

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W GLIWICACH**

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

| | | |
|--|-----------|----------|
| SZPITAL CHOROÓB PŁUC im. Św. Józefa w Pilchowicach | | |
| Otrzymano ... 0.1 MAR. 2024 ... | | |
| Załącznik nr | Załącznik | № sprawy |
| Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01 „Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń” wydanie z dnia 14.03.2016 | | |

Strona 1 z 15

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 31/NS/E/2024

*Pilchowice 21.02.2024r.
(miejscowość i data)*

przeprowadzonej przez funkcjonariusza publicznego

Joanna Juraszek, Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/057/22/24

Katarzyna Siedlecka, Sekcja Higieny Komunalnej, numer upoważnienia SSP/057/52/24

Agata Giza, Sekcja Higieny Komunalnej, numer upoważnienia SSP/057/17/24

Anita Zasada, Sekcja Higieny Pracy, numer upoważnienia SSP/057/65/24

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w Gliwicach

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2023r. poz. 338), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 775 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach

ul. Dworcowa 31 44-145 Pilchowice

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne - szpital

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymaga

Joanna Niestrój-Ostrowska - Dyrektor Szpitala

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

Funkcję organu założycielskiego pełni Urząd Marszałkowski

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

4. NIP/REGON/PKD/odpowiednio 9691162275/ 276215293 / 86.10Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Joanna Niestrój-Ostrowska - Dyrektor Szpitala

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* *Nie dotyczy*

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Aleksandra Bobik – Asystent ds. Epidemiologii

Danuta Markłowska – z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli *19.02.2024r. godz. 09³⁰, 20.02.2024r. godz. 09⁴⁰, 21.02.2024r. godz. 09³⁰*

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* *Nie dotyczy*

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *Nie dotyczy*

4. Data i godzina zakończenia kontroli *19.02.2024r. godz. 13⁰⁰, 20.02.2024r. godz. 13⁰⁰, 21.02.2024r. godz. 13³⁰*

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *Nie dotyczy*

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola sanitarna- ocena stanu higieniczno-porządkowego pomieszczeń szpitala oraz dokumentacji dotyczącej zapobiegania zakażeniom.

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* *Nie dotyczy*

(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 i/lub obrazu* *Nie dotyczy*

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów *Nie dotyczy*

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

-Umowa nr 151/2023/K z dnia 29.08.2023 r. zawarta z konsorcjum firm: IZAN+ Sp. z o.o., NAPRZÓD Service Sp. z o.o., NAPRZÓD Hospital Sp. z o.o. – na kompleksową usługę utrzymania czystości oraz czynności pomocniczych przy obsłudze pacjentów i transportu wewnętrznego (zawarta na czas określony do 31.08.2024 r.)

-Umowa nr 83/2023/Z z dnia 16.05.2023 r. z firmą F.U.H. KONTRAST Jarosław Puda, 43-100 Tychy, ul. Główna 31, na świadczenie usług pralniczych (zawarta na czas określony do 31.05.2024 r.)

-Umowa nr 105/2022 z dnia 23.09.2022 r. z firmą PESTOKIL Bartosz Kopczyk, 49-300 Brzeg, ul. Cegielnia 3, na usługę deratyzacji, dezynfekcji i dezynsekcji (ważna do dnia 31.10.2024 r.)

-Umowa zlecenie nr 1/2024 z dnia 21.12.2023 r. z Panem Krystianem Baronem, 44-145 Pilchowice, ul. Wielopole 57a, na wykonywanie usługi polegającej na przenoszeniu zwłok pacjentów z oddziałów szpitala do kostnicy przyszpitalnej (ważna do dnia 31.12.2024 r.)

-Umowa zlecenie nr 2/2024 z dnia 21.12.2023 r. z Panem Joachimem Garcorzem, Leboszowice, ul. Gajowa 4, na wykonywanie usługi polegającej na przenoszeniu zwłok pacjentów z oddziałów szpitala do kostnicy przyszpitalnej (ważna do dnia 31.12.2024 r.)

-Umowa nr DO/DE-403-24/2024 z dnia 13.12.2023 r. wraz z aneksem nr 1 z dnia 03.01.2024 r. zawarta z Narodowym Instytutem Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach na świadczenie usług medycznych m.in. wykonywania sekcji zwłok, przechowywania zwłok (ważna do 31.12.2024 r.)

