

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 53/NHK/2013

Bydgoszcz, 30 października 2013r.  
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Krystynę Kwaśniewską – asystenta Oddziału Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi, Elżbietę Budziak – asystenta Oddziału Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi, Różę Milewską – młodszego asystenta Oddziału Nadzoru Przeciwpidemicznego, Annę Szaulewicz – asystenta Oddziału Nadzoru Przeciwpidemicznego, Annę Krakowską – młodszego asystenta Oddziału Prewencji Chorób Zawodowych, Aleksandrę Cegłowską – młodszego asystenta Oddziału Prewencji Chorób Zawodowych - Nr upoważnienia - 80/2013

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracowników upoważnionych przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2013r. poz. 267).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

**I.1. Zakład/obiekt kontrolowany:** (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.  
ul. Słowackiego 18  
87-700 Aleksandrów Kujawski  
tel. (54) 282 80 01; fax (54) 282 80 02

**I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**

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

Organ założycielski: Starostwo Powiatowe w Aleksandrowie Kujawskim

(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)

**I.3. NIP 891-153-01-26 REGON 911344332 PKD 86-10 Z**

**I.4. Kierujący zakładem/obiektom kontrolowanym:** (imię i nazwisko, stanowisko)

Mariusz Trojanowski – Prezes Zarządu

**I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę\***

(imię i nazwisko, stanowisko)

Anita Bolewicka – Kierownik ds. Administracyjno-Organizacyjnych

Barbara Muszyńska – Naczelną Pielęgniarką

Katarzyna Jabłońska – Specjalista ds. BHP

Beata Rusek – Pielęgniarka Epidemiologiczna

**I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę\*** (imię i nazwisko, ewentualnie adres):  
nie dotyczy

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 24 października 2013r. godz. 9<sup>00</sup>  
25 października 2013r. godz. 9<sup>00</sup>

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:**

- przestrzeganie wymagań higienicznych i zdrowotnych w obszarze utrzymania czystości, postępowania z bielizną i odpadami, ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych, bieżącego stanu sanitarno-technicznego na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym oraz ocena sanitarna zaplecza szpitala,

- sprawdzenie wykonania obowiązków zawartych w decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 229/2012 z dnia 6 lipca 2012r., zm. decyzją Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 260/2013 z dnia 11 lipca 2013r.,
- ocena przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego na oddziałach szpitalnych: Noworodkowym, Wewnętrznym, Rehabilitacyjnym, Pediatrycznym, w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, w Sterylizatorni szpitala, Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej, realizacja szczepień ochronnych na Oddziale Noworodkowym oraz działalność zespołu kontroli zakażeń szpitalnych w szpitalu,
- ocena realizacji ogólnych wymogów bezpieczeństwa i higieny pracy, ocena wymagań dla pomieszczeń higienicznosanitarnych, ocena działań w zakresie narażenia pracowników na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia w miejscu pracy, ocena warunków pracy pracowników zatrudnionych w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. oraz ocena produktów biobójczych,
- przestrzeganie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 9 listopada 1995r. (Dz. U z 1996r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.).

### III. WYNIKI KONTROLI:

**III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie** *(stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):* KRS 0000199929

Obecnie toczy się wobec kontrolowanego obiektu postępowanie administracyjne przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej – aktualna jest decyzja Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego Nr 229/2012 z dnia 6 lipca 2012r., zm. decyzją Nr 260/2013 z dnia 11 lipca 2013r.

Zgodnie z oświadczeniem dyrekcji podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne przed innymi organami administracji publicznej.

#### Stan faktyczny obiektu

1. Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. zlokalizowany jest przy ul. Słowackiego 18. W strukturze placówki znajduje się 238 łóżkowy szpital z 8 oddziałami: 40-łóżkowy Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, 4-łóżkowy Oddział Intensywnej Terapii, 47-łóżkowy Oddział Wewnętrzny z Intensywną Opieką Kardiologiczną, 27-łóżkowy, Oddział Ginekologiczno-Położniczy, 38-łóżkowy Oddział Pediatryczno-Neonatologiczny, 20-łóżkowy Oddział Rehabilitacyjny, 32-łóżkowy Oddział Psychiatryczny i 30-łóżkowy Zakład Opiekuńczo-Leczniczny, Izba Przyjęć, Poradnie Specjalistyczne, Pracownie i inne.
2. Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. posiada pozytywnie zaopiniowany przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy program dostosowania szpitala do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r. poz. 739) – decyzja nr 477/2012 z dnia 21.12.2012r wraz z aneksem do programu – decyzja nr 405/2013 z dnia 18.10.2013r.
3. Szpital posiada opracowane procedury higieniczno-sanitarne, weryfikowane i aktualizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Na oddziałach są one dostępne dla pracowników w formie papierowej.
4. W placówce utrzymaniem czystości oraz transportem wewnętrznym zajmuje się personel pomocniczy placówki.
5. Obiekt zaopatrzone jest w instalację: wodociągową, ciepłej wody, grzewczą, elektryczną, kanalizacyjną, wentylacyjną.

6. Główny budynek szpitala zaopatrywany jest w wodę do spożycia z ujęcia własnego, opartego na studni głębinowej, natomiast pozostałe budynki zaopatrywane są w wodę do spożycia z wodociągu publicznego w Aleksandrowie Kujawskim.
7. Nieczystości płynne odprowadzane są do miejskiej sieci kanalizacyjnej.
8. Obiekt zaopatrywany jest w ciepłą wodę i ciepło z własnej kotłowni olejowej.
9. W placówce prowadzony jest monitoring bytowania gryzoni (zgodnie z procedurą zwalczania gryzoni w szpitalu) i wykonywane są w miarę zaistniałych potrzeb zabiegi DDD. Zabiegi te wykonuje pracownik szpitala, odnotowując każdorazowo przeprowadzoną wizję i zastosowane środki.
10. W szpitalu przeważa system wentylacji grawitacyjnej, natomiast w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych zamontowana jest wentylacja mechaniczna.
11. Kontrolę i oględziny przewodów kominowych i wentylacyjnych wykonano 11.02.2013 r. w ramach kontroli okresowej obiektu, którą przeprowadziła firma „Norkowski Budownictwo” Macieja Norkowskiego z Aleksandrowa Kujawskiego.

#### Skontrolowano:

1. 27 łóżkowy Oddział Ginekologiczno-Położniczy mieszczący się na parterze i II piętrze budynku szpitalnego i dzieli się na dwa odcinki:  
Odcinek Położniczy (12 łóżek) mieści się na parterze i urządzony jest w systemie „matka z dzieckiem” składa się z następujących pomieszczeń: izby przyjęć pacjentek, 8 sal chorych (2 sale jednołóżkowe, przy czym jedna z węzłem sanitarnym, 2 sale dwułożkowe, 2 sale trzyłożkowe, przy czym jedna z węzłem sanitarnym), gabinetu diagnostyczno-zabiegowego, kącika odwiedzin, magazynu bielizny czystej, brudownika, pomieszczenia porządkowego, pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla pacjentek.  
Do Odcinka Położniczego należy Zespół Porodowy, w skład którego wchodzi: jednołóżkowa sala przedporodowa z węzłem sanitarnym, sala cięć cesarskich, pomieszczenie-myjnia trzystanowiskowa, sala porodowa dwustanowiskowa, sala obserwacji pacjentki, sala pooperacyjna.  
Odcinek Ginekologiczny (15 łóżek) mieści się na II piętrze budynku szpitalnego, w jego skład wchodzi: sale chorych ( 4 sale trzyłożkowe, 1 sala dwułożkowa, 1 sala jednołóżkowa), gabinet zabiegowy, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, dyżurka położnych, pokój rekreacyjny dla pacjentek, pomieszczenie porządkowe, brudownik, magazyn bielizny czystej, pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentek.
2. 30 łóżkowy Zakład Opiekuńczo-Lecznicy zlokalizowany w odrębnym budynku na II piętrze, w skład którego wchodzi następujące pomieszczenia: 11 sal chorych (6 sal trzyłożkowych, 4 sale dwułożkowe, 1 sala czterłożkowa), gabinet zabiegowy, dyżurka pielęgniarek, świetlica, sala ćwiczeń, magazyn na pampersy, magazyn bielizny czystej, brudownik, pomieszczenie porządkowe, gabinet lekarza psychologa, 3 pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów.

