



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.025.01.2020

**Pan
płk dr n. med. Wojciech Tański
Komendant
4. Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu**

4. Wojskowy Szpital Kliniczny
z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu
ul. Rudolfa Weigla 5
50-981 Wrocław

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu, ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław (dalej: Szpital lub WSK)
Kierownik jednostki kontrolowanej	płk dr n. med. Wojciech Tański – Komendant 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu (dalej: Komendant Szpitala), od 20 stycznia 2015 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Przygotowanie świadczeniodawców do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.2. Prawdliwość działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia 16 grudnia 2020 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały związek z zagadnieniami będącymi przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> (dalej: ustawa o <i>NIK</i>) ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontroler	Mirosław Perłowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/143/2020 z dnia 1 października 2020 r. <p style="text-align: right;">(akta kontroli str. 1-2)</p>

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Działalność lecznicza Szpitala powodowała ekspozycję (narażenie) pracowników na oddziaływanie czynników niebezpiecznych i szkodliwych w czasie wykonywania obowiązków zawodowych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych³. Szpital nie był w pełni prawidłowo przygotowany do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W obszarze tym kontrola wykazała bowiem nieprawidłowości polegające w szczególności na: [1] nieobjęciu pracowników zatrudnionych na stanowiskach, związanych z narażeniem na zranienia, szkoleniami przed objęciem stanowiska; [2] braku przeprowadzenia ocen ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy; [3] opóźnionym przeprowadzaniu oceny i aktualizacji *Procedury używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej*. Stany te naruszały przepisy 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 zdrowotnych⁴. Ponadto przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, naruszając art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*⁵ (dalej: *Prawo atomowe*), Szpital nie występował do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o udostępnienie informacji z centralnego rejestru dawek o dawkach tego promieniowania, otrzymanych wcześniej przez tych pracowników. Nie przeprowadził i nie udokumentował również przeszkolenia wstępnego części tych pracowników z zakresu ochrony radiologicznej, co było niezgodne z art. 11 ust. 2 i 3 przywołanej ustawy oraz z § 22 ust. 1 pkt 9 i 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi⁶.

Natomiast obowiązujące w Szpitalu procedury poekspozycyjne zostały w większości prawidłowo opracowane i były realizowane. Wyjątkiem w tym obszarze było nieujęcie w *Raportach o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych* pełnego asortymentu stosowanych w Szpitalu narzędzi ostrych oraz zaniechanie prowadzenia udokumentowanych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji planów postępowania awaryjnego, do czego Szpital zobowiązany był na podstawie art. 96 ust. 1 oraz ust. 6 pkt 1 lit. b *Prawa atomowego*.

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

³ Pojęcie zdefiniowane na potrzeby niniejszej kontroli, oznacza ekspozycję (narażenie) pracownika na oddziaływanie czynników niebezpiecznych i szkodliwych w czasie wykonywania obowiązków zawodowych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

⁴ Dz. U. poz. 696.

⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm.

⁶ Dz. U. Nr 180 poz. 1325.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁷ 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 zatrudnionych w WSK pracowników⁸, w badanym okresie wynosiła od 1 567 do 1 674. W związku z tym, w skład działającej w Szpitalu Sekcji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy⁹, wchodziło od trzech do czterech pełnoetatowych pracowników, zatrudnionych na stanowiskach: głównego specjalisty, specjalisty, starszego inspektora i inspektora do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy. Tym samym został spełniony wymóg § 1 ust. 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy¹⁰. Właściwy inspektor pracy nie odnosił się do kwestii liczebności Sekcji BHP Szpitala. Zgodnie z *Regulaminem organizacyjnym* Szpitala, Sekcja BHP podlegała bezpośrednio Komendantowi Szpitala, a obszarem jej działania było planowanie i organizowanie przedsięwzięć, mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników, poprawę warunków bezpieczeństwa i higieny pracy we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala, jak również szkolenie, opiniowanie i wydawanie zaleceń oraz kontrolowanie ich wykonywania w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Pracownicy Sekcji BHP¹¹ legitymowali się świadectwami ukończenia studiów podyplomowych w zakresie zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy, szkoleniami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy oraz stosownym do zajmowanych stanowisk stażem pracy w służbie BHP.

W Szpitalu działała Komisja BHP, w składzie sześciuosobowym do 28 lutego 2017 r., w tym trzech przedstawicieli pracowników i trzech przedstawicieli pracodawcy oraz w składzie pięciosobowym od 1 marca 2017 r., w tym dwóch przedstawicieli pracowników i trzech przedstawicieli pracodawcy. Wśród przedstawicieli pracodawcy było dwóch pracowników Sekcji BHP oraz lekarz sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami. Od 2018 r. działał w Szpitalu społeczny inspektor pracy, który w Komisji BHP był przedstawicielem pracowników. Funkcję przewodniczącego sprawował, jako przedstawiciel pracodawcy, główny specjalista Sekcji BHP¹², natomiast wiceprzewodniczącego – przedstawiciel pracowników.

(akta kontroli str. 3-36)

1.2. Działania Sekcji BHP w zakresie ekspozycji zawodowej polegały na wstępnym i okresowym szkoleniu ogólnym pracowników, działaniach kontrolno-wizytujących procesy wykonywania prac z ostrymi narzędziami na stanowiskach zabiegowych oraz prowadzeniu procedury poekspozycyjnej. Sekcja BHP przeprowadziła coroczne analizy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w Szpitalu, w których opisano bieżące problemy w przedmiotowym zakresie oraz występujące zagrożenia

⁷ 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.

⁸ W rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. *Kodeks pracy* - Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm. (dalej: *Kodeks pracy*).

⁹ Pełniącej funkcję służby bezpieczeństwa i higieny pracy, o której mowa w art. 237¹¹ § 1 *Kodeksu pracy*.

¹⁰ Dz. U. Nr 109, poz. 704, ze zm.

¹¹ Składu osobowego aktualnego w czasie prowadzonej kontroli NIK.