-Umowa nr 174/2023/Z z dn. 13.11.2023 r. zawarta z firmą REMONDIS MEDISON Sp. z o.o. Dąbrowa Górnicza, ul. Puszkina 41 – na odbiór i utylizację odpadów medycznych (obowiązująca do dn.31.12.2024 r.)

-Karty przekazania odpadów:

- 18 01 03* - nr 00056/2024 z dnia 12.02.2024 r.
- 18 01 03* - nr 00060/2024 z dnia 14.02.2024 r.
- 18 01 04 - nr 00055/2024 z dnia 12.02.2024 r.
- 18 01 04 - nr 00059/2024 z dnia 14.02.2024 r.
- 18 01 06* - nr 00005/2024 z dnia 03.01.2024 r.
- 18 01 06* - nr 00393/2023 z dnia 02.10.2023 r.
- 18 01 08* - nr 00047/2024 z dnia 02.02.2024 r.
- 18 01 08* - nr 00057/2024 z dnia 12.03.2024 r.
- 18 01 82* - nr 00054/2024 z dnia 12.02.2024 r.
- 18 01 82* - nr 00058/2024 z dnia 14.02.2024 r.

- Karty przeglądów, konserwacji i napraw w obiekcie – przegląd czyszczenia i konserwacji przez firmę branżową KLIMATECH Montaż Serwis i Sprzedaż klimatyzatorów Jacek Kasprek, ul. Konopnickiej 5A, 44-186 Gierałtowiec

- Karta przeglądów, konserwacji i napraw nr AGRE/1 agregatu prądowórczego model JD 60M, moc 48 kW (60 kVA) nr fabryczny 618/06, nr silnika 05090003Z – ostatni przegląd 16.08.2023 r.

- Procedury wraz z instrukcjami stanowiskowymi zapewniające ochronę przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi dot. m.in. postępowania z odpadami, w tym wysoce zakaźnymi (Procedura z dnia 23.06.2023 r., wydanie 17), postępowania z bielizną szpitalną (Procedura z dnia 23.06.2023 r., wydanie 6), postępowania ze zmarłymi (Procedura z dnia 13.06.2022 r., wydanie 14).

-Ocena ryzyka zawodowego na stanowisku:

- Diagnosta laboratoryjny,
- Opiekun medyczny,
- Pielęgniarka,
- Orzeczenia lekarskie pracowników na stanowiskach:
 - D. W. pielęgniarka, aktualne do 29.12.2024 r.,
 - G. K. pielęgniarka, aktualne do 16.06.2026 r.,
 - K. B. pielęgniarka, aktualne do 26.09.2025 r.,
 - L. B. pielęgniarka, aktualne do 29.09.2026 r.,
 - L. J. pielęgniarka, aktualne do 29.09.2025 r.,
 - B. B. opiekun medyczny, aktualne do 15.12.2025 r.,
 - A. K. opiekun medyczny, aktualne do 13.03.2024 r.,
 - M. W. opiekun medyczny, szpitalny aktualne do 04.12.2025 r.,
 - M. C. lekarz, aktualne do 15.06.2026 r.,
 - M. G-K. lekarz, aktualne do 31.01.2025 r.,
 - Z. K. lekarz, aktualne do 30.01.2027 r.,

- Ł. O. lekarz, aktualne do 10.11.2025 r.;

- Rejestr chorób zawodowych i zgłoszeń podejrzeń choroby zawodowej;
- Rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia;
- Rejestr pracowników narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia;
- Rejestr prac, w których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi i ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym;
- Rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych ich mieszaninami, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym;
- Informacja o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym przesłana do Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Katowicach ;
- Zarządzenie wewnętrzne nr 24/2022 Dyrektora Szpitala Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach z dnia 27.09.2022 r. w związku z wejściem w życie regulaminu pracy;
- Załącznik do regulaminu tabela przydziału odzieży roboczej oraz środków ochrony indywidualnej dla pracowników Szpitala Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach;
- Spis niebezpiecznych substancji i mieszanin chemicznych;
- Karty charakterystyki stosowanych substancji i mieszanin chemicznych;
- Instrukcje dotyczące m. in.:
 - instrukcja bhp przy obsłudze inhalatora,
 - instrukcja bhp przy obsłudze lampy bakteriobójczej,
 - instrukcja bhp przy obsłudze koncentratora milenium,
 - instrukcja bhp przy obsłudze stołu do masażu,
 - instrukcja bhp przy obsłudze ergspirometru,
 - instrukcja bhp przy obsłudze pulsometru,
 - instrukcja bhp przy obsłudze urządzenia do laseroterapii polaris 2,
 - instrukcja bhp przy obsłudze urządzenia do magnoterapii,
 - instrukcja bhp przy obsłudze urządzenia przy elektroterapii,
 - instrukcja bhp przy obsłudze urządzenia przy terapii ultradźwiękowej,
 - instrukcja bhp przy obsłudze wewnętrznej sieci tlenu medycznego;
- Procedury szpitalne:
 - mycia i dezynfekcji rąk,
 - mycia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych i sprzętu użytkowego,
 - postępowanie z bielizną,
 - postępowanie z odpadami,
 - stosowanie środków ochrony osobistej,
 - postępowanie po ekspozycji zawodowej,
 - izolacja chorych zakażonych oraz pacjentów podwyższonego ryzyka,

