny materiał potencjalnie zakaźny”⁵⁰, w pięciu⁵¹ przypadkach lekarz dyżurny SOR udzielający pomocy nie wypełnił strony B ww. protokołu oraz nie złożył podpisu opatrzonego pieczętą, w czterech⁵² przypadkach nie odnotowano zdarzeń w zeszycie ekspozycji na Oddziałach oraz w sześciu⁵³ przypadkach po zakłuciu działania zostały ograniczone do wykonania badań i/lub odnotowania zdarzenia w zeszycie ekspozycji danego Oddziału, co było niezgodne z zasadami określonymi w pkt 5 „Procedury postępowania poekspozycyjnego”.

Dyrektor wyjaśniła, że powodami nieprzestrzegania „Procedury postępowania po ekspozycji na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał” był brak należytej staranności w przestrzeganiu procedury (niedostarczenie/zagubienie/niesporządzenie), co skutkowało brakiem protokołów wystąpienia ekspozycji zawodowej w sześciu przypadkach; brakiem wypełnienia strony B protokołu przez lekarza dyżurnego SOR; nieodnotowaniem zdarzeń w zeszycie ekspozycji na Oddziałach; w kilku przypadkach ograniczeniem działania do wykonania badań poekspozycyjnych i/lub odnotowania w zeszycie Oddziału (w trzech przypadkach) lub nieodnotowania żadnych działań (w trzech przypadkach). Pracownicy ci potwierdzają podpisem zapoznanie się z obowiązującą procedurą i zobowiązują się do jej przestrzegania.

(akta kontroli t. I str. 282-290, t. II str. 36-51)

3. W latach 2017–2020 w Szpitalu nie przeprowadzano ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji planu postępowania awaryjnego, wymaganych przepisem art. 96 ust. 1 i ust. 6 pkt 1 lit. b ustawy Prawa atomowe.

Dyrektor potwierdziła, że w wyżej wymienionym okresie nie przeprowadzono ćwiczeń awaryjnych w oparciu o plan ćwiczeń, nie wyjaśniła jednak przyczyn ich nieprzeprowadzenia.

(akta kontroli t. I str. 305, 309-310)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital posiadał prawidłowo opracowaną i wdrożoną procedurę postępowania poekspozycyjnego, jednak nie była ona przestrzegana przez pracowników. Rzetelnie prowadzono wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Stwierdzono nieprawidłowe oraz nieterminowe sporządzanie raportów o bhp oraz brak przeprowadzenia ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji planów postępowania awaryjnego.

⁴⁸ Z 7 lutego 2014 r. ze zm.

⁴⁹ Dotyczy postępowania oznaczonego w zestawieniu numerami protokołów ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy: 003/2017, 012/2017, 018/2017, 013/2018, 005/2019 i 007/2019.

⁵⁰ Dotyczy to zarówno personelu Oddziału na którym doszło do ekspozycji (strona A protokołu) jak i przez lekarza dyżurnego SOR udzielającego pomocy (strona B protokołu).

⁵¹ Dotyczy to postępowania oznaczonego w zestawieniu protokołów ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy 032/2017, 023/2018, 012/2019, 014/2019 i 023/2019.

⁵² Dotyczy to postępowania oznaczonego w zestawieniu protokołów ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy 011/2017, 028/2017, 030/2017 i 005/2019.

⁵³ Na Oddziale Wewnętrzny – zdarzenie z 28.09 i 30.12.2017 r.; w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – zdarzenia 27.05.2017 r., 09.07.2018 r. i 04.03.2020 r. i na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii – 09.04.2018 r.

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. Opracowanie ocen ryzyka zawodowego dla wszystkich pracowników zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których może dojść do zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny oraz zapewnienie przeprowadzania okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata, ocen ryzyka zawodowego dla tych stanowisk.
2. Zapewnienie przeprowadzenia szkoleń dla wszystkich pracowników uczestniczących w realizacji świadczeń zdrowotnych o zakresie tematycznym obejmującym zagadnienia określone w § 7 ust. 2 rozporządzenia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami.
3. Zapewnienie przeprowadzenia szkoleń bhp pracownikom uczestniczącym w realizacji świadczeń zdrowotnych z częstotliwością określoną w § 15 ust. 2 rozporządzenia w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy, tj. nie rzadziej niż raz na pięć lat.
4. Opracowanie procedury dotyczącej postępowania z ostrymi narzędziami.
5. Występowanie do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o udostępnienie informacji z centralnego rejestru dawek przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące.
6. Dokumentowanie przeprowadzania przez IOR wstępnych szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej.
7. Objęcie co najmniej raz w roku okresowymi badaniami lekarskimi pracowników zaszeregowanych do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące.
8. Prowadzenie rejestru dawek indywidualnych w formie elektronicznej zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych.
9. Przekazywanie do centralnego rejestru dawek danych dotyczących dawek indywidualnych otrzymywanych przez pracowników kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące, w sposób i w terminach zgodnych z § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych.
10. Wyznaczenie w Szpitalu terenów kontrolowanych i nadzorowanych zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy Prawo atomowe.
11. Dopuszczanie do pracy wyłącznie pracowników posiadających aktualne orzeczenia lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku.
12. Sporządzanie i udostępnianie pracownikom Szpitala raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 11 ust. 1, 2 i 3 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami.
13. Przestrzeganie zasad ustalonych w procedurze dotyczącej postępowania po ekspozycji na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał.
14. Przeprowadzanie, nie rzadziej niż raz na dwa lata, ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji planów postępowania awaryjnego.

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 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.

Kontroler
Katarzyna Kuzioła
Specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
podpis

.....
podpis