¹² Od 1 marca 2020 r. kierownik Sekcji BHP.

wypadkowe, w tym czynniki biologiczne. Dodatkowo, w analizie za 2018 r. został opisany stan obiektów budowlanych Szpitala oraz ocena ogólna stanowisk pracy. W analizach przedstawiono również propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych, mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy. Sekcja BHP wykonała dwukrotnie, tj. za 2018 r. i 2019 r., przegląd stanowisk pracy pod względem stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, wykazując braki i niezgodności z przepisami oraz zagrożenia z tym związane, w związku z czym przedstawiono wnioski do realizacji. O stwierdzonych nieprawidłowościach oraz propozycjach rozwiązań eliminujących te nieprawidłowości, był na bieżąco informowany Komendant Szpitala. Opisane w powyższych dokumentach zagadnienia nie dotyczyły narażenia na zranienie lub promieniowanie jonizujące.

(akta kontroli str. 37-97, 149-150, 571-574)

Komisja BHP Szpitala dokonywała przeglądów warunków pracy, oceny stanu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz formułowała wnioski z tym związane, a także opiniowała działania Szpitala zmierzające do poprawy bezpieczeństwa pracy. Posiedzenia Komisji odbywały się w dniach 3 stycznia 2017 r., 11 kwietnia 2017 r., 30 czerwca 2017 r., 18 sierpnia 2017 r., 16 listopada 2017 r., 2 stycznia 2018 r., 6 marca 2018 r., 12 czerwca 2018 r., 3 października 2018 r., 3 stycznia 2019 r., 17 września 2019 r., 2 stycznia 2020 r. oraz 27 maja 2020 r., tj. nie w każdym kwartale danego roku. Było to niezgodne z art. 237¹³ § 2 *Kodeksu pracy* i opisane zostało w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości wystąpienia pokontrolnego*.

(akta kontroli str. 98-144)

Informacje dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy były na bieżąco przekazywane do Sekcji BHP przez pracowników Szpitala. Na odprawach z kadrą kierowniczą Szpitala, pracodawca wskazywał priorytety postępowania na rzecz bezpiecznej pracy z wykorzystaniem ostrych narzędzi medycznych. Informacje o stwierdzonych nieprawidłowościach były na bieżąco i ustnie przekazywane pracodawcy.

Kierownik Sekcji BHP, pełniący jednocześnie funkcję Przewodniczącego Komisji BHP, na roboczych spotkaniach z Komendantem Szpitala oraz na odprawach kadry kierowniczej, omawiał kwestie związane z bezpieczeństwem i higieną pracy, w tym z bezpieczeństwem posługiwania się ostrymi narzędziami medycznymi i przypadkami kontaktu pracowników z materiałem biologicznym. Każdorazowo zwracano szczególną uwagę na skuteczne prowadzenie szkoleń stanowiskowych oraz udzielanie instruktażu zespołom zabiegowym przez ich bezpośrednich przełożonych, przed udaniem się na stanowisko zabiegowe do realizacji planowanych procedur medycznych.

(akta kontroli str. 145-150)

1.3. W WSK nie przeprowadzono ocen ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, o których mowa 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 zdrowotnych* (dalej: rozporządzenie *w sprawie bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*). W Szpitalu zostały sporządzone *Karty oceny ryzyka zawodowego dla stanowisk pracy, na których występują zagrożenia wypadkowe w tym zagrożenia zranień ostrymi narzędziami*, jednak nie spełniały one wszystkich wymogów rozporządzenia *w sprawie bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

Na poszczególnych stanowiskach pracy w WSK w badanym okresie, nie wystąpiły 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 str. 149-186)

1.4. Działania w Szpitalu w obszarze zapewnienia ochrony pracowników przed zranieniami, eliminujące lub minimalizujące narażenie na zranienie ostrymi narzędziami, polegały na odpowiednim organizowaniu miejsc pracy osób narażonych na zranienia, zapewnieniu bezpiecznego zbierania, przechowywania i usuwania odpadów medycznych, zapewnieniu środków ochrony indywidualnej, prowadzeniu szkoleń w zakresie zakażeń szpitalnych oraz posługiwania się nowym sprzętem o charakterze ostrych narzędzi. Pracownicy Sekcji Zaopatrzenia Medycznego, jak i pielęgniarki oddziałowe, przy składaniu zapotrzebowania na ostry sprzęt medyczny do stosowania na stanowiskach pracy, kierowali się przede wszystkim praktycznym i bezpiecznym stosowaniem tych narzędzi podczas wszelkiego rodzaju procedur medycznych, mając również na uwadze wnioski wynikające z analiz zdarzeń niepożądanych, pochodzące z półrocznych raportów i rejestrów tych zdarzeń prowadzonych przez służby BHP.

Zakupy środków ochrony indywidualnej wykonywane były na podstawie analizy realnych potrzeb, wynikających z wykonywanych procedur. Analizy były prowadzone w poszczególnych klinikach, oddziałach, blokach zabiegowych – operacyjnych WSK. Środki ochrony indywidualnej służyły do zabezpieczenia pracy personelu medycznego, tj. pielęgniarek, lekarzy, ratowników, sanitariuszy, techników laboratoryjnych oraz innych pracowników tzw. grup wsparcia, np. grupy transportu, której zadaniem był odbiór i przetransportowanie odpadów medycznych do miejsca ich gromadzenia. Stosowane w Szpitalu środki ochrony indywidualnej to bluzy, spodnie, czepki, fartuchy, komplety chirurgiczne, kombinezony ochronne, maski, ochraniacze na buty, okulary, przyłbice, rękawice. Wydatki Szpitala na środki ochrony indywidualnej wyniosły 1 248,3 tys. zł w 2017 r., 1 462,4 tys. zł w 2018 r., 1 330,9 tys. zł w 2019 r. oraz 2 618,6 tys. zł w 2020 r. (do 30 września).