- *dekontaminacja rozlanych płynów.*

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

- *Wykaz procedur, instrukcji dotyczących zapobiegania zakażeniom szpitalnym*

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli nr:

- *F/EP/10 data wydania 08.05.2012r. - ocena szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych,*
- *F/EP/14 data wydania 08.05.2012r. – ocena oddziału szpitalnego*
- *F/HP/01 data wydania: 23.10.2012 r. charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu pracy;*
- *F/HP/02 data wydania 23.10.2012 r. ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy;*
- *F/HP/03 data wydania 23.10.2012 r. – ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki;*
- *F/HP/04 data wydania 23.10.2012 r. Ocena realizacji wymogów w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy;*
- *F/HP/06 data wydania 23.10.2012 r. Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania leków cytostatycznych;*
- *F/HP/07 data wydania 23.10.2012 r. Ocena realizacji wymogów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy związanej z występowaniem w miejscu pracy czynników chemicznych;*
- *F/HP/09 data wydania 23.10.2012 r. ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin.*

III. WYNIKI KONTROLI

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

KRS 0000050139

Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą 000000013979

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

Sekcja Epidemiologii

Dokonano oceny przestrzegania przepisów w zakresie wymagań higieniczno-sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego oraz personel medyczny. Przeprowadzono przegląd dokumentacji i obowiązujących w zakładzie procedur dotyczących zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym, w tym procedury postępowania poekspozycyjnego obejmującej pracownika profilaktyczną opieką zdrowotną po narażeniu. W placówce stosowane są

środki eliminujące lub ograniczające stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami.

W Szpitalu Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchowicach dostępnych jest 95 łóżek zlokalizowanych w 2 oddziałach o charakterze niezabiegowym. W 2023 roku liczba hospitalizacji wyniosła 1943 natomiast średnie obłożenie wynosiło 84%.

W trakcie kontroli dokonano oceny pracy komitetu i zespołu do spraw kontroli zakażeń szpitalnych. Strona przedłożyła do wglądu prowadzoną przez komitet i zespół dokumentację oraz obowiązujące w zakładzie procedury dotyczące zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym.

Przedstawiciele zespołu aktualizują system zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych na bieżąco. W 2023r. członkowie zespołu ds. zakażeń szpitalnych przeprowadzili 5 szkoleń wewnętrznych.

W placówce prowadzone są kontrole wewnętrzne w zakresie oceny ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego. W trakcie kontroli przedstawiono do wglądu protokół z dnia 12.02.2024r. z przeprowadzonej kontroli wewnętrznej.

Okazano do wglądu Protokół przeglądu technicznego instalacji wentylacji mechanicznej dla Pracowni Fizjoterapii Oddziału Rehabilitacji Oddechowej z dnia 20.04.2023r. – bez zastrzeżeń.

Zespół do spraw zakażeń szpitalnych prowadzi aktywny tryb rejestracji i monitorowania zakażeń szpitalnych, dokonuje między innymi: codziennego przeglądu wyników badań mikrobiologicznych, pilotuje bieżące zużycie antybiotyków w terapii zakażeń. Prowadzi w wersji elektronicznej oraz papierowej rejestr zakażeń szpitalnych w formie indywidualnych kart rejestracji dotyczących zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych.

W 2023 roku zarejestrowano 83 zakażenia szpitalne, w 2024 roku do dnia kontroli zarejestrowano 12 zakażeń szpitalnych.

Zakład realizuje zapisy ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych między innymi poprzez umieszczenie oznakowania o zakazie palenia na terenie obiektu. W dniu kontroli nie stwierdzono łamania powyższego nakazu.