#### Ocena sanitarna zaplecza szpitalnego

1. Skontrolowano: pomieszczenie do magazynowania odpadów medycznych, miejsce gromadzenia odpadów komunalnych, prosektorium, pomieszczenie Pro Morte, miejsce mycia i dezynfekcji wózków do transportu wewnętrznego, miejsce mycia i dezynfekcji wózków do transportu odpadów medycznych, pomieszczenia pralni szpitalnej.
2. Pomieszczenie do magazynowania odpadów medycznych znajduje się w wydzielonej części budynku „L” (Prosektorium). Posiada ono niezależne wejście i jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych. Pomieszczenie posiada podłogę i ściany z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, wentylację grawitacyjną, a odpady magazynowane są w szczelnie zamykanych kontenerach, oznakowanych w zależności od rodzaju magazynowanych odpadów medycznych. Odpady o kodzie 18 01 03 magazynowane są w 3 kontenerach o pojemności 1100 l., odpady o kodzie 18 01 02 magazynowane są

- w lodówce, natomiast odpady o kodach 18 01 01 i 18 01 06, ze względu na ich niedużą ilość, gromadzone w niewielkich kontenerach w wydzielonym miejscu. W pomieszczeniu prowadzony jest monitoring temperatury (w dniu kontroli temperatura wynosiła 14°C). Do pomieszczenia magazynowania odpadów medycznych prowadzi przedsionek, w którym znajduje się umywalka z ciepłą i zimną wodą, wyposażona w dozownik z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku. Stan sanitarno-techniczny pomieszczeń w dniu kontroli właściwy.
3. Odpady komunalne niesegregowane gromadzone są aktualnie w 2 kontenerach typu KP-7, natomiast surowce wtórne w 3 kontenerach o pojemności 1100 l. (plastik, szkło, papier) usytuowanych na utwardzonej powierzchni. Stan sanitarno-porządkowy miejsca gromadzenia odpadów i sanitarno-techniczny kontenerów był prawidłowy. Placówka ma podpisaną umowę na odbiór odpadów komunalnych z firmą posiadającą wymagane w tym zakresie zezwolenie (Komunalne Przedsiębiorstwo Użyteczności Publicznej „EKOCIECH” Sp. z o.o.). Odbiór odpadów odbywa się raz w tygodniu.
  4. Prosektorium szpitalne zlokalizowane jest w wydzielonym budynku – L. W jego skład wchodzi następujące pomieszczenia: sala sekcyjna – 2 stanowiskowa, przedsionek sali sekcyjnej, pomieszczenie z chłodniami (jedna chłodnia, przeznaczona na 3 ciała oraz druga, przeznaczona na 1 ciało), pomieszczenie socjalne, sala wydawania zwłok. Do transportu zwłok na terenie szpitala używany jest jeden wózek zamknięty, natomiast w prosektorium dodatkowo znajdują się 4 wózki do ich przechowywania. Stan sanitarno-techniczny i porządkowy pomieszczeń oraz wózków do transportu zwłok był właściwy.
  5. Szpital posiada pomieszczenie Pro Morte, zlokalizowane na 2 piętrze, na Oddziale Wewnętrzny – odcinku A (2 piętro).
  6. Dezynfekcja i mycie wózka do transportu odpadów medycznych oraz pojemników wielokrotnego użycia odbywa się w specjalnie do tego wyznaczonym pomieszczeniu, w piwnicy budynku głównego. Pomieszczenie to posiada ściany i podłogę wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych, umożliwiających dezynfekcję, dostęp do bieżącej wody oraz kratkę spustową w posadzce.
  7. Mycie i dezynfekcja wózków transportowych (pozostałych) odbywa się w specjalnie do tego przeznaczonym pomieszczeniu porządkowym, znajdującym się w piwnicy budynku K (pralni). Pomieszczenie to posiada ściany i podłogę o powierzchni łatwozmywalnej, wąż ze złączką, kratkę spustową w posadzce i jest podzielone na część w której odbywa się dezynfekcja i mycie środków transportu oraz część suszenia wózków.
  8. W szpitalu dodatkowo wyznaczone jest pomieszczenie do przechowywania wszystkich czystych środków transportu wewnętrznego, zlokalizowane w piwnicy budynku głównego.
  9. Placówka posiada własną pralnię z barierą higieniczną, która składa się z następujących pomieszczeń:
    - po stronie brudnej: magazynu bielizny brudnej, właściwego pomieszczenia do prania z 2 pralnicami przelotowymi przeznaczonymi do prania bielizny położniczo-noworodkowej i ogólnoszpitalnej oraz 3 pralkami automatycznymi (do prania rzeczy osobistych dla oddziału psychiatrycznego i ZOL, prania odzieży ochronnej pracowników oraz do prania mopów), służy z umywalką i toaletą. Pomieszczenia posiadają podłogę i ściany o powierzchni umożliwiającej ich mycie i dezynfekcję.
    - po stronie czystej: pomieszczenia wyładunku bielizny czystej z pralni, w którym dodatkowo znajdują się suszarki automatyczne i maglownice, pomieszczenia do prasowania, magazynu bielizny czystej, magazynu bielizny zapasowej. Pomieszczenia posiadają podłogę i ściany o powierzchni umożliwiającej ich mycie i dezynfekcję. W magazynie bielizny czystej umieszczone są regały, na których układana jest bielizna czysta, zabezpieczona przed jej wtórnym zanieczyszczeniem.
- W dniu kontroli bieżący stan sanitarny pomieszczeń pralni nie budził zastrzeżeń.