(akta kontroli str. 221-223, 417-436)

Analizę, dobór i zakup bezpiecznego sprzętu medycznego¹³ prowadził w Szpitalu Wydział Zaopatrzenia Medycznego oraz Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, biorąc pod uwagę względy bezpieczeństwa stosowania sprzętu oraz jego kosztów w poszczególnych komórkach organizacyjnych. Priorytetem przy wyborze sprzętu było bezpieczeństwo jego stosowania. Udział ilościowy bezpiecznego sprzętu medycznego w całości zakupionego sprzętu medycznego tego rodzaju wynosił: dla igieł do pobierania krwi 31% w 2017 r., 28% w 2018 r., 31% w 2019 r. i 28% w 2020 r. (do 30 września); dla kaniuli¹⁴ dożylnych odpowiednio: 61%, 66%, 80% i 64%; dla igieł chirurgicznych 100% w każdym wyżej wymienionym okresie; dla nożyczek chirurgicznych odpowiednio 77%, 62%, 69% i 9% oraz dla ostrzy chirurgicznych 0% w każdym wyżej wymienionym okresie. Udział wartościowy bezpiecznego sprzętu (wszystkich rodzajów) w całości zakupionego sprzętu wynosił 46% w 2017 r., 48% w 2018 r., 50% w 2019 r. i 48% w 2020 r. (do 30 września).

(akta kontroli str. 224-231)

W Szpitalu zapewniono szczepienia ochronne pracowników wykonujących czynności, w trakcie których dochodzi do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego (krew i inne płyny ustrojowe oraz wydaliny i wydzieliny) lub sprzętem skażonym tym materiałem biologicznym. Szczepieniem przeciwko

¹³ Bezpieczny sprzęt to igła lub ostrze, które posiada wbudowany mechanizm zabezpieczający przed ryzykiem zakłucia lub zranienia.

¹⁴ Rurka z tworzywa sztucznego umieszczana, przy pomocy stalowej igły, tymczasowo w żyłę. Jej część zewnętrzna pozwala na przyłączenie strzykawki lub kroplówki.

wirusowemu zapaleniu wątroby typu B objęto wszystkich pracowników z ww. grupy, którzy przed zatrudnieniem w WSK nie byli zaszczepieni w tym kierunku. Szpital zapewniał również dobrowolne szczepienia przeciwko grypie, których wykonano 18 w 2017 r., 16 w 2018 r. oraz 20 w 2019 r., co stanowiło niewielki udział w liczbie pracowników medycznych Szpitala – odpowiednio 1,2%, 1,1% i 1,4%. W 2020 r. nie wykonywano szczepień przeciwko grypie, ponieważ szczepionka nie była dostępna w sprzedaży.

(akta kontroli str. 232-237)

1.5. W dniu 4 września 2017 r. na wewnętrznej stronie sieci Intranet Szpitala, została udostępniona *Procedura używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej* (dalej: *Procedura*). Dostępność do *Procedury* mieli wszyscy pracownicy Szpitala, którzy dodatkowo – podczas szkoleń wstępnych i okresowych oraz podczas spotkań poświęconych bezpieczeństwu pracy – byli zapoznawani z wybranymi zagadnieniami z przedmiotowych procedur. Opracowaną *Procedurę* poddano ocenie i na jej podstawie dokonano jej aktualizacji, udostępniając ją również w formie elektronicznej w dniu 4 grudnia 2019 r. Przy opracowywaniu *Procedury* współpracowano z przedstawicielami Sekcji BHP oraz Komisji BHP, które stanowiły organy doradcze i konsultacyjne, a ich uwagi i wnioski były poddane analizie. Podczas opracowywania *Procedury* kierowano się danymi o dotychczasowych przypadkach zranień, a także z raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy w WSK. Brano też pod uwagę materiały Instytutu Medycyny Pracy oraz Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

(akta kontroli str. 238-252)

1.6. W wyniku badania losowej próby 50 pracowników medycznych, w tym 15 pielęgniarek, 15 położnych, 10 lekarzy specjalności zabiegowych oraz 10 ratowników medycznych stwierdzono, że żadna z ww. grupy osób nie odbyła szkolenia przed objęciem stanowiska, w zakresie zapobiegania narażeniu na zranienia, w trybie określonym w przepisach w sprawie szkolenia w dziedzinie bhp z uwzględnieniem § 7 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.

(akta kontroli str. 253-257)

1.7. Na podstawie art. 7 ust. 2 *Prawa atomowego* w WSK został przyjęty, obowiązujący od 2005 r., *Program zapewnienia, jakości i ochrony radiologicznej w pracowniach radiologicznych i izotopowych*¹⁵ (dalej: *Program*). Zawierał on zakres odpowiedzialności kierownictwa jednostki ochrony zdrowia, obejmujący przestrzeganie bezpieczeństwa w przedmiotowym zakresie, zapewnienie o utrzymaniu procedur z zakresu ochrony radiologicznej, wyznaczanie corocznych przeglądów zapisów związanych z wytycznymi, zawartymi w *Prawie atomowym*. Ponadto *Program* wyznaczał, między pracownikami Szpitala, podział odpowiedzialności oraz zadań w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, sposób realizacji wymagań dotyczących funkcjonowania, konserwacji i utrzymania źródeł promieniowania jonizującego oraz system zarządzania sytuacjami zdarzeń radiacyjnych. W *Programie* nie zawarto sposobu zabezpieczenia źródeł promieniotwórczych przed uszkodzeniem, kradzieżą i dostaniem się w ręce osób nieuprawnionych.

Jak wyjaśnił Inspektor Ochrony Radiologicznej Szpitala, przeprowadzenie aktualizacji *Programu*, było związane ze zmianami prawa dotyczącego ochrony radiologicznej oraz zmianami procedur ISO. Aktualizacje nie miały istotnego wpływu na treść *Programu*. Inspektor Ochrony Radiologicznej wskazał, że wdrażanie

¹⁵ Ostatnia aktualizacja była datowana na 25 maja 2020 r.

Programu, jak i współpraca z osobami go wdrażającymi, przebiegała bezproblemowo.

(akta kontroli str. 258-270)

1.8. Inspektor Ochrony Radiologicznej otrzymał stosowne uprawnienia na podstawie, wydanej 23 lutego 2015 r., decyzji przez Głównego Inspektora Sanitarnego oraz wydanej 30 grudnia 2019 r. decyzji Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z ważnością do 30 grudnia 2024 r.