Sekcja Higieny Komunalnej

a) Skontrolowano następujące pomieszczenia zaplecza:

- pomieszczenie do wstępnego magazynowania odpadów medycznych,
- pomieszczenie magazynowania odpadów komunalnych (odpady segregowane),
- pomieszczenie do magazynowania brudnej bielizny,
- pomieszczenie porządkowe,
- pomieszczenia do przechowywania zwłok,
- toaletę ogólnodostępną.

b) Obiekt zaopatrywany jest w wodę poprzez studnię głębinową i wodociąg sieciowy. Punkty poboru wody zaopatrzone są w bieżącą zimną i ciepłą wodę.

Nieczystości płynne odprowadzane są do sieci kanalizacyjnej. Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie usuwania ścieków.

- c) Rezerwowe źródło zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną – agregat prądotwórczy JD 60M, o mocy 48 kW, zapewniający pracę przez co najmniej 48 godzin.
- d) Toaleta ogólnodostępna dla pacjentów zlokalizowana jest na parterze w sąsiedztwie pracowni fizykoterapii. Ściany i podłogi wyłożone są płytkami ceramicznymi. Toaleta wyposażona jest w miskę ustępową, uchwyty ułatwiające poruszanie się osobom niepełnosprawnym, wpust podłogowy zabezpieczony kratką ściekową, umywalkę z dozownikami na mydło w płynie i preparat do dezynfekcji rąk, podajnik na ręczniki jednorazowe oraz kosz na odpady. W pomieszczeniu toalety zapewniono wentylację mechaniczną.
- e) Postępowanie z odpadami komunalnymi:
- odpady komunalne gromadzone są w pojemnikach i kontenerach zbiorczych; pojemniki wyłożone są workami foliowymi koloru czarnego, po napełnieniu do poj. 2/3, worki są zawiązywane i gromadzone w kontenerach zbiorczych,
 - obiekt zaopatrzonej jest w wystarczającą ilość pojemników i kontenerów, kontenery utrzymane są w dobrym stanie sanitarno-porządkowym i technicznym
 - prowadzona jest segregacja odpadów komunalnych,
 - odpady komunalne segregowane gromadzone są w pojemnikach i kontenerach ustawionych w magazynie odpadów komunalnych. Pomieszczenie posiada podłogę wyłożoną płytkami ceramicznymi, ściany pokryte farbą emulsyjną, wentylację mechaniczną, podesty,
 - odpady komunalne zmieszane gromadzone są w sześciu kontenerach ustawionych w wyznaczonym miejscu na utwardzonym terenie szpitala,
 - odpady odbierane są przez firmę specjalistyczną zgodnie ze złożoną do Urzędu Gminy deklaracją.
- f) Postępowanie z odpadami medycznymi:
- w roku 2023 wytwórca wytworzył odpady medyczne o kodach, w ilościach (wg zbiorczego zestawienia danych o rodzaju i ilości odpadów wytworzonych w roku 2023 przekazane Marszałkowi Województwa Śląskiego):
 - 18 01 03* – 9,293 Mg/rok,
 - 18 01 04 – 0,9574 Mg/rok,
 - 18 01 06* – 0,106 Mg/rok,
 - 18 01 08* – 0,0560 Mg/rok,
 - 18 01 09 – 0,0017 Mg/rok,
 - 18 01 82* – 1,611 Mg/rok.
 - w obiekcie opracowane są procedury postępowania z odpadami medycznymi o kodach: 18 01 03*, 18 01 04, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 09, 18 01 82*.
 - w dniu kontroli odpady medyczne zostały odebrane przez firmę specjalistyczną,
 - według procedury pojemniki i worki będące w dniu kontroli umieszczone w pojemnikach w pomieszczeniu ich wstępnego magazynowania posiadały widoczne oznakowanie identyfikujące ich zawartość, tj.: kod odpadów, nazwę wytwórcy, numer REGON, numer księgi

rejestrowej oraz daty i godziny otwarcia i zamknięcia pojemnika i/lub worka, a ich kolorystyka była zgodna z procedurą,