**Postępowanie z bielizną w placówce**

1. Personel pomocniczy placówki dostarcza bieliznę czystą i zabiera bieliznę brudną raz dziennie lub w miarę potrzeb do i z oddziałów. Bielizna czysta, odpowiednio zabezpieczona, pobrana z magazynu bielizny czystej pralni jest magazynowana w pomieszczeniach do tego przeznaczonych na oddziałach (magazyny bielizny czystej).
  2. Transport wewnętrzny bielizny w podmiocie leczniczym odbywa się przy użyciu wózków o zamkniętej przestrzeni ładunkowej.
  3. Szpital pobiera wymazy czystościowe z bielizny czystej, przynajmniej 1 raz w miesiącu.
  4. Szpital posiada procedury postępowania: z bielizną szpitalną, z bielizną pacjentów z Oddziału Psychiatrycznego i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, z bielizną w prosektorium, z bielizną w Dziale Pomocy Doraźnej.
  5. Na oddziałach bielizna czysta przechowywana jest zgodnie z asortymentem. Każdy oddział posiada zapas bielizny, przeważnie dwuzmianowy na łóżko na dobę. W przypadku Odcinka Położniczego Oddziału Ginekologiczno-Położniczego jest to zapas czterozmianowy na łóżko na dobę.
  6. Na oddziałach pościel zmieniana jest przy łóżku chorego i wkładana bezpośrednio do worków umieszczonych na stelażach. Zmiana pościeli odbywa się codziennie i w razie potrzeb. Dodatkowo stosowana jest kolorystyka worków: m.in. do bielizny skażonej materiałem biologicznym - worek koloru czerwonego, do bielizny ogólnoszpitalnej - worek koloru niebieskiego. Poduszki, koce, kołdry oddawane są do prania i dezynfekcji po zakończonej hospitalizacji każdego pacjenta, po zgonie pacjenta lub w zależności od potrzeb. Materace są dezynfekowane po hospitalizacji każdego pacjenta, po zgonie pacjenta lub w miarę potrzeb.
  7. Stelaże z odpowiednio opisanymi workami z bielizną brudną są tymczasowo magazynowane w brudownikach, stamtąd worki z brudną bielizną są transportowane do magazynu bielizny brudnej pralni szpitalnej.
  8. Wszyscy pracownicy są przeszkoleni w zakresie stosowania opracowanych procedur.
- Postępowanie z bielizną szpitalną podczas kontroli było prawidłowe.

**Postępowanie z odpadami ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych w placówce**

1. Szpital posiada aktualną decyzję Starosty Aleksandrowskiego na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne z dnia 11.08.2004r. znak: GR/GŚ.7651-26/2/04. Odpady medyczne odbierane są przez firmę zewnętrzną posiadającą odpowiednie zezwolenie na ich odbiór, transport i unieszkodliwianie (EMKA S.A. z Żyrardowa). Odbiór odpadów o kodzie 18 01 03 odbywa się 2 razy w tygodniu, a o kodzie 18 01 02 – 1 raz w tygodniu, o czym świadczą sprawdzone podczas kontroli karty przekazania odpadów. Czas przechowywania odpadów o kodzie 18 01 02 był niezgodny z obowiązującymi aktualnie przepisami, bowiem przekraczał 72 godziny.
2. W placówce opracowane są i wdrożone procedura postępowania z odpadami oraz procedura postępowania z odpadami medycznymi.
3. Na oddziałach pojemniki wyłożone są workami o odpowiedniej kolorystyce. Segregacja odpadów w miejscu wytwarzania jest prawidłowa. Pojemniki na ostre odpady medyczne o kodzie 18 01 03 w gabinetach zabiegowych są odpowiednio opisane i o odpowiednim kodzie kolorystycznym.
4. Worki z odpadami medycznymi, odpowiednio opisane są tymczasowo gromadzone w brudownikach i następnie zabierane przez personel pomocniczy o określonej godzinie i transportowane (dwa razy na dobę i w razie potrzeb) bezpośrednio do magazynu odpadów medycznych, gdzie są tymczasowo gromadzone, a następnie odbierane przez w/w firmę zewnętrzną. Do transportu wewnętrznego odpadów medycznych używa się zamkniętych wózków transportowych.
5. Odpady komunalne w workach o odpowiedniej kolorystyce, podobnie jak odpady medyczne, z oddziałów są zabierane przez personel pomocniczy (dwa razy na dobę i w razie potrzeb) i umieszczane w kontenerach usytuowanych na zewnątrz obiektu.

W trakcie kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami.

### **Utrzymanie czystości w oddziałach**

1. W jednostce opracowany jest Plan Higieny z podziałem na strefy, oraz stosowne procedury.
  2. Sprzątaniem na oddziałach zajmuje się personel pomocniczy.
  3. Do sprzątania oddziałów używane są profesjonalne wózki serwisowe. Każdy oddział posiada swój wózek serwisowy. Przy sprzątaniu obowiązuje zasada używania mopów: 1 mop na 1 salę. Na oddziałach była wystarczająca ilość mopów zapasowych. Mopy były odpowiednio opisane i przydzielone do poszczególnych oddziałów.
  4. Ponadto do utrzymania czystości używa się ściereczek o zróżnicowanej kolorystyce: niebieskiej (umywalki i powierzchnie wokół), pomarańczowe (pozostałe „czyste” powierzchnie sprzętów, szafek), czerwonej (WC, brudowniki, pojemniki na odpady).
  5. Sprzątanie i dezynfekcja powierzchni odbywa się na ogół dwa razy na dobę lub w miarę potrzeb.  
W użyciu są następujące środki dezynfekcyjne: Incidin Plus 2%, Medicarline 1,8%, Virufen 0,5%, Desprej, Actichlor granules.
  6. Sprzęt do utrzymania czystości znajduje się w pomieszczeniach porządkowych.
  7. Środki czystościowe i dezynfekcyjne przechowywane są w wydzielonych szafkach, w pomieszczeniach porządkowych.
  8. Brudne mopy, w opisanych workach, składowane są tymczasowo w brudownikach, skąd trafiają do magazynu bielizny brudnej pralni.
- Nie stwierdzono nieprawidłowości w utrzymaniu czystości podczas kontroli.

### **Bieżący stan sanitarno-techniczny pomieszczeń**

Kwestionowano bieżący stan sanitarno-techniczny pomieszczeń i wyposażenia skontrolowanych oddziałów i zaplecza szpitala.

Podczas kontroli dokonano pomiaru temperatury wody ciepłej w łazienkach ogólnodostępnych, pod kątem zabezpieczenia wewnętrznej sieci wodociągowej przed skażeniem bakteriami Legionella sp., uzyskując następujące wyniki:

- 1 piętro, Oddział Chirurgii, łazienka damska (nr 20) – 50°C,
- 2 piętro, Oddział Wewnętrzny B, łazienka męska – 53°C,
- 3 piętro, Oddział Rehabilitacji, łazienka damska – 51°C.

### **Ocena przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego**

Kontrolę przeprowadzono w oddziałach szpitalnych: Noworodkowym, Wewnętrznym, Rehabilitacyjnym, Pediatrycznym, w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznym, w Punkcie Sterylizacji i w Specjalistycznej Przychodni Przychodni. Sprawdzone wykonanie szczepień ochronnych na Oddziale Noworodkowym oraz działalność zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

W placówce są opracowane i wdrożone procedury higieniczno-sanitarne. Oceniono ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych. Prowadzona jest kontrola wewnętrzna w zakresie przestrzegania procedur, według harmonogramu kontroli wewnętrznej. Ostatnie protokoły z kontroli na oddziałach: Noworodkowym - z dnia 07.08.2013 r. - sprawdzono przestrzeganie procedur higienicznego mycia rąk, stosowania środków ochrony osobistej, przestrzegania zasad podczas wykonywania wkłuc dożylnych; Wewnętrznym – z dnia 07.08.2013 r. – sprawdzono sposób postępowania z odpadami medycznymi, przeprowadzania dezynfekcji powierzchni dotykowej i bezdotykowej; Rehabilitacyjnym, Pediatrycznym – z dnia 08.05.2013 r. - sprawdzono przestrzeganie procedur higienicznego mycia rąk, stosowania środków ochrony osobistej, przestrzegania zasad podczas wykonywania wkłuc dożylnych; Zakładzie Opiekuńczo - Lecznym – z dnia 08.05.2013 r. - sprawdzono sposób postępowania z odpadami

medycznymi, przeprowadzania dezynfekcji powierzchni dotykowej i bezdotykowej; w Punkcie sterylizacji – z dnia 24.07.2013 r. – sprawdzono zachowanie kolejnych etapów podczas przygotowania do sterylizacji narzędzi z sal operacyjnych i prawidłowości stosowania opakowań do pakietowania narzędzi, przeznaczonych do sterylizacji oraz w Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej - z dnia 08.05.2013 r. - sprawdzono sposób postępowania z odpadami medycznymi, przeprowadzania dezynfekcji powierzchni dotykowej i bezdotykowej.