Inspektor Ochrony Radiologicznej podlegał bezpośrednio Komendantowi Szpitala, któremu przedstawiał opinie i propozycje rozwiązań zwiększających bezpieczeństwo związane z użytkowaniem urządzeń emitujących promieniowanie jonizujące. Były one brane pod uwagę przy projektowaniu zasad bezpieczeństwa z zakresu ochrony radiologicznej Szpitala. Jak wyjaśnił Inspektor Ochrony Radiologicznej, nie napotkał on na trudności uniemożliwiające mu właściwe wywiązywanie się z obowiązków i uprawnień. W okresie objętym kontrolą, w WSK nie wystąpiły zdarzenia negatywnie oddziałujące na zapewnienie ochrony radiologicznej.

(akta kontroli str. 12-13, 269-272)

1.9. Komendant Szpitala zapewnił opiekę medyczną, sprawowaną przez lekarza z uprawnieniami „J”¹⁶ pracownikom Szpitala oraz pracownikom zewnętrznym, narażonym na promieniowanie jonizujące oraz objął ich obowiązkowymi badaniami okresowymi. Pracownikom tym zapewniono środki ochrony indywidualnej oraz objęto ich dozymetrią indywidualną¹⁷. Ponadto w Szpitalu funkcjonowały cztery dozymetry¹⁸ stacjonarne, posiadające świadectwa kalibracji oraz podlegające regularnym przeglądom. Dozymetry indywidualne były raz na kwartał przekazywane do Laboratorium Dozymetrii Indywidualnej i Środowiskowej Instytutu Fizyki Jądrowej Polskiej Akademii Nauk w Krakowie, celem pomiaru przyjętych dawek promieniowania jonizującego. Za drugi kwartał 2020 r. WSK przekazał do badań 366 dozymetrów indywidualnych, w tym 307 mierzących przyjętą dawkę na całe ciało oraz 59 – mierzących przyjęte dawki na kończyny. Średnia liczba dozymetrów indywidualnych, jaka pozostawała w dyspozycji Szpitala, wynosiła 280 mierzących przyjętą dawkę na całe ciało oraz 40 mierzących przyjętą dawkę na kończyny, przy średniej liczbie pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące wynoszącej 280 osób. Niewielkie dawki promieniowania, otrzymywane przez tych pracowników, powodowały, że w WSK nie było terenów kontrolowanych¹⁹.

W pracowni izotopowej pomiary były dokonywane za pomocą skalibrowanych mierników pomiaru dawek promieniowania, które były zapisywane do zeszytu skażeń.

Potrzeby Szpitala związane z zapewnieniem opieki i ochrony dla pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące były poddawane analizie, a Inspektor Ochrony Radiologicznej opiniował zasadność zakupu sprzętu dozymetrycznego oraz środków ochrony indywidualnej. Był informowany o konieczności wymiany, bądź zakupu tego sprzętu. Natomiast ocena urządzeń przed ich dopuszczeniem do użytkowania odbywała się przez dokonanie testów odbiorczych oraz testów specjalistycznych (ocena ze względu na ochronę radiologiczną). W planowaniu i projektowaniu ochrony radiologicznej, Komendant Szpitala uwzględniał stanowisko Inspektora Ochrony Radiologicznej, a wyposażenie Szpitala w sprzęt chroniący przed promieniowaniem oraz dozymetry, było zgodne z ustalonym z Inspektorem Ochrony Radiologicznej, który dodatkowo był powoływany do komisji

¹⁶ Uprawnienia do wydawania orzeczeń o zdolności do pracy pracownika zatrudnionego w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące.

¹⁷ Indywidualnym pomiarem przyjętych dawek promieniowania jonizującego.

¹⁸ Przyrząd do pomiaru dawki promieniowania jonizującego lub aktywności promieniotwórczej preparatów.

¹⁹ Teren o kontrolowanym dostępie, objęty specjalnymi przepisami mającymi na celu ochronę przed promieniowaniem jonizującym lub rozprzestrzenianiem się skażeń promieniotwórczych.

przetargowych, do zakupu sprzętu emitującego promieniowanie jonizujące.
W WSK została w dniu 1 listopada 2019 r. wdrożona *Instrukcja ochrony radiologicznej pacjenta i pracownika w pracowniach radiologicznych*, wykluczająca możliwość pracy bez dozymetru lub naświetlania dozymetru bez obecności zainteresowanego pracownika.

(akta kontroli str. 273-368, 438)

1.10. W WSK nie było – z uwagi na brak zagrożenia przekroczenia dawki granicznej promieniowania, określonej w art. 17 ust. 1 pkt 1 *Prawa atomowego* – pracowników zaliczonych do kategorii A²⁰. Wszyscy pracownicy narażeni na promieniowanie jonizujące zostali zaliczeni do kategorii B²¹. Przed zatrudnieniem pracowników 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 otrzymanych wcześniej przez tych pracowników. Nie odbywali oni również udokumentowanych szkoleń wstępnych z zakresu ochrony radiologicznej. Jak wyjaśnił Inspektor Ochrony Radiologicznej, nowo zatrudniani w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, którzy nie mieli wcześniej takiego doświadczenia zawodowego, odbywali wstępne szkolenie w formie ustnej.

W Szpitalu na bieżąco udostępniano pracownikom informacje odnoszące się do kwestii ochrony radiologicznej, np. w przypadku otrzymania wyników pomiaru dawki budzącej niepokój, pracownik był wzywany na rozmowę, celem przedstawienia wyników oraz wyjaśnienia okoliczności, w jakich doszło do zwiększonej ekspozycji. W sytuacji, gdy sprzęt emitujący promieniowanie jonizujące był niesprawny, do czasu jego naprawy był on wyłączany z eksploatacji i stosownie oznakowany.