- odpady medyczne magazynowane są w kontenerach i pojemnikach w wydzielonym pomieszczeniu w odrębnym budynku z niezależnym wejściem. Pomieszczenie to posiada ściany i podłogi z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję oraz drzwi bez progów, których szerokość i wysokość gwarantuje swobodny dostęp. Magazyn posiada zabezpieczenie przed dostępem osób niepożądanych, owadów, gryzoni i innych zwierząt. Pomieszczenie magazynu posiada termometr do pomiaru temperatury wewnątrz (w dniu kontroli temperatura wewnątrz magazynu +10°C), wentylację mechaniczną. W pomieszczeniu znajduje się umywalka z dostępem do bieżącej ciepłej wody (przepliwowy podgrzewacz wody) i zimnej wody, dozowniki na mydło w płynie i preparat do dezynfekcji rąk, podajnik na ręczniki jednorazowe, dodatkowy punkt wodny do celów porządkowych oraz mycia i dezynfekcji kontenerów i pojemników oraz środków transportu odpadów medycznych, kratka ściekowa oraz miejsce do przechowywania czystych i gromadzenia brudnych środków ochrony indywidualnej osób przebywających w pomieszczeniu,
 - w dniu kontroli w pomieszczeniach wstępnego magazynowania stwierdzono odpady medyczne o kodach:
 - 18 01 03* - gromadzone w prawidłowo opisanych workach koloru czerwonego w opisanych kontenerach,
 - 18 01 04 - gromadzone w prawidłowo opisanych workach koloru niebieskiego w opisanych kontenerach,
 - 18 01 06* - gromadzone w prawidłowo opisanych workach koloru żółtego w opisanych kontenerach,
 - 18 01 08* - gromadzone w prawidłowo opisanych workach koloru żółtego w opisanych kontenerach,
 - 18 01 82* - gromadzone w prawidłowo opisanych workach koloru czerwonego w opisanym zamykanym pojemniku.
 - częstotliwość odbioru odpadów przez firmę specjalistyczną nie przekracza 72 godz. Odbiór odpadów odbywa się w poniedziałki, środy i piątki (zgodnie z podpisaną umową),
 - transport wewnętrzny odpadów z miejsca powstawania do miejsca magazynowania odbywa się przy pomocy opisanych pojemników na kółkach o zamkniętej przestrzeni ładunkowej.
- g) Postępowanie ze zwłokami:

W przypadku zgonu pacjenta, jego zwłoki do czasu upływu 2 godzin od śmierci, przechowywane są w pomieszczeniu zlokalizowanym na pierwszym piętrze szpitala. Podłogi oraz ściany pokryte są płytkami ceramicznymi. W pomieszczeniu znajdują się m.in. kapsuła do przechowywania zwłok, parawan, zlew jednokomorowy z ruchomą wylewką, przy którym umieszczone są dozowniki na mydło w płynie, preparat do dezynfekcji rąk oraz podajnik na ręczniki jednorazowego użytku, kratka ściekowa, kosze na odpady. Pomieszczenie wyposażone jest również w wentylację mechaniczną oraz termometr do pomiaru temperatury. Następnie zwłoki transportowane są do pomieszczenia zlokalizowanego w odrębnym budynku na terenie szpitala (usługi wykonywane są przez podmioty zewnętrzne na podstawie umów

na zlecenie), które wyposażone jest w szafę chłodniczą przenośną przeznaczoną na dwa miejsca (w dniu kontroli temperatura wewnątrz +5) oraz wózek z kapsułą do transportu wewnętrznego osób zmarłych. Ściany w pomieszczeniu pokryte są farbą emulsyjną, natomiast podłogi wyłożone są płytkami ceramicznymi. Pomieszczenie wyposażone jest w przepływowy podgrzewacz wody, umywalkę z dozownikami na mydło w płynie i preparat do dezynfekcji rąk, podajnik na ręczniki jednorazowe, dodatkowy punkt wodny z kratką ściekową do celów porządkowych oraz mycia i dezynfekcji wózków z kapsułami, kosze na odpady oraz bieliznę brudną, witrynę do przechowywania preparatów dezynfekcyjnych i zapasu środków ochrony indywidualnej oraz worków na odpady. W pomieszczeniu zapewniono termometr do pomiaru temperatury oraz wentylację mechaniczną.

h) Postępowanie z bielizną czystą i brudną:

- brudna bielizna wielorazowa gromadzona jest w workach foliowych jednorazowego użytku umieszczonych na stelażach z pokrywą:
 - bielizna nieskażona – worek koloru czarnego,
 - bielizna pacjentów przyjmujących chemioterapię lub leki cytostatyczne – worek koloru żółtego,
 - bielizna skażona – worek koloru czerwonego,
- brudna bielizna transportowana jest w zamykanych pojemnikach na kółkach do magazynu brudnej bielizny przez pracowników firmy sprzątajacej.
- magazyn brudnej bielizny zlokalizowany jest w zewnętrznym kontenerze wyposażonym w ściany i podłogi z materiałów łatwo zmywalnych, preparat do dezynfekcji rąk i powierzchni,
- bielizna prana jest przez firmę zewnętrzną zgodnie z zawartą umową; czysta bielizna w workach foliowych trafia bezpośrednio na oddziały.

i) Preparaty do dezynfekcji stosowane m.in.:

- do dezynfekcji rąk: Desreman, Velodes Sofy, PhagoGel,
- do dezynfekcji powierzchni: m.in. MediQuick, Virusolve +, Virusolve +GDU, Desinfection Wipes,
- do dezynfekcji sanitariatów: m.in. WC Trio.

