

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 38/NHP/16

Bydgoszcz, dnia 21.04.2016 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez
Agnieszkę Sierosławską – asystenta Oddziału Nadzoru Środowiska Pracy - Nr upoważnienia – 79/K/2016 z
dnia 01.03.2016 r.

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego
w Bydgoszczy.

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej
Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1412), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia
14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski

tel. 54 2828012 fax 54 2828041
<http://www.szpital-aleksandrow.internetdsl.pl>
spzcal@poczta.onet.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Zespół Wyjazdowy Specjalistyczny, Zespół Transportu Sanitarnego, Dyspozytornia
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski

tel. 54 2828012 fax 54 2828041
<http://www.szpital-aleksandrow.internetdsl.pl>
spzcal@poczta.onet.pl

PKD 86-10 Opieka zdrowotna – Działalność szpitali
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ założycielski: Starostwo Powiatowe w Aleksandrowie Kujawskim
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))

.....
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP 8911530126 **REGON** 911 344 332 **PKD** 86 10Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Mariusz Trojanowski – Prezes Zarządu
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Katarzyna Jabłońska – specjalista ds. BHP i p.poż.
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **11.04.2016 r. godz. 8** ³⁵
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
24.03.2016 r.
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:
nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: **11.04.2016 r. godz. 11** ³⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli

Ocena realizacji ogólnych wymogów bezpieczeństwa i higieny pracy.
Ocena wymagań dla pomieszczeń i urządzeń higienicznosanitarnych.
Ocena działań w zakresie narażenia pracowników na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia w miejscu pracy.
Ocena warunków pracy pracowników zatrudnionych w Zespole oraz sprawdzenie przestrzegania zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 9 listopada 1995 r. (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 298).

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

Dokumentacja kontrolna
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*
nie dotyczy
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*
nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
 - Ocena ryzyka zawodowego
 - Zaświadczenia lekarskie
 - Zaświadczenia ze szkoleń bhp
 - Instrukcja BHP przy obsłudze komputera i drukarki
 - Wykaz przydziału ekwiwalentu na zakup odzieży roboczej pracownikom
 - Umowa zawarta z Gabinetem Lekarskim lek. Anna Niemiałowska –Bazała Choroby Wewnętrzne, Medycyna Pracy ul. Modrzewiowa 3 Aleksandrów Kujawski o świadczenia w zakresie medycyny pracy
 - Technika dezynfekcji rąk
 - Procedury
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Upoważnienie, karta charakterystyki
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/09, F/HP/11, F/HP/12. Ww. formularze są do wglądu w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy, ul. Kujawska 4 (bud. C, pok. 17 lub 21).

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

W dniu 11.04.2016 r. przeprowadzono kontrolę sanitarną w Zespole Wyjazdowym Specjalistycznym w Aleksandrowie Kujawskim ul. Słowackiego 18 należącego do Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski. Aktualnie wobec kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne w zakresie higieny pracy. W Zespole Wyjazdowym Specjalistycznym w Aleksandrowie Kujawskim łącznie zatrudnionych jest 22 pracowników (5 na kontrakcie), w tym 5 kobiet. Wszyscy pracownicy (ratownicy medyczni, kierownicy, lekarze, dyspozytorzy) pracują w systemie zmianowym. Łączna liczba pracowników zatrudnionych w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski to 391 osób (108 na kontrakcie). Do dyspozycji ratowników Zespołu Wyjazdowego Specjalistycznego Powiatowy Szpital zapewnia jedną karetkę „T” i jedną „S”.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

Dokonano oględzin stanowisk pracy oraz pomieszczeń higienicznosanitarnych przeznaczonych dla pracowników ww. placówki.

Budynek ZWS ul. Słowackiego 18 , 87-700 Aleksandrów Kujawski.

Zespół Wyjazdowy Specjalistyczny w Aleksandrowie Kujawskim stacjonuje w budynku wolnostojącym (2 kondygnacyjnym). Dokonano oględzin pomieszczeń higienicznosanitarnych przeznaczonych dla ratowników medycznych, lekarzy, kierowców i dyspozytorów. Na 1 piętrze pracodawca wydzielił pomieszczenie jadalni, szatni i toalety. Miejsce do spożywania posiłku wyposażono w stół, miejsca siedzące, fotele, kanapę, TV, zlewozmywak, mikrofalę, płytę indukcyjną, czajnik, kuchenkę elektryczną, lodówkę i szafki. Zapewniono oświetlenie naturalne i sztuczne oraz wentylację grawitacyjną. Przy stanowisku mycia rąk pracodawca zapewnił mydło i środki dezynfekcyjne Skinman Soft. Jego wyposażenie było właściwe do liczby zatrudnionych osób.

Skontrolowano stan sanitarny pomieszczeń do wypoczynku dla ratowników, kierowców i lekarzy. W dniu kontroli brak było dostępu do pomieszczenia wypoczynku lekarza. W pomieszczeniach znajdowała się dostateczna liczba indywidualnych szafek dla pracowników oraz TV, łóżka. Do dyspozycji pracowników pracodawca wydzielił stanowisko komputerowe. Stanowisko wyposażone zostało w instrukcję stanowiskową bhp przy obsłudze komputera i drukarki. Kontrolowane ww. pomieszczenie były ogrzewane, oświetlone światłem sztucznym i naturalnym oraz utrzymane w czystości. W ww. pomieszczeniach zapewniono wentylację grawitacyjną.