W zakładzie stosowane są narzędzia jednorazowego i wielorazowego użytku. Sterylizacja narzędzi odbywa się w Punkcie sterylizacji - na Bloku Operacyjnym. Punkt sterylizacji zajmuje pomieszczenie połączone 2 okienkami podawczymi z salami operacyjnymi. Wyposażony jest w 2 autoklawy nieprzelotowe : SMS (1994) – ostatni przegląd techniczny z dnia 03.10.2013 r. i Belimed (2009) – ostatni przegląd techniczny z dnia 13.10.2013 r. Dezynfekcja narzędzi, mycie, suszenie i pakowanie (w torebki papierowo – foliowe samoprzylepne i papier krepowany biały i zielony) odbywa się w gabinetach zabiegowych na oddziałach i Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej. Zapakietowane narzędzia są transportowane do sterylizacji w przeznaczonych do tego kontenerach. Pakiety z jałowym sprzętem, przechowywane są w szafach, w salach operacyjnych i w gabinetach zabiegowych, zarówno szpitala jak i przychodni. Są opatrzone datami sterylizacji i aktualnymi datami ważności.

W szpitalu i Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej stosowane są środki dezynfekcyjne: do narzędzi - Stabimed, do powierzchni - Incidin Plus, Desprej, Virufen, do powierzchni zanieczyszczonej materiałem biologicznym – Medicarine, Promanum N – do rąk, Softasept – do skóry. Stężone środki dezynfekcyjne przechowywane są w zamykanych na klucz szafach.

W gabinetach zabiegowych na oddziałach szpitalnych oraz w Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej są wydzielone stanowiska do higienicznego mycia rąk, wyposażone w ciepłą i zimną wodę, podajniki z ręcznikami jednorazowego użytku, dozowniki do mydła w płynie i środka dezynfekcyjnego do rąk oraz pojemniki na zużyte ręczniki.

Stosowane są środki ochrony osobistej: fartuchy, rękawice, maseczki higieniczne - w wystarczającej ilości do potrzeb (z relacji personelu).

Szczepienia ochronne na Oddziale Noworodkowym prowadzone są przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje. Gospodarka szczepionkami jest prawidłowa. Dokumentacja szczepienna prowadzona jest prawidłowo. Od 01.01.2013 r. nie zaszczepiono p/gruźlicy 1 noworodka z powodu wcześniactwa - z niską wagą urodzeniową 1320 g (noworodek został przetransportowany do ośrodka o wyższej referencyjności do szpitala w Toruniu)

Prowadzony jest całodobowy monitoring pracy urządzenia chłodniczego, w którym przechowywane są szczepionki. Sporządzona jest procedura postępowania ze szczepionkami w sytuacji awarii urządzenia chłodniczego (szczepionki przenoszone są do innej lodówki na oddziale, podłączonej do zasilania awaryjnego).

W szpitalu został powołany zespół i komitet kontroli zakażeń szpitalnych (zarządzeniem Nr 2 z dnia 30.01.2012 r.)

Choroby zakaźne zgłaszają lekarze z oddziałów. Stosowane są prawidłowe druki zgłoszeń. Przypomniano o obowiązku zgłaszania ostrych porażek wiotkich, gruźlicy i chorób przenoszonych drogą płciową.

W trakcie kontroli sporządzono formularze: F/EP/06, F/EP/07, F/EP/09, F/EP/10, F/EP/14 x 5 z treścią, których strona została zapoznana. Formularze są do wglądu w siedzibie WSSE w Bydgoszczy, w Oddziale Nadzoru Przeciwepidemicznego.

### **Ocena przestrzegania zasad BHP**

Podczas kontroli sanitarnej przeprowadzonej w dniach 24-25 października 2013 r. w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. skontrolowano stanowiska pracy oraz stan pomieszczeń higienicznosanitarnych (jadalnie, szatnie, toalety) na oddziale ginekologiczno-położniczym, rehabilitacji, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym oraz w dziale administracji, sterylizatorni, aptece, pralni oraz zespole poradni specjalistycznych.

W Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. zatrudnionych jest ogółem 334 pracowników (w tym 247 kobiet oraz 35 osób niepełnosprawnych), z czego 291 osób na podstawie umowy o pracę. W porze nocnej zatrudnionych jest 183 pracowników. Szpital nie zatrudnia osób młodocianych.

#### Pomieszczenia higienicznosanitarne:

Kontrolą objęto pomieszczenia higienicznosanitarne przeznaczone dla pracowników Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. We wszystkich skontrolowanych pomieszczeniach zapewniono ogrzewanie, oświetlenie i wentylację (z wyjątkiem toalety w zespole poradni specjalistycznych). Ponadto stan higieniczno-sanitarny ww. pomieszczeń był bez zarzutu (z wyjątkiem toalety w zespole poradni specjalistycznych). Pracownicy oddziału ginekologiczno-położniczego mają do dyspozycji jadalnię, która mieści się na terenie oddziału położniczego (parter). Ww. jadalnia przeznaczona jest wyłącznie dla pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych i wyposażona jest w stół, krzesła, umywalkę ze środkami czystości i higieny osobistej, szafki, zlewozmywak dwukomorowy. Przed wejściem do jadalni znajdowało się pomieszczenie izolujące wyposażone w umywalkę. Pracodawca nie zagwarantował każdemu pracownikowi indywidualnej, zamykanej szafki przeznaczonej do przechowywania w higienicznych warunkach posiłku własnego pracownika. Toaleta dla pracowników oddziału położniczego wyposażona jest w 2 umywalki ze środkami czystości i higieny osobistej, natrysk z osłoną i podestem oraz ustęp. Obok sanitariatu znajduje się szatnia dla pracowników wyposażona w indywidualne dwudzielne szafki przeznaczone do przechowywania odzieży własnej i roboczej oraz stolik i krzesła. Na oddziale ginekologicznym mieszczącym się na drugim piętrze budynku szpitala znajduje się toaleta dla pracowników, którą wyposażono w ustęp, natrysk z osłoną i podestem, umywalkę ze środkami czystości i higieny osobistej oraz szatnia, w której znajdowały się szafki do przechowywania odzieży własnej i roboczej pracownika (po 2 szafki dla każdego pracownika) oraz siedziska. Pracownicy zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz poradni specjalistycznych mają do dyspozycji jadalnię mieszczącą się w piwnicy drugiego z kontrolowanych budynków. Ww. jadalnia wyposażona została w stoliki, krzesła, zlewozmywak dwukomorowy, umywalkę ze środkami czystości i higieny osobistej, szafki oraz czajnik. Pracodawca nie zagwarantował każdemu pracownikowi indywidualnej, zamykanej szafki przeznaczonej do przechowywania w higienicznych warunkach posiłku własnego pracownika. Przed wejściem do jadalni znajduje się pomieszczenie izolujące wyposażone w umywalkę ze środkami czystości i higieny osobistej. W piwnicy budynku poradni specjalistycznych mieści się szatnia (przeznaczona dla pracowników zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz poradni specjalistycznych), w której znajdują się indywidualne dwudzielne szafki na odzież oraz siedziska. Przy ww. szatni znajduje się toaleta wyposażona w umywalkę, ustęp oraz natrysk (bez osłony). Na terenie zakładu opiekuńczo-leczniczego dodatkowo znajduje się sanitariat przeznaczony dla pracowników, który wyposażono w umywalkę ze środkami czystości i higieny osobistej oraz ustęp. W zespole poradni specjalistycznych mieści się toaleta dla personelu, którą wyposażono w ustęp i umywalkę ze środkami czystości i higieny osobistej. W dniu kontroli na suficie ww. sanitariatu stwierdzono zaciek oraz zagrzybienie. Pracownicy sterylizatorni korzystają z pomieszczeń higienicznosanitarnych mieszczących się na terenie bloku operacyjnego tj. toalety wyposażonej w 2 umywalki, natrysk (bez osłony) oraz ustęp, szatni wyposażonej w szafki na odzież (po 2 szafki dla każdego pracownika) i siedziska oraz jadalni wyposażona w zlewozmywak, umywalkę, krzesła, stolik i szafki. Pracodawca nie zagwarantował każdemu pracownikowi indywidualnej, zamykanej szafki przeznaczonej do przechowywania w higienicznych warunkach posiłku własnego pracownika. Pracownicy działu administracji mają do dyspozycji 3 toalety (2 męskie oraz 1 damską). Toalety wyposażono w umywalki ze środkami czystości i środkami higieny osobistej oraz ustępy. W wejściowym pomieszczeniu izolującym (w toalecie damskiej) zainstalowano dodatkowo umywalkę oraz zlewozmywak. Personel oddziału rehabilitacji korzysta z toalety wyposażonej w ustęp, umywalkę ze środkami czystości i higieny osobistej oraz natrysk z osłoną. Pomieszczenie socjalne dla pracowników apteki wyposażono w szafy na odzież, stolik, fotele, krzesła i czajnik.