Pomieszczenie magazynu środków do utrzymania czystości w szpitalu zlokalizowane jest na poziomie -1. Wyposażone jest w metalowe regały.

j) Pomieszczenie porządkowe zlokalizowane jest na I piętrze budynku szpitala – Odcinek Otwarty Diagnostyki i Chemioterapii Nowotworów Oddziału Chorób Płuc. Pomieszczenie to wyposażone jest w ściany i podłogi pokryte płytkami ceramicznymi, wentylację grawitacyjną oraz obniżony zlew 1-komorowy, kratkę ściekową i miejsce do przechowywania zapasu preparatów i środków czystościowo-dezynfekcyjnych.

k) Pomieszczenie mycia i dezynfekcji środków transportu wydzielone jest w odrębnym budynku. Pomieszczenie wyposażone jest w umywalkę, przepływowy podgrzewacz wody, dozowniki na mydło w płynie i preparat do dezynfekcji rąk, podajnik na ręczniki jednorazowe, dodatkowy punkt wodny, kratkę ściekową oraz wentylację mechaniczną. Ściany i podłogi pokryte są materiałami łatwo zmywalnymi.

- l) Całodobowe usługi sprząwania i utrzymania czystości na terenie szpitala, transport wewnętrzny (m.in. odpadów i bielizny) oraz mycie i dezynfekcja środków transportu zlecono firmie sprzątającej zgodnie z zawartą umową.
- m) W szpitalu są opracowane i stosowane procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi między innymi procedura postępowania z odpadami medycznymi (w tym wysoce zakaźnymi).
- n) W obiekcie prowadzony jest stały monitoring DDD przez firmę specjalistyczną - PESTOKIL Bartosz Kopczuk, 49-300 Brzeg, ul. Cegielna 3.

Sekcja Higieny Pracy

Na dzień kontroli w Szpitalu Chorób Płuc w Pilchowicach zatrudnionych na podstawie umowy o pracę było 81 pracowników, w tym 44 pracowników zatrudnionych na stanowiskach medycznych oraz 23 osoby zatrudnione na innej podstawie niż umowa o pracę.

Skontrolowano następujące pomieszczenia pracy:

ODDZIAŁ REHABILITACJI ODDECHOWEJ

- Gabinet zabiegowy
- Pokój przygotowawczy
- Sala kinezyterapii
- Sala fizjoterapii

Skontrolowano następujące pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pracowników:

- Toaleta dla pracowników na Oddziale Rehabilitacji Oddechowej
- Pokój socjalny/jadalnia (piętro II)
- Szatnia (piętro II)

STANOWISKA PRACY

OPIEKUN MEDYCZNY

Zadania:

- rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku,
- udzielanie pomocy osobie chorej i niesamodzielnej w zaspakajaniu potrzeb bio-psycho-społecznych,
- asystowania pielęgniarce i innemu personelowi medycznemu podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych,
- współpraca z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i niesamodzielną,
- edukacja zdrowotna i promocja zdrowia,
- stwarzanie odpowiednich warunków adaptacji pacjentów do pobytu w szpitalu, w tym zapoznanie z obowiązującymi regulaminami oraz nadzór nad ich przestrzeganiem,
- zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom hospitalizowanym,
- prawidłowe dokumentowanie zrealizowanych czynności,
- przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki,
- nadzór nad rzeczami pacjentów oddanymi do depozytu.