(akta kontroli str. 278-285, 369, 439-450)

1.11. Wykorzystanie urządzeń emitujących promieniowanie jonizujące odbywało się w Zakładzie Radiologii Lekarskiej, Poliklinice Stomatologicznej, Klinice Chirurgii Naczyniowej, blokach operacyjnych neurochirurgii, ortopedii i kardiochirurgii, pracowniach elektrofizjologii inwazyjnej, hemodynamiki, mammotomii, mammografii, densytometrii i endoskopii, Zakładzie Medycyny Nuklearnej, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej. Szpital nie dysponował ambulansem rentgenowskim.

Konstrukcja ścian, stropów, okien, drzwi oraz zainstalowane urządzenia ochronne ww. pomieszczeń zabezpieczały osoby w nich pracujące. Wymiary, podział lokalizacji miejsc pracy, wyposażenie, sposób zainstalowania urządzeń rentgenowskich oraz oznakowanie pomieszczeń było zgodne z rozdziałem 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie *szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi* (dalej: rozporządzenie ws. *bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi*).

W Pracowni Rentgenowskiej znajdowała się dokumentacja, wymieniona w § 22 tego rozporządzenia. Z uwagi na brak w Szpitalu terenów kontrolowanych, nie wprowadzono podziału lokalizacji miejsc pracy, o którym mowa w art. 18 ust. 1 i 2 *Prawa atomowego*. Tereny nadzorowane zostały oznaczone stosownymi znakami graficznymi.

(akta kontroli str. 278-283, 370-416)

²⁰ Obejmującej pracowników, którzy mogą być narażeni na: a) dawkę skuteczną (efektywną) przekraczającą 6 mSv w ciągu roku lub b) dawkę równoważną przekraczającą 15 mSv rocznie dla soczewek oczu lub 150 mSv rocznie dla skóry lub kończyn.

²¹ Obejmującej pracowników, którzy nie zostali zaliczeni do kategorii A.

1.12. WSK nie był kontrolowany przez podmioty zewnętrzne w zakresie ekspozycji zawodowej w ochronie zdrowia.

(akta kontroli str. 437)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Posiedzenia Komisji BHP nie odbywały się przynajmniej raz na kwartał, do czego zobowiązywał art. 237¹³ § 2 *Kodeksu pracy*. Takie posiedzenia nie odbyły się w III kwartale 2018 r., II i IV kwartale 2019 r. oraz w III kwartale 2020 r. W związku z tym Komendant Szpitala oraz kierownik Sekcji BHP wyjaśnili, że było to spowodowane absencjami chorobowymi przewodniczącego i zastępcy przewodniczącego Komisji BHP, a w III kwartale 2020 r. – obostrzeniami w związku z epidemią koronawirusa.

(akta kontroli str. 98-144, 571-573, 580-584)

2. W WSK nie przeprowadzano ocen ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, co było niezgodne z § 3 rozporządzenia *w sprawie bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*. Wprawdzie w Szpitalu zostały sporządzone *Karty oceny ryzyka zawodowego dla stanowisk pracy, na których występują zagrożenia wypadkowe, w tym zagrożenia zranień ostrymi narzędziami*, jednak nie spełniały one wszystkich wymogów ww. przepisu rozporządzenia, w szczególności dotyczących:

- 1) klasyfikacji szkodliwych czynników biologicznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 222¹ § 3 *Kodeksu pracy*;
- 2) określenia czasu trwania narażenia;
- 3) czynności, w trakcie których może dojść do narażenia;
- 4) rodzajów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych ostrych narzędzi, warunków pracy, sposobu organizacji pracy, poziomu kwalifikacji personelu, czynników psychospołecznych i innych czynników związanych ze środowiskiem pracy;
- 5) decyzji, wystąpień i zaleceń pokontrolnych organów kontroli i nadzoru nad warunkami pracy, wydanych na podstawie ustaleń kontroli przeprowadzonych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą;
- 6) sporządzania przedmiotowych ocen:
 - nie rzadziej niż raz na dwa lata,
 - w każdym przypadku wystąpienia na stanowisku pracy zmian mających lub mogących mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w miejscu pracy, uwzględniając aktualną wiedzę medyczną i techniczną oraz wiedzę w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wyniki prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

W związku z powyższym Komendant Szpitala oraz kierownik Sekcji BHP wyjaśnili, że treść ujętą w opracowanych ocenach uznano za wystarczającą, a więcej pozytywnych efektów w bezpiecznej pracy wniesie częsta edukacja, która była prowadzona w formie krótkich informacji i pogadanek. Niemniej w dniu 20 listopada 2020 r., tj. w trakcie prowadzonych w Szpitalu czynności kontrolnych przez Najwyższą Izbę Kontroli, została opracowana Ocena ryzyka zawodowego dla stanowisk medycznych WSK. Był to projekt dokumentu do konsultacji i zatwierdzenia przez Komendanta Szpitala, stanowiący podstawę do opracowania ocen na poszczególnych stanowiskach medycznych. Ponadto kierownik Sekcji BHP

przygotował projekt zarządzenia Komendanta Szpitala, treścią którego było powołanie zespołu do opracowania i aktualizacji ocen ryzyka.

(akta kontroli str. 153-220, 584)

3. *Procedura używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej w WSK z 4 września 2017 r.* nie została oceniona przed upływem dwóch lat od chwili jej wprowadzenia oraz nie została w tym terminie wprowadzona zaktualizowana procedura, co było niezgodne z § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie. Nowa *Procedura* została wprowadzona 4 grudnia 2019 r., tj. z opóźnieniem wynoszącym trzy miesiące. W związku z tym Komendant Szpitala oraz kierownik Sekcji BHP wyjaśnili, że opóźnienie wynikało z absencji chorobowej przewodniczącego Komisji BHP, który przygotowywał aktualizację *Procedury*.

(akta kontroli str. 238-252, 574, 585)

4. Pracownicy Szpitala zatrudnieni na stanowiskach związanych z narażeniem na zranienia nie zostali objęci szkoleniem przed objęciem przez nich stanowiska, w zakresie zapobiegania narażeniu na zranienia, w trybie określonym w przepisach w sprawie szkolenia w dziedzinie bhp z uwzględnieniem § 7 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.