Pracownicy korzystają z umywalki mieszczącej się w sąsiednim pomieszczeniu. Nie zapewniono zlewozmywaka dwukomorowego. Sanitariat dla pracowników apteki wyposażono w ustęp i umywalkę. Pracownicy pralni korzystają z toalety wyposażonej w umywalkę i ustęp oraz sanitariatu (wyposażonego w natrysk z osłoną i podestem, 2 ustępy oraz umywalkę ze środkami czystości i higieny osobistej) mieszczącego się w sąsiedztwie szatni. W ww. szatni znajdują się szafy na odzież, stolik i siedziska.

#### Pomieszczenia pracy:

Kontrolą objęto pomieszczenia pracy mieszczące się w budynkach należących do Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o. tj.: dyżurki i gabinety zabiegowe skontrolowanych oddziałów, gabinet zabiegowy i rejestrację poradni specjalistycznych, sekretariat oddziału ginekologiczno-położniczego, sterylizatornię, pomieszczenia pralni, apteki oraz działu administracji (pomieszczenie specjalisty ds. bhp, dział statystyki, gabinet kierownika działu statystyki, kasę, dział księgowości, dział administracyjno-organizacyjny, sekretariat, pomieszczenie informatyka, dział kadr). Wszystkie ww. pomieszczenia utrzymane były w czystości oraz były ogrzewane i oświetlone. Brak wentylacji stwierdzono we wszystkich pomieszczeniach pracy działu administracji. Pomieszczenia pracy, w których znajdowały się stanowiska wyposażone w monitory ekranowe wyposażono w odpowiednie siedziska. Wszystkie urządzenia biurowe (monitory ekranowe, drukarki, kserokopiarki) wyposażono w instrukcje bhp. Gabinety zabiegowe oddziału ginekologiczno-położniczego, zakładu opiekuńczo-leczniczego, rehabilitacji oraz zespołu poradni specjalistycznych oznakowano znakiem informującym o zagrożeniu biologicznym i wyposażono w umywalki i środki ochrony indywidualnej (jednorazowe fartuchy, maseczki i rękawiczki), które umieszczono w oznakowanym miejscu (oznakowanie uzupełnione w trakcie kontroli). W dyżurkach na skontrolowanych oddziałach znajdowały się stanowiska pracy biurowej oraz szafy i kanapy. W aptece skontrolowano następujące pomieszczenia pracy: stanowisko do wpisywania recept, zmywalnia, pomieszczenie receptury. Przy wszystkich urządzeniach, tj. komputer, drukarka, suszarka, destylator, wagi wywieszono instrukcję bezpiecznego użytkowania. Pomieszczenia pracy w pralni podzielono na część czystą oraz brudną. W części czystej znajdowały się: suszarki, magły, prasa oraz umywalka zaopatrzona w środki czystości i higieny osobistej, natomiast w części brudnej umieszczono pralnice i autoklawy. Przy wszystkich ww. urządzeniach wywieszono instrukcje bezpiecznego użytkowania. W rejestracji zespołu poradni specjalistycznych oraz sekretariacie oddziału ginekologiczno-położniczego (parter) znajdowały się stanowiska komputerowe, szafy oraz urządzenia biurowe. Sterylizatornia Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o. znajduje się na terenie bloku operacyjnego i w jej skład wchodzi pomieszczenie, w którym wydzielono część czystą i brudną. Pracownik zatrudniony w sterylizatorni korzysta z dwukomorowego zlewozmywaka (jedna komora przeznaczona do mycia rąk, druga do mycia wstępnie zdezynfekowanych narzędzi). Przy zlewozmywaku znajdują się środki ochrony indywidualnej, środki czystości, higieny osobistej i dezynfekcyjne.

#### Szkolenie w zakresie BHP:

W dniu kontroli udostępniono dokumentację zawierającą zaświadczenia dotyczące szkoleń wstępnych i okresowych w zakresie bhp pracowników: [REDAKTURA] st. technik analityki medycznej), [REDAKTURA] (st. asystent – lekarz), [REDAKTURA] (st. pielęgniarka), [REDAKTURA] (robotnik budowlany) oraz [REDAKTURA] (referent).

#### Badania lekarskie:

Stwierdzono, że ww. pracownicy posiadają aktualne zaświadczenia lekarskie wystawione przez lek. med. Annę Niemiałtowską-Bazała, lek. med. Bogusławę Kędziorską oraz lek. Andrzeja Liesius stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku.

W dniu kontroli pracodawca przedstawił rejestr zachorowań na choroby zawodowe i podejrzeń o takie choroby (nie było stwierdzonych chorób zawodowych ani zgłoszeń podejrzenia).

#### Ocena ryzyka zawodowego:

Pracodawca ocenił i udokumentował ryzyko zawodowe na zajmowanych stanowiskach pracy w zakresie narażenia na czynniki: biologiczne, chemiczne i fizyczne. Ocena ryzyka zawodowego zawierała datę sporządzenia dokumentu, datę aktualizacji oraz nazwisko osoby, która ją sporządziła. Pracownicy zostali poinformowani o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą, co zostało potwierdzone własnoręcznym podpisem. Ocena ryzyka zawodowego związanego z narażeniem na czynnik biologiczny została przeprowadzona w oparciu o 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 zdrowotnych.