PIEŁĘGNIARKA

Zadania:

- realizuje pełnoprofilową opiekę pielęgniarską wynikającą z celów i zadań oddziału szpitalnego,
- zapewnia kompleksową opiekę pielęgniarską pacjentom,
- dobiera sposób realizacji zadań do powstałej sytuacji,
- dokonuje oceny problemów pacjenta i formułuje diagnozę pielęgniarską,
- określa priorytety działań i celów interwencji pielęgniarskiej stosownie do stanu pacjenta,
- dokonuje wyboru najwłaściwszych działań zgodnych z aktualnym poziomem wiedzy pielęgniarskiej oraz możliwościami organizacyjnymi i sprzętowymi w oddziale,
- organizuje sprawne przyjęcie chorego w oddziale zgodnie z przyjętymi procedurami,
- zakłada obowiązującą w oddziale dokumentację chorego,
- wykonuje wg zasad i we właściwym czasie zlecenia lekarskie oraz potwierdza ich wykonanie w dokumentacji,
- rzetelnie prowadzi dokumentację pielęgniarską, wszystkie wykonane czynności potwierdza podpisem,
- zabezpiecza i przechowuje leki i środki dezynfekcyjne zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- utrzymuje w należytym stanie i gotowości narzędzia, sprzęt i aparaturę niezbędne do udzielania pierwszej pomocy i zastosowania przymusu bezpośredniego oraz wykonywania zabiegów pielęgnacyjno- leczniczych,

DIAGNOSTA LABORATORYJNY

Czynności diagnostyki laboratoryjnej obejmują:

- badania laboratoryjne, mające na celu określenie właściwości fizycznych, chemicznych i biologicznych oraz składu płynów ustrojowych, wydzielin, wydalin i tkanek pobranych dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych;
- mikrobiologiczne badania laboratoryjne płynów ustrojowych, wydzielin, wydalin i tkanek pobranych dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno - epidemiologicznych;
- działania zmierzające do ustalenia zgodności tkankowej;
- wykonywanie oceny jakości i wartości diagnostycznej badań, o których mowa w pkt 1–3 oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyniku badań;

System udzielania pierwszej pomocy

Wybrani pracownicy szpitala posiadają zaświadczenie ze szkolenia ALS I BLS/AED dla medyków o tematyce „Transfer chorych- przemieszczanie pacjentów- zasady, techniki, stosowanie sprzętu pomocniczego” z dnia 23.09.2022 r. przeprowadzonego przez Izabela Hład- Szkolenia i doradztwo al. Najświętszej Maryi Panny 49/8, 42-202 Częstochowa.

W Szpitalu wprowadzony jest zakaz palenia wyrobów tytoniowych, w tym palenia nowatorskich wyrobów tytoniowych, i palenia papierosów elektronicznych zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia

09.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. 2023, poz. 700 ze zm.).

Zgodnie z art. 5 ust. 1a w/w ustawy na terenie obiektu, w którym obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych, umieszczono w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenie słowne i graficzne, informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych na terenie obiektu.

Przeprowadzono działania informacyjno-edukacyjne w temacie ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Zgodnie z art. 23e ust.3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2023 r., poz. 1173 z późn. zm.) podczas kontroli poinformowano o trwającej kampanii mającej na celu zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat ryzyka związanego z występowaniem radonu w naszym otoczeniu. Projekty edukacyjne mają na celu uwrażliwienie pracodawców na problem szkodliwości wysokich dawek radonu, którego niebezpieczne stężenia mogą gromadzić się m.in. w miejscach pracy. Przekazano, że wszystkie materiały edukacyjne dotyczące zagrożeń związanych z narażeniem na radon dostępne są pod adresami:

-gov.pl/poznajradon

-gov.pl/web/gis/radon2

-pzh.gov.pl/radon-pochodzenie-i-wplyw-na-zdrowie

Przeprowadzono działania informacyjno-edukacyjne w temacie częstotliwości badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.

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

Nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Podczas kontroli przeprowadzono działania edukacyjne w zakresie właściwej eksploatacji wewnętrznej sieci wodociągowej mające na celu zmniejszenie ryzyka występowania bakterii z rodzaju Legionella oraz właściwego utrzymania i eksploatacji wentylacji i klimatyzacji.

Poinformowano, iż:

Zgodnie z § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2022 poz. 402), instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

Okresowe przeglądy wentylacji mechanicznej pozwalają uniknąć nadmiernego nagromadzenia zanieczyszczeń wewnątrz instalacji. Należy tutaj zwrócić uwagę nie tylko na sprawność mechaniczną wszystkich urządzeń i akcesoriów wykorzystywanych w instalacji, gdyż zanieczyszczenia mogą sprzyjać bowiem rozwojowi bakterii, grzybów i wielu różnych drobnoustrojów. Ryzyko to potęguje obecność klimatyzacji, która generuje wilgotne środowisko w przewodach. Szybkie wykrycie i usunięcie

źródeł zanieczyszczeń przede wszystkim zmniejsza ryzyko wystąpienia zagrożenia zdrowotnego, w tym zakażenia bakterią *Legionella* sp.