W związku z tym Komendant Szpitala wyjaśnił, że wiedza z przedmiotowego zakresu jest przekazywana podczas wszystkich form szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, podczas szkolenia stanowiskowego oraz szkoleń po wprowadzeniu w Szpitalu nowych narzędzi ostrych, a także podczas odpraw w poszczególnych oddziałach.

(akta kontroli str. 253-257, 585-586)

5. *Program zapewnienia jakości i ochrony radiologicznej w pracowniach radiologicznych i izotopowych* nie określał sposobu zabezpieczenia źródeł promieniotwórczych przed uszkodzeniem, kradzieżą i dostaniem się w ręce osób nieuprawnionych, co było niezgodne z art. 7 ust. 2a pkt 3 *Prawa atomowego*. W związku z tym Komendant Szpitala oraz Inspektor Ochrony Radiologicznej wyjaśnili, że przy opracowaniu przedmiotowego dokumentu uznano, iż intencją ustawodawcy w tym zakresie było ujęcie tego elementu, w sytuacji posiadania przez Szpital długożyciowych źródeł izotopowych, a Szpital takich nie posiadał. Ponadto urządzenia emitujące promieniowanie jonizujące zainstalowane są na stałe do konstrukcji budynku i nie ma technicznych możliwości ich kradzieży.

(akta kontroli str. 258-268, 575-579, 586)

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że sposób zabezpieczenia źródeł promieniotwórczych przed uszkodzeniem, kradzieżą i dostaniem się w ręce osób nieuprawnionych należało określić w omawianym *Programie*, a ww. przepis nie przewidywał w tym zakresie wyjątków.

6. Przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, Szpital:
- a) z naruszeniem art. 22 ust. 1 *Prawa atomowego* nie występował do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o udostępnienie informacji z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych wcześniej przez tych pracowników,
 - b) nie przeprowadzał ich udokumentowanych szkoleń wstępnych z zakresu ochrony radiologicznej, a jedynie w formie ustnej i tylko tych pracowników, którzy nie mieli wcześniej takiego doświadczenia zawodowego, co było niezgodne z art. 11 ust. 2 i 3 *Prawa atomowego* oraz z § 22 ust. 1 pkt 9 i 10 rozporządzenia ws. *bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi*.

W związku z pkt a) Komendant Szpitala oraz Inspektor Ochrony Radiologicznej wyjaśnili, że nie występowało w tej sprawie ze względu na niskie wartości dawek, jakie są generowane w Szpitalu.

W związku z pkt b) Komendant Szpitala oraz Inspektor Ochrony Radiologicznej wyjaśnili, że szkolenia były przeprowadzane w formie ustnej.

(akta kontroli str. 285, 369, 577-578, 586-587)

Niskie wartości dawek generowane w Szpitalu, nie stanowią uzasadnienia dla zwolnienia z zastosowania wymogu wystąpienia z wnioskiem o udostępnienie informacji z centralnego rejestru dawek. Obowiązek dokumentowania szkoleń wynika natomiast z wyżej przytoczonych przepisów.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia funkcjonowanie Szpitala w badanym obszarze.

Szpital nie był w pełni prawidłowo przygotowany do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego, związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Pracownicy zatrudnieni na stanowiskach związanych z narażeniem na zranienia nie zostali objęci wymaganymi szkoleniami. Brak było ocen ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy. *Procedura używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej* nie była poddawana w terminie wymaganej ocenie i aktualizacji. Ponadto nie wszyscy pracownicy zostali przeszkoleni wstępnie z zakresu ochrony radiologicznej, a Szpital nie posiadał wiedzy o dawkach promieniowania, otrzymanych przez pracowników przed zatrudnieniem w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Procedura po ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał została przyjęta w Szpitalu w maju 2017 r. *Procedura* ta uwzględniała takie elementy jak: konieczność oszacowania ryzyka zakażenia i niezwłocznego wdrożenia profilaktyki, przeprowadzenie badania lekarskiego, wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych. Przewidziano w niej także przeprowadzenie, w razie potrzeby, poekspozycyjnego szczepienia ochronnego czy uodpornienia biernego, lub profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego, a także wykonanie badań lekarskich oraz niezbędnych badań dodatkowych w regularnych odstępach czasu po narażeniu. Kolejność działań po ekspozycji – zgodnie z powyższą *Procedurą* – to tzw. prowadzenie postępowania nieswoistego²², a następnie swoistego²³ oraz zgłoszenie faktu ekspozycji bezpośrednim przełożonym, Komendantowi Szpitala oraz lekarzowi zakładowemu i Sekcji BHP.

Pracownicy Szpitala byli informowani o zasadach postępowania w przypadku ekspozycji, podczas szkoleń wstępnych i okresowych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz dodatkowo poprzez wywieszony na terenie Szpitala schemat postępowania poekspozycyjnego, stanowiący załącznik do opisywanej *Procedury*.

(akta kontroli str. 238, 251-252, 451-465)

²² Umycie, dezynfekcja i opatrzenie rany, zabezpieczenie przed pogłębieniem ekspozycji ze szczegółowym sposobem przygotowania i przeprowadzenia tych czynności, udanie się do lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, zabezpieczenie sprzętu będącego źródłem ekspozycji.

²³ Przeprowadzenie badań lekarskich, skompletowanie badań laboratoryjnych, wydanie osobie ekspozowanej karty informacyjnej oraz podjęcie – w zależności od okoliczności - indywidualnej decyzji w sprawie dalszego postępowania.