Skontrolowano także pomieszczenie higienicznosanitarne – toaletę (parter i 1 piętro). Ze względu na małą powierzchnię, toalety nie posiadały przedsionka izolującego. Pomieszczenia wyposażono w umywalkę z dopływem ciepłej i zimnej wody oraz w miskę ustępową. Dodatkowo ratownicy mają do dyspozycji jednostanowiskowy natrysk (1 piętro). Ściany i podłogi pomieszczeń wyłożono glazurą. Zapewniono środki higieny osobistej: ręczniki papierowe, papier toaletowy, mydło oraz środki do dezynfekcji rąk. Kontrolowane pomieszczenia były ogrzewane, oświetlone światłem sztucznym i naturalnym. W ww. pomieszczeniach zapewniono wentylację grawitacyjną.

W budynku na 1 piętrze znajdowało się pomieszczenie administracyjne - dyspozytornia. W pomieszczeniu pracy, w którym znajdowało się stanowisko wyposażone w monitor ekranowy zapewniono odpowiednie siedzisko. Dyspozytornia spełniała wymogi ergonomii. Pracownikom administracyjnym zapewniono szafki do przechowywania odzieży roboczej i własnej.

Stan kontrolowanych karetek nie budził zastrzeżeń. Pracownikom zapewniono pojemnik na odpady medyczne, sprzęt jednorazowy (strzykawki, rękawice, maseczki, fartuchy) oraz środki dezynfekcyjne (Skinman soft, Desprej).

Szkolenia BHP:

W dniu kontroli udostępniono dokumentację zawierającą aktualne zaświadczenia dotyczące szkoleń w dziedzinie bhp następujących pracowników:

. Szkolenia okresowe dla pracowników przeprowadzane są przez firmy zleczone przez Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim.

Badania lekarskie:

Przedstawiono umowę zawartą pomiędzy Powiatowym Szpitalem sp. z o.o. w Aleksandrowie Kujawskim a podmiotem leczniczym (Gabinetem Lekarskim) na wykonywanie świadczeń medycznych, tzn. wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych dla pracowników, a także profilaktyczna opieka zdrowotna nad pracownikami. Kontrolą objęto dokumentację 5 ww. pracowników. Stwierdzono, iż pracownicy posiadają zaświadczenia lekarskie wystawione przez lekarza med. potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na przedsiębiorstwie.

Apteczki:

Apteczka umiejscowiona została w jadalni. Zapewniono środki niezbędne do udzielania pierwszej pomocy, instrukcję udzielania 1-ej pomocy medycznej oraz wykaz osób przeszkolonych do udzielania 1-ej pomocy.

Substancje chemiczne i ich mieszaniny:

Podczas kontroli przedłożono aktualne karty charakterystyki substancji chemicznych i ich mieszanin oraz spis stosowanych środków do utrzymywania czystości i dezynfekcji. Chemikalia składowane są w zamkniętym i oznakowanym pomieszczeniu znajdującym się na parterze budynku. Magazyn chemiczny oznaczono znakiem ostrzegawczym. W pomieszczeniu zapewniono umywalkę z bieżącą wodą. Przy stanowisku mycia rąk wywieszono technikę mycia i dezynfekcji rąk. Pomieszczenie oświetlono światłem sztucznym oraz zapewniono wentylację grawitacyjną. Sprząatanie pomieszczeń Zespołu Wyjazdowego Specjalistycznego w Aleksandrowie Kujawskim wydzielono 1 pracownikowi Szpitala. W widocznym miejscu wywieszono zostały instrukcje bhp/stanowiskowe uwzględniające zagrożenia chemiczne i postępowanie z czynnikami chemicznymi i ich mieszaninami, instrukcję określającą ich sposób składowania i pakowania oraz procedurę postępowania z odpadami medycznymi. Ponadto przedłożono do wglądu opracowane instrukcje stanowiskowe bhp dotyczące stosowania każdej substancji chemicznej lub mieszaniny. Pracowników zapoznano z kartami charakterystyk substancji chemicznych i ich mieszanin. Ponadto środki dezynfekcyjne są przechowywane w ambulanсах ratowniczych.

Informację o zakazie palenia:

W dniu kontroli stwierdzono prawidłowe oznakowanie informujące o zakazie palenia na obszarze budynku ZWS w Aleksandrowie Kujawskim. W widocznych miejscach umieszczono odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych na terenie obiektu.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

Nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/nie dokonano wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**

.....

2. Wniesiono/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

.....

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

.....

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit. nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości.....słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna).....

5. Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

nie dotyczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się **

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

.....
 Specjalista ds. BHP i P/POŻ.
 Katarzyna Jabłonska
 mgr Katarzyna Jabłonska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Wojewódzka Stacja
 Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
 Oddział Nadzoru Środowiska Pracy
 Sierostawska
 asystent Agnieszka Sierostawska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 25.04.2016..... PRZEZ.....

Wojewódzki Szpital
 w Aleksandrowie Kujawskim
 Spółka z o.o.
 ul. Słowackiego 18

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

mgr Mariusz Trojanowski

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

nr F/HP/01 „Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu pracy”, F/HP/02 „Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy”, F/HP/03 Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki, F/HP/09- Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania czynników chemicznych i ich mieszanin, F/HP/11 Ocena karty charakterystyki substancji/mieszaniny, F/HP/12- Ocena oznakowania niebezpiecznej substancji/mieszaniny.

(nazwa/nr)

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego..

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