Należy zwrócić szczególną uwagę na zasady postępowania z odpadami wytwarzanymi w podmiocie leczniczym, zmierzając do wyeliminowania przypadków błędów w ich kwalifikacji, a także zapobieżenia mieszania odpadów różnych rodzajów, co przyczyni się do racjonalizacji ilości wytworzonych odpadów i zapewni bezpieczeństwo pracownikom mającym styczność z odpadami medycznymi. Właściwą klasyfikację odpadów medycznych, określa rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. z 2020r. poz. 10) oraz zapewnienie odpowiednich warunków wstępnego magazynowania tych odpadów wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. z 2017r. poz. 1975). Podkreślenia wymaga fakt, że zgodnie z ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia wstępne magazynowanie odpadów medycznych zakaźnych o kodzie 18 01 02* winno odbywać się tylko w temperaturze do 10°C a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin. Odpady medyczne zakaźne o kodzie 18 01 03* powinny być wstępnie magazynowane tylko w temperaturze do 18°C z tym, że w temperaturze od 10 do 18°C może odbywać się tak długo jak pozwalają ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny, natomiast w przypadku ich magazynowania w temperaturze do 10°C czas ich przechowywania powinien być nie dłuższy niż 30 dni. W przypadku odpadów medycznych innych niż niebezpieczne o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09 – odpady te nieposiadające właściwości zakaźnych mogą być magazynowane tak długo jak pozwalają ich właściwości jednak nie dłużej niż 30 dni.

Podmiot prowadząc działalność leczniczą świadczącą usługi przy zastosowaniu narzędzi medycznych wielokrotnego użycia może przyjąć jedno z proponowanych rozwiązań:

- korzystać wyłącznie ze sterylnych wyrobów jednorazowego użycia,
- zlecać usługę sterylizacji wielorazowych wyrobów innemu wykonawcy, który przeprowadza procesy dekontaminacji w jednostce spełniającej wymogi Centralnej Sterylizatorni zgodnie z systemem zarządzania jakością lub GMP (wymóg walidacji procesu),
- korzystać z wyrobów sterylnych przygotowanych we własnym zakresie.

W każdym przypadku zasadne jest stosowanie standardów opracowanych wspólnie przez ekspertów Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa, Polskiego Stowarzyszenia Sterylizacji Medycznej, Narodowego Instytutu Leków pn. „Ogólne wytyczne dla wszystkich podmiotów wykonujących procesy dekontaminacji, w tym sterylizacji wyrobów medycznych i innych przedmiotów wielorazowego użytku wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, podczas których może dojść do przeniesienia choroby zakaźnej lub zakażenia” zaakceptowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Zgodnie z art. 63 ust. 3-5 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2022r. poz. 974 ze zm.) podmiot wykonujący działalność leczniczą oraz użytkownicy wyrobów wykorzystujący wyroby do działalności gospodarczej są obowiązani posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, wynikających z instrukcji używania wyrobu, który wykorzystują do udzielania świadczeń zdrowotnych lub usług, zawierającą co najmniej

daty wykonania tych czynności, imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu oraz kwalifikacje osób wykonujących wymienione czynności, jeżeli jest to wymagane na podstawie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 51 ust. 3.

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** uwagi 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
.....
(imię i nazwisko/stanowisko)
w wysokości..... słownie.....
(nr mandatu karnego).....
(podstawa prawna).....
5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/~~nie skorzystała~~**
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu
.....
(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
.....

2-CA DYREKTORA
ds. PIELĘGNIARSTWA
M
mgr piel. Danuta Markłowska
2 up nr 6/2019

w imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny
ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ
Katarzyna Siedlecka
Katarzyna Siedlecka
ODDZIAŁ NADZÓRU SANITARNEGO
Sekcja Epidemiologii
Starszy Asystent
Joanna Juraszek
mgr Joanna Juraszek

MŁODSZY ASYSTENT
SEKCJA HIGIENY KOMUNALNEJ
mgr inż. Agata Giza
Agata Giza
Oddział Nadzoru Sanitarnego,
SEKCJA HIGIENY PRACY
Asystent
Anita Zasada
mgr Anita Zasada

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

01 MAR. 2024

Z-C A D Y R E K T O R A
ds. P I E L Ę G N I A R S T W A

mgr piel. Danuta Markłowska

2 up nr 6/2019

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~wykorzystano~~ formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Gliwicach**.

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