2.2. W WSK prowadzono półroczne wykazy zranień ostrymi narzędziami, w których wpisy były dokonywane bez ujawniania danych osobowych, w kolejności dokonywanych zgłoszeń. Każdy wpis wykazów, prowadzonych przez Sekcję BHP, zawierał kolejny numer zdarzenia w roku, datę zdarzenia, jednostkę organizacyjną podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w której doszło do zranienia, rodzaj i model narzędzia, które spowodowało zranienie, rodzaj procedury medycznej oraz czynność, w trakcie której doszło do zranienia oraz inne informacje uzyskane w trakcie postępowania przy ustalaniu okoliczności i przyczyn zranienia ostrym narzędziem. Zgłoszenie faktu zaistniałej ekspozycji oraz dalsze procedowanie było prowadzone według wzoru zgłoszenia oraz wzoru indywidualnej karty ekspozycji zawodowej. W wyniku badania losowej próby 60 z 88 przypadków ekspozycji (68,2%), stwierdzono, że w każdym przypadku badano przyczyny i okoliczności zranienia²⁴, informowano lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną, przeprowadzono stosowne badania²⁵, a koszty postępowania obciążały WSK. W wyniku ekspozycji nikt nie został zakażony wirusem HBV, HCV, HIV, a pracownicy nie ubiegali się o odszkodowanie od pracodawcy. Nie prowadzono też postępowań sądowych w sprawach ekspozycji. W jednym przypadku nie stwierdzono ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał²⁶. Z badanych sytuacji, siedem nie zostało zakwalifikowanych jako wypadek przy pracy²⁷. Odnotowano także jeden przypadek, w którym poszkodowany pracownik, w związku z wypadkiem, korzystał ze zwolnienia lekarskiego. Żaden z pracowników z badanej próby nie miał wcześniej zdarzenia ekspozycyjnego. W związku z badanymi zdarzeniami nie zaszła konieczność dokonania zmian w *Procedurze po ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał* oraz nie zidentyfikowano nowego ryzyka związanego z używaniem ostrych narzędzi.

(akta kontroli str. 460-501, 519, 572, 574)

Szpital ponosił koszty postępowań poekspozycyjnych z tytułu profilaktyki poekspozycyjnej oraz konsultacji lekarskich, które wyniosły 4,5 tys. zł w 2017 r., 7,0 tys. zł w 2018 r., 6,7 tys. zł w 2019 r. oraz 2,0 tys. zł w 2020 r. (do 30 września). Wyżej wymienione koszty były w Szpitalu analizowane.

(akta kontroli str. 224, 502-518)

2.3. WSK realizował obowiązek terminowego sporządzania półrocznych *Raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych*, począwszy od *Raportu* za drugie półrocze 2013 r., sporządzonego 27 lutego 2014 r. *Raporty* te zawierały tabelaryczne zestawienia liczby zranień, do których doszło w Szpitalu oraz stosowanych rodzajów ostrych narzędzi, ze wskazaniem tych, które zawierały rozwiązania chroniące przed zranieniem. Ponadto w *Raportach* uwzględniano analizy okoliczności i przyczyn zranień, propozycje możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień, w tym możliwości wprowadzenia do użytku nowych rodzajów ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wraz z oszacowaniem kosztów takich działań, informacje o dokonanych ocenach i pracach nad aktualizacją *Procedury używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej*, a także informacje o wprowadzonych zmianach dotyczących szkoleń, które miały na celu zapobieganie narażeniu i jego skutkom. Treść sporządzonych *Raportów* była omawiana podczas szkoleń wstępnych i okresowych z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy. Ponadto *Raporty* były na bieżąco udostępniane wszystkim pracownikom, poprzez ich umieszczanie w gablocie Sekcji BHP.

²⁴ Wszystkie odnotowano w wykazie zranień.

²⁵ Nie było potrzeby przeprowadzania powtórnych badań.

²⁶ Uderzenie o opakowanie z odpadami medycznymi – bez zranienia.

²⁷ Między innymi w sytuacjach, gdy doszło do ekspozycji bez zranienia – przez błony śluzowe.

Liczba zranień w Szpitalu wyniosła 16 w 2017 r., 28 w 2018 r., 29 w 2019 r. oraz 15 w 2020 r. (do 30 września). Działając na rzecz ograniczenia liczby zranień ostrymi narzędziami, poszczególne oddziały zabiegowe²⁸ oraz Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, w oparciu o własne doświadczenia i analizy, wprowadzały do użycia nowy bezpieczniejszy sprzęt ostry. Przed jego wdrożeniem, przedstawiciele dostawców przeprowadzili szkolenia z zakresu właściwego stosowania nowego sprzętu.

Do stosowanych w Szpitalu ostrych narzędzi należały: igły do pobierania krwi, kaniule dożylnie, cewniki obwodowe, tępe igły chirurgiczne, tępe nożyczki chirurgiczne i ostrza chirurgiczne z trzonkiem (zawierające rozwiązania chroniące przed zranieniem) oraz igły do pobierania krwi, kaniule dożylnie, nożyczki chirurgiczne i ostrza chirurgiczne (nie zawierające bezpiecznych rozwiązań). Zestawienia stosowanych w Szpitalu rodzajów ostrych narzędzi z ww. *Raportów*, nie zawierały wszystkich faktycznie stosowanych narzędzi.

(akta kontroli str. 225-226, 466-487, 520-561)

2.4. W WSK obowiązywał od 2005 r. *Zakładowy Plan Postępowania Awaryjnego dla pracowni wykorzystujących promieniowanie jonizujące*, którego ostatnie wydanie zostało wdrożone 18 lutego 2020 r. *Plan* ten określał dziewięć z 11 zadań wskazanych w art. 86i ust. 4 *Prawa atomowego*, dotyczących reagowania na zdarzenia radiacyjne. *Plan* nie określał wymaganych *Prawem atomowym* zadań w zakresie przygotowania do reagowania na zdarzenie radiacyjne i sposobu realizacji tych zadań oraz zarządzania sytuacją narażenia istniejącego powstałą w wyniku zdarzenia radiacyjnego. Natomiast wśród zadań z zakresu reagowania na zdarzenie radiacyjne i sposobu realizacji tych zadań zabrakło, uruchomienia planu postępowania awaryjnego oraz uruchomienia niezbędnych struktur, w tym sił i środków, zgodnie z planem postępowania awaryjnego. Zgodnie z wyjaśnieniami Komendanta Szpitala oraz Inspektora Ochrony Radiologicznej, w *Planie* nie można było umieścić wszystkich zadań z uwagi na brak stosownego rozporządzenia, które winno być wydane na podstawie art. 86i ust. 7 *Prawa atomowego*.