W dniu kontroli korzystano z wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia w środowisku pracy z dnia 30 lipca 2012 r. (sprawozdanie z badań Nr LHP-S-142/12) przeprowadzonych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Toruniu. W badaniu (w pralni i laboratorium analitycznym) ujęto narażenie na hałas oraz czynniki chemiczne tj. aceton, ksylen, etylobenzen i formaldehyd. Ponadto przedstawiono wyniki badań oświetlenia na oddziałach szpitala wykonanych przez Centro Plus Sp z o.o. z Włocławka z dnia 11 czerwca 2013 r. W wyniku przeprowadzonych pomiarów nie stwierdzono przekroczeń dopuszczalnego normatywu higienicznego dla stężeń czynników szkodliwych na badanych stanowiskach pracy. Stwierdzono, że pracownicy zostali zapoznani z wynikami badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia w środowisku pracy. Na podstawie wyników badań i pomiarów prowadzony jest rejestr czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy. Wyniki badań i pomiarów czynnika szkodliwego dla zdrowia wpisywane są na bieżąco do kart badań i pomiarów. Podczas kontroli stwierdzono, że pracodawca nie przeprowadził badań mikroklimatu na stanowiskach pracy w pralni.

W dniu kontroli pracodawca przedstawił również ocenę warunków pracy na stanowiskach obsługi monitora ekranowego.

#### Czynniki rakotwórcze:

W Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. pracuje 9 osób w narażeniu na promieniowanie jonizujące. Kontrolowany na bieżąco prowadzi rejestr prac i pracowników narażonych na działanie substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.

Corocznie przekazywana jest PWIS w Bydgoszczy „Informacja o substancjach, mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym”.

#### Apteczki:

W dniu kontroli stwierdzono, że pracodawca wyposażył zespół poradni specjalistycznych, skontrolowane oddziały, pralnię, dział administracji, aptekę w oznakowane punkty apteczne zaopatrzone w środki niezbędne do udzielania pierwszej pomocy. Do apteczek załączono instrukcje o zasadach udzielania pierwszej pomocy oraz wykazy osób wyznaczonych do jej udzielania.

#### Substancje chemiczne i ich mieszaniny:

W dniu kontroli substancje chemiczne i mieszaniny (środki czystości i środki dezynfekcyjne) składowane były w pomieszczeniach porządkowych, z wyjątkiem oddziału rehabilitacji, gdzie chemikalia znajdowały się w zamkniętej i oznakowanej szafie w brudowniku. Na drzwiach ww. pomieszczeń umieszczono znak informujący o niebezpieczeństwie. Ponadto

w pomieszczeniach porządkowych umieszczono instrukcje sporządzania roztworów oraz wykazy osób przeszkolonych i wyznaczonych do ich przygotowania. Pomieszczenia porządkowe, w których sporządzane są roztwory wyposażono w zlew, środki ochrony indywidualnej oraz wentylację.

W dniu kontroli pracodawca przedstawił wykaz substancji chemicznych i ich mieszanin stosowanych na stanowiskach pracy personelu medycznego szpitala (produkty do odkażania i dezynfekcji, produkty chemii gospodarczej, chemikalia stosowane w diagnostyce laboratoryjnej oraz gazy medyczne). Pracodawca posiadał karty charakterystyki do wszystkich chemikaliów stosowanych w szpitalu. Część z nich była nieaktualna (np. Incidin Plus, Neodisher MEDI CLEAN, Neodisher ALKA 480 pl, Virufen, Actichlor granules, Domestos Pine Fresk, KRET granulki do udrażniania i dezynfekcji rur). Pracodawca poinformował, że w najbliższych dniach zostanie rozstrzygnięty przetarg na dostarczanie chemikaliów do Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. i część z nich zostanie zastąpiona innymi, zatem karty charakterystyki będą musiały ulec wymianie. Także instrukcje stanowiskowe BHP dotyczące stosowania substancji/mieszaniny chemicznej zawierały informacje z nieaktualnych kart charakterystyki. Stanowiska pracy zostały wyposażone w ww. instrukcje oraz w procedury sporządzania roztworów dezynfekujących.

Ocenie poddano produkty biobójcze: Tenri Gran Clor 2006 i Desprej (załączniki F/HP/13). Ponadto stwierdzono brak oznakowania w języku polskim dla produktu Domestos EXTENDED Germ Kill. Dostawcą ww. produktu jest Firma Handlowo-Uslugowa W and W Waldemar Przędzięk, 87-720 Ciechocinek, ul. Nieszawska.

#### Czynniki biologiczne:

Pracownicy Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. narażeni są na działanie szkodliwych czynników biologicznych należących do 2 i 3 grupy zagrożenia. Łączna liczba wszystkich pracowników szpitala wykonujących prace w bezpośrednim narażeniu na czynniki biologiczne zaliczane do 2 i 3 grupy zagrożenia to 291 osób.

W trakcie kontroli przedstawiono rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia oraz rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia.

Przedstawiono plan postępowania na wypadek awarii z udziałem szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia. Pracownicy zostali wyposażeni w odpowiednie środki ochrony indywidualnej (fartuchy, obuwie robocze oraz rękawiczki i maseczki jednorazowe).

Przedłożono dokument potwierdzający, że pracownikom szpitala wykonującym prace związane z narażeniem na szkodliwy czynnik biologiczny zakwalifikowany do 3 lub 4 grupy zagrożenia zaproponowano uodpornienie przy użyciu dostępnych szczepionek.

Opracowane zostały procedury m.in.: stosowania środków ochrony indywidualnej, bezpiecznego postępowania przy pracach z ostrymi narzędziami, postępowania w przypadku zranienia ostrymi narzędziami medycznymi lub zakłucia, bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami będącymi odpadami medycznymi, postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał, dezynfekcji powierzchni zanieczyszczonych materiałem organicznym, procedura mycia i dezynfekcji wózków, gospodarowania odpadami.

Pracodawca przedstawił wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

#### Dokumentacja kontrolna.

Wypełniono załączniki: F/HP/01-Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu pracy, F/HP/02-Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach, 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/07-Ocena realizacji wymogów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy związanej z występowaniem w miejscu pracy czynników chemicznych, F/HP/09-Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin F/HP/13-Ocena realizacji wymogów w zakresie wprowadzania do obrotu produktów biobójczych. Ww. formularze są do wglądu w Oddziale Prewencji Chorób Zawodowych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy.

W dniu kontroli w placówce przestrzegany był zakaz palenia. Zarządzający obiektem umieścił w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych na danym terenie.

### **III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:**

Termometr elektroniczny PP-TRM/88/L.HK

### **III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów\* nie dotyczy**

### **III.4. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów:**

Wyniki badań i pomiarów hałasu oraz mikroklimatu umiarkowanego z dnia 12.09.2011 r. (sprawozdanie z badań nr L.HP-500-152(S)/11 WSSE w Bydgoszczy).

---

### **III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:**

- procedury higieniczno-sanitarne:
  - Procedura postępowania w przypadku stwierdzenia w szpitalu zgonu z powodu choroby zakaźnej – aktualizacja procedury 13.12.2012 r.
  - Procedura postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu – aktualizacja procedury 9.08.2012 r.
  - Procedura postępowania z bielizną szpitalną – aktualizacja procedury 13.12.2012 r.
  - Procedura postępowania z bielizną w prosektorium
  - Procedura postępowania z bielizną w dziale pomocy doraźnej
  - Procedura postępowania z bielizną pacjentów Oddziału Psychiatrycznego i ZOL – procedura sporządzona 20.07.2012 r.
  - Procedura postępowania z odpadami medycznymi – aktualizacja procedury 1.10.2013 r.
  - Procedura postępowania z odpadami
  - Procedura prowadzenia dezynsekcji w szpitalu – aktualizacja procedury 13.10.2011 r.
  - Procedura zwalczania gryzoni w szpitalu – aktualizacja procedury 13.10.2011 r.
  - Procedura higienicznego mycia i dezynfekcji podłóg, ścian i innych powierzchni- procedura sporządzona 9.08.2012 r.
  - Procedura mycia powierzchni wolnych od zanieczyszczeń materiałem organicznym- procedura sporządzona 9.08.2012 r..
  - Procedura dezynfekcji powierzchni zanieczyszczonych materiałem organicznym- procedura sporządzona 9.08.2012 r..
  - Procedura dezynfekcji małych i trudno dostępnych powierzchni- procedura sporządzona 9.08.2012 r..
  - Procedura mycia i dezynfekcji łóżek szpitalnych.
  - Procedura mycia i dezynfekcji wózków do transportu- procedura sporządzona 20.08.2012 r.
- Plan Higieny z dnia 9.08.2012r.,
- karty przekazania odpadów medycznych z miesięcy: lipca (1, 4, 8, 11, 15, 18, 22, 25, 29), sierpnia (1, 5, 8, 12, 19, 22, 26, 29), września (2, 5, 9, 12, 16, 19, 24, 26, 30) 2013 r.,
- umowy z dnia 19.07.2013 r. z Komunalnym Przedsiębiorstwem Użyteczności Publicznej „EKOCIECH” Sp. z o.o. w Ciechocinku, ul. Wojska Polskiego 33 nr 48/T/13 (na wywóz odpadów komunalnych niesegregowanych), nr 49/T/13 (na wywóz i recykling odpadów

plastikowych), nr 50/T/13 (na wywóz i recykling opakowań szklanych), nr 51/T/13 (na wywóz i recykling papierów) – obowiązujące od 19.07.2013 r. do 18.07.2014 r.,

- umowa na odbiór, transport, unieszkodliwianie odpadów medycznych z 14.12.2012 r. z firmą EMKA S.A. ul. Jaktorowska 15A, Żyrardów – umowa ważna do 14.12.2013 r.,
- decyzja Starosty Aleksandrowskiego na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne z dnia 11.08.2004r. znak: GR/GŚ.7651-26/2/04 – obowiązująca do dnia 31.07.2014r.,
- protokół z dnia 11.02.2013 r. z okresowej kontroli i oględzin przewodów kominowych i wentylacyjnych, wykonany przez firmę „Norkowski Budownictwo” Macieja Norkowskiego z Aleksandra Kujawskiego,
- zarządzenie dotyczące powołania komitetu i zespołu kontroli zakażeń szpitalnych Nr 2/2012 z dnia 30.01.2012 r.,
- procedury higieniczno – sanitarne,
- protokoły z kontroli wewnętrznej, działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych,
- dokumentacja systemu zapobiegania zakażeniom szpitalnym,
- dokumentacja dotycząca szczepień ochronnych,
- rejestr pracy urządzenia chłodniczego,
- rejestr niepożądanych odczynów poszczepiennych,
- oceny ryzyka zawodowego,
- zaświadczenia o ukończeniu szkoleń w zakresie BHP,
- badania profilaktyczne pracowników oraz aktualność orzeczeń lekarskich,
- instrukcje stanowiskowe maszyn i urządzeń,
- sprawozdania z badań i pomiarów czynników szkodliwych w środowisku pracy,
- spis oraz karty charakterystyki substancji i mieszanin niebezpiecznych,
- rejestr zachorowań na choroby zawodowe i podejrzeń o zachorowania na takie choroby,
- rejestr pracowników narażonych na działanie substancji preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
- rejestr prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami, preparatami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
- rejestr czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowisku pracy,
- spis środków dezynfekcyjnych i antyseptycznych stosowanych w szpitalach,
- rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do 2 i 3 grupy zagrożenia,
- rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do 2 i 3 grupy zagrożenia,
- plan postępowania na wypadek awarii z udziałem szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do 3 grupy zagrożenia,
- wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- procedury m.in.: stosowania środków ochrony indywidualnej, bezpiecznego postępowania przy pracach z ostrymi narzędziami, postępowania w przypadku zranienia ostrymi narzędziami medycznymi lub zakłucia, bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami będącymi odpadami medycznymi, postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał, dezynfekcji powierzchni zanieczyszczonych materiałem organicznym, procedura mycia i dezynfekcji wózków, gospodarowania odpadami.

**IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*:****na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym****na Odcinku Ginekologicznym**

1. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny sufitu w pomieszczeniu nr 9 (pokoju rekreacyjnym dla pacjentek) polegający na obecności zacieku, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
2. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitu w magazynie bielizny czystej polegający na ich przybrudzeniu, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
3. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym polegający na ich przybrudzeniu, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
4. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny stolików przyłóżkowych polegający na odpryskach farby, miejscowo obecności rdzy, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).

**w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym**

5. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny stolików przyłóżkowych w salach chorych polegający na odpryskach farby, miejscowo obecności rdzy, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
6. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny łóżek w salach chorych polegający na odpryskach farby, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
7. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny futryn i drzwi wszystkich pomieszczeń polegający na odpryskach farby, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
8. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitów w salach chorych nr: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 polegający na ich przybrudzeniu, odpryskach farby oraz miejscowo obecności zacieków co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
9. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian w magazynie bielizny czystej polegający na ich przybrudzeniu, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
10. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitu w gabinecie zabiegowym polegający na ich przybrudzeniu oraz miejscowo obecności zacieku co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
11. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian w brudowniku polegający na ich przybrudzeniu, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
12. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitu w magazynie na pampersy polegający na ich przybrudzeniu, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).

13. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian w sali ćwiczeń polegający na ich przybrudzeniu, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
14. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitu w świetlicy polegający na ich przybrudzeniu oraz miejscowo odpryskach farby, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
15. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitu w pomieszczeniu porządkowym polegający na ich przybrudzeniu, oraz obecności zacieku, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
16. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitu w korytarzu polegający na ich przybrudzeniu oraz miejscowo odpryskach farby, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
17. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny stojaków do parawanów w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym z wanną – skorodowane i z odpryskami farby, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
18. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny baterii umywalki w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym – skorodowany, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
19. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny uchwytu przy natrysku w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych – skorodowany, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
20. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny podestu w magazynie pampersów polegający na odpryskach farby, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
21. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny uchwytów pod umywalki w salach chorych i pomieszczeniach sanitarno-higienicznych – skorodowane i z odpryskami farby, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz. 947).
22. Brak uchwytów przy umywalkach w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla osób niepełnosprawnych, co stanowi naruszenie pkt 4 części II załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).
23. Brak pojemników do ręczników jednorazowych oraz dozowników z mydłem w płynie w dwóch pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych w tym w jednym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych, co stanowi naruszenie § 2 pkt. 4 rozdziału 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).
24. Brak dozownika ze środkiem dezynfekcyjnym w pomieszczeniu porządkowym, co stanowi naruszenie § 2 pkt. 5 rozdziału 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).

#### **na zapleczu szpitala**

25. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian w pomieszczeniu do przechowywania czystych wózków transportu wewnętrznego, znajdującym się w piwnicy budynku głównego, polegający

na odpryskach farby, co stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz. 947).