W Szpitalu – jak wyjaśnił Inspektor Ochrony Radiologicznej – odbywały się ćwiczenia awaryjne w celu przeglądu i aktualizacji zakładowego planu postępowania awaryjnego w formie odpraw-pogawędek, przypomnienia zespołom jak należy postępować. Ćwiczenia miały formę polemiki, z których nie prowadzono notatek. W badanym okresie w WSK nie doszło do zdarzenia radiacyjnego.

(akta kontroli str. 282-284, 562-570, 578, 588)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W wykazie stosowanych w Szpitalu rodzajów ostrych narzędzi, zawartych w *Raportach o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych*²⁹, wśród narzędzi posiadających rozwiązania chroniące przed zranieniem, nie uwzględniono cewników obwodowych, tępych nożyczek chirurgicznych i ostrzy chirurgicznych z trzonkiem, które faktycznie były w WSK stosowane. Było to niezgodne z § 11 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem

²⁸ Klinika Chirurgii Ogólnej, Klinika Chirurgii Urazowej i Traumatologii Narządu Ruchu, Klinika Kardiologii, Pracownia Elektrofizjologii, Pracownia Hemodynamiki, Klinika Neurochirurgii, Klinika Otolaryngologii, Chirurgia Głowy i Szyi, Kliniczny Oddział Urologiczny, Kliniczny Oddział Okulistyki, Kliniczny Oddział Dermatologiczno-Wenerologiczny, Kliniczny Oddział Ginekologii Onkologicznej i Prokreacji, Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Ośrodek Diagnostyki Obrazowej, Zintegrowany Blok Operacyjny, Poliklinika Stomatologiczna.

²⁹ Wszystkie sporządzane w Szpitalu *Raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych*, zawierały niezmienny wykaz stosowanych narzędzi ostrych.

na zranienie.

W związku z tym kierownik Sekcji BHP wyjaśnił, że Wydział Zaopatrzenia Medycznego oraz Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej ustalają zmienny katalog zakupu ostrych narzędzi.

(akta kontroli str. 225-226, 466-487, 520-560)

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że podniesione w wyjaśnieniach okoliczności nie zwalniają z obowiązku wykazywania wszystkich narzędzi ostrych w *Raportach*.

2. W Szpitalu nie przeprowadzano, nie rzadziej niż raz na dwa lata, udokumentowanych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji planów postępowania awaryjnego, co było niezgodne z art. 96 ust. 6 pkt 1 lit. b w zw. z art. 96 ust. 1 *Prawa atomowego*. Prowadzone w tym zakresie odprawy-pogawędki, przypomnienia zespołom jak mają postępować (informacja Inspektora Ochrony Radiologicznej) nie były wystarczające w kontekście ich celu, wskazanego w ww. przepisie, tj. przeglądu i aktualizacji planów postępowania awaryjnego.

W związku z tym Komendant Szpitala oraz Inspektor Ochrony Radiologicznej wyjaśnili, że odbyte szkolenia w formie odpraw – pogawędek, nie spełniały celu wskazanego w art. 96 ust. 1 *Prawa atomowego*, dlatego zostały zaplanowane ćwiczenia na okres od 30 listopada do 31 grudnia 2020 r.

(akta kontroli str. 282-284, 578, 588)

OCENA CZĄSTKOWA

W szpitalu prawidłowo opracowano i wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienie, rzetelnie prowadzono wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a koszty postępowań poekspozycyjnych ponosił w całości Szpital. Stwierdzone nieprawidłowości polegały na sporządzaniu *Raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych* – niezgodnie z § 11 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie* – bez uwzględnienia wszystkich stosowanych narzędzi ostrych oraz braku prowadzenia udokumentowanych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji planów postępowania awaryjnego.

IV. Uwagi i wnioski

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy *o NIK*, wnosi o:

1. Podjęcie działań organizacyjnych tak, aby posiedzenia Komisji BHP Szpitala odbywały się przynajmniej raz na kwartał, stosownie do art. 237¹³ § 2 *Kodeksu pracy*.
2. Przeprowadzanie przynajmniej raz na dwa lata ocen ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, zgodnie z § 3 rozporządzenia *w sprawie bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.
3. Dokonywanie oceny oraz wprowadzanie aktualizacji *Procedury używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej*, przed upływem dwóch lat od chwili jej wprowadzenia, tj. zgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia *w sprawie bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.
4. Objęcie pracowników Szpitala, zatrudnionych na stanowiskach związanych z narażeniem na zranienia, obowiązkowym szkoleniem przed objęciem przez

nich stanowisk, w zakresie zapobiegania narażeniu na zranienia, stosownie do wymogów wynikających z § 7 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.

5. Zaktualizowanie *Programu zapewnienia jakości i ochrony radiologicznej w pracowniach radiologicznych i izotopowych*, poprzez uwzględnienie w nim sposobu zabezpieczenia źródeł promieniotwórczych przed uszkodzeniem, kradzieżą i dostaniem się w ręce osób nieuprawnionych, stosownie do art. 7 ust. 2a pkt 3 *Prawa atomowego*.
6. Przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące:
 - a) występowanie do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o udostępnienie informacji z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych wcześniej przez tych pracowników, w związku z art. 22 ust. 1 *Prawa atomowego*,
 - b) przeprowadzanie szkoleń wstępnych pracowników z zakresu ochrony radiologicznej, w związku z art. 11 ust. 2 i 3 *Prawa atomowego* oraz § 22 ust. 1 pkt 9 i 10 rozporządzenia ws. *bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi*.
7. Uwzględnianie wszystkich rodzajów, stosowanych w Szpitalu, ostrych narzędzi, w *Raportach o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych*, stosownie do § 11 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.
8. Przeprowadzanie, nie rzadziej niż raz na dwa lata, ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji planów postępowania awaryjnego, zgodnie z art. 96 ust. 6 pkt 1 lit. b w zw. z art. 96 ust. 1 *Prawa atomowego*.

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 we Wrocławiu. 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.

Wrocław, grudnia 2020 r.

Kontroler
Miroslaw Perłowski
Główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu
p.o. Dyrektor
Marcin Kaliński

.....
podpis