#### **w zakresie epidemiologii**

##### **w Oddziale Rehabilitacyjnym**

26. W punkcie pielęgniarskim 1 krzesło tapicrowane, nie nadające się do przeprowadzenia prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i art. 11 ust. 2 pkt 3b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 947) oraz § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).
27. W sali fizykoterapii 1 krzesło tapicrowane, nie nadające się do przeprowadzenia prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i art. 11 ust. 2 pkt 3b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 947) oraz § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).
28. W salach chorych nr 309, 310, 311, 312, 319 brak dozowników do mydła oraz podajników na ręczniki jednorazowego użycia oraz w sali chorych nr 308 brak dozownika do mydła w płynie. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie § 24 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).
29. W 2 łazienkach dla pacjentów: dla mężczyzn oraz dla kobiet brak dozowników do mydła w płynie oraz podajników na ręczniki jednorazowego użycia. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie § 2 pkt 4 oraz załącznika nr 1, II pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).

##### **w Oddziale Wewnętrznym**

30. Na odcinku B w gabinecie zabiegowym uszkodzona powierzchnia kozetki, nie nadająca się do przeprowadzenia prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i art. 11 ust. 2 pkt 3b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 947) oraz § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).
31. Na odcinku kardiologicznym w toalecie dla pacjentów przy drzwiach wejściowych brak dozowników do mydła oraz podajników na ręczniki jednorazowego użycia, a w drugiej toalecie brak podajnika na ręczniki jednorazowego użycia. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie § 2 pkt 4 oraz załącznika nr 1, II pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).
32. W sali chorych nr 22 materac na łóżku dla pacjenta z uszkodzoną powierzchnią, nie nadająca się do przeprowadzenia prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i art. 11 ust. 2 pkt 3b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 947) oraz § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).

33. Na odcinku A w brudowniku, brodzik z odpryskami emalii, co uniemożliwia przeprowadzenie prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i art. 11 ust. 2 pkt 3b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 947) oraz § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).
34. We wszystkich salach chorych przy umywalkach brak dozowników do mydła w płynie oraz podajników na ręczniki jednorazowego użycia. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie § 24 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).

#### **w Oddziale Dziecięcym**

35. W brudowniku z pomieszczeniem porządkowym szafki do przechowywania środków czystościowych oraz dezynfekcyjnych z uszkodzoną powierzchnią, nie nadającą się do przeprowadzenia prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i art. 11 ust. 2 pkt 3b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 947) oraz § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).
36. W inhalatorni uszkodzona powierzchnia boku szafki pod blatem roboczym, nie nadająca się do przeprowadzenia prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i art. 11 ust. 2 pkt 3b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 947) oraz § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).
37. W sali nr 11 wieszak do kroplówek z odpryskami farby, nie nadający się do przeprowadzenia prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i art. 11 ust. 2 pkt 3b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 947) oraz § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).
38. W salach chorych nr: 10 (1 krzesło), 5 (1 krzesło), 8 (3 krzesła), 12 (2 krzesła) krzesła z uszkodzoną powierzchnią, nie nadającą się do przeprowadzenia prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i art. 11 ust. 2 pkt 3b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 947) oraz § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).
39. W podręcznym magazynie na bieliznę 3 szafy z uszkodzoną powierzchnią, nie nadającą się do przeprowadzenia prawidłowego procesu mycia i dezynfekcji. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 11 ust. 1 i art. 11 ust. 2 pkt 3b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 947) oraz § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).
40. W zespole kontroli zakażeń szpitalnych brak specjalisty mikrobiologa. Stwierdzona nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 15 ust. 1 pkt 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 947) oraz § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. (Dz. U. Nr 108, poz 706) w sprawie

kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych i rozporządzenia z dnia 15.03.2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 410) zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

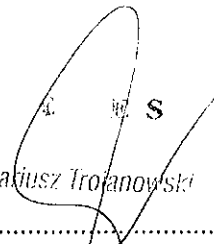
**w zakresie BHP**

41. Brak zapewnienia wymiany powietrza we wszystkich pomieszczeniach pracy działu administracji (pomieszczenie specjalisty ds. bhp, dział statystyki, gabinet kierownika działu statystyki, kasa, dział księgowości, dział administracyjno-organizacyjny, sekretariat, pomieszczenie informatyka, dział kadr), co stanowi naruszenie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003r. Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.).
42. Brak zapewnienia wymiany powietrza w toalecie przeznaczony dla pracowników zespołu poradni specjalistycznych, co stanowi naruszenie § 1 ust. 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003r. Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.).
43. Brak zlewozmywaka dwukomorowego w jadalni przeznaczony dla pracowników apteki, co stanowi naruszenie § 34 ust. 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz.U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.).
44. Brak umywalki w jadalni przeznaczony dla pracowników apteki, co stanowi naruszenie § 34 ust. 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.).
45. Brak osłony prysznicowej przy natrysku w toalecie mieszczącej się przy szatni dla pracowników zespołu poradni specjalistycznych i zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz w toalecie dla pracowników sterylizatorni, co stanowi naruszenie § 111 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t. j. D z .U. z 2003r. Nr 69, poz. 1650, z późn. zm.) oraz § 11 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. z 2005r. Nr 81, poz. 716 z późn. zm.).
46. Niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny toalety (zaciek i zagrzybienie na suficie) przeznaczony dla pracowników zespołu poradni specjalistycznych, co stanowi naruszenie § 2 ust. 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.).
47. Brak w jadalniach skontrolowanych oddziałów (ginekologiczno-położniczy, zakład opiekuńczo-leczniczy) i sterylizatorni indywidualnych zamkniętych szafek przeznaczonych do przechowywania w higienicznych warunkach własnego posiłku pracownika, co stanowi naruszenie § 34 ust. 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.).
48. Nieaktualne karty charakterystyki substancji chemicznych i ich mieszanin, co stanowi naruszenie art. 221 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. - Kodeks Pracy (Dz. U. z 1998r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.).
49. Brak aktualizacji instrukcji stanowiskowych BHP dotyczących stosowania substancji/mieszaniny chemicznej danych z aktualnych kart charakterystyki, co stanowi naruszenie § 41 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t. j. Dz. U. z 2003r. Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.).
50. Brak pomiarów mikroklimatu gorącego na stanowiskach pracy w pralni, co stanowi naruszenie art. 227 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974- Kodeks pracy (Dz. U. z 1998r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) oraz § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011r. w sprawie badań



Data i godz. zakończenia kontroli: 24.10.2013r. godz. 13<sup>00</sup> (NHK, NEP, NHP)  
 25.10.2013r. godz. 13<sup>00</sup> (NHK, NEP)  
 godz. 12<sup>00</sup> (NHP)

Łączny czas kontroli: 8 godz. NHK, NEP  
 7 godz. NHP

  
 mgr Maksusz Trojanowski

(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Alicja Bołemińska  
 (podpis osób obecnych podczas kontroli)

Kwaszewska Kujawińska  
 (podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

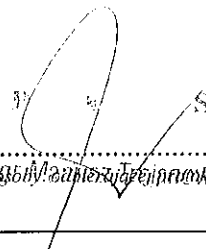
Barbara Muszyńska  
 Dobrym, Galionka  
 Russek Maciej

Elżbieta Budzik  
 Anna Kamieńska, Róża Chłapczak  
 Anna Kucharska  
 Aleksandra Cegłowska

**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 07.11.2013r. ....

w Aleksandrowie Kujawskim  
 Spółka z o.o.  
 87-700 Aleksandrów Kujawski  
 Słowackiego 18, tel. 54 282 11 11  
 (podpis i pieczęć osoby/osób kontrolowanego zakładu)



**POUCZENIE:** Strona/osoba upoważniona w terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli. Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

\* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”  
 \*\* - właściwie zakreślić