

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W GLIWICACH**

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

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 232/NS-EP/2025

Pilchowice 07.07.2025r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariusza publicznego

██████████, Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/057/22/25

██████████, Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia SSP/057/54/25

██████████, Sekcja Higieny Komunalnej, numer upoważnienia SSP/057/53/25

██████████, Sekcja Higieny Komunalnej, numer upoważnienia SSP/057/43/25

██████████, Sekcja Higieny Pracy i Nadzoru nad Chemikaliami, numer upoważnienia SSP/057/65/25

(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 2024r. poz. 416), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024r., poz. 572).

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

Szpital ul. Dworcowa 31 44-145 Pilchowice

(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 wspólników))

Funkcję organu założycielskiego pełni Urząd Marszałkowski

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

4. NIP/REGON/PKD/odpowiednio 9691162275

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*

██████████ – Asystent ds. Epidemiologii

██████████ – z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

██████████ – Specjalista ds. BHP

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli *07.07.2025 r. godz. 10³⁰, 08.07.2025r. godz. 9⁰⁰,*

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *Nie dotyczy*

4. Data i godzina zakończenia kontroli *07.07.2025r. godz. 14³⁰, 08.07.2025 r. godz. 14³⁰,*

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *0,5 godz.*

6. Zakres przedmiotowy kontroli

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

Kontrola z zakresu ogólnych wymogów bezpieczeństwa i higieny pracy.

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 82/2024/K z dnia 20.08.2024 r. zawarta z konsorcjum firm: IZAN+ Sp. z o.o., ul. Żabiniec 46, Kraków, NAPRZÓD Hospital Sp. z o.o., ul. Traktorowa 126, Łódź – na kompleksową usługę utrzymania czystości oraz czynności pomocniczych przy obsłudze pacjentów i transportu wewnętrznego (zawarta na czas określony do 31.08.2025 r.)*
- *Umowa nr 60/2025/Z z dnia 22.05.2025 r. z firmą Praxima Krakpol Sp. z o.o., ul. Dworcowa 2, 32-540 Trzebinia, m.in. na świadczenie usług prania i dezynfekcji bielizny szpitalnej (zawarta na czas określony do 31.05.2026 r.)*

- Umowa zlecenie nr 1/2025 z dnia 31.12.2024 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 31.12.2025 r.)
- Umowa zlecenie nr 2/2025 z dnia 31.12.2024 r. z Panem Joachinem Garcorzem, Leboszowice, ul. Gajowa 4, na wykonywanie usługi polegającej na przenoszeniu zwłok pacjentów z oddziałów szpitala do kostnicy przyszpitalnej (ważna do dnia 31.12.2025 r.)
- Umowa nr 01/2025/m z dnia 10.01.2025 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 31.12.2025 r.)
- Umowa nr 110/2024/Z z dn. 28.10.2024 r. zawarta z firmą REMONDIS MEDISON Sp. z o.o., Dąbrowa Górnicza, ul. Puszkina 41 – na odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych (obowiązująca do dn.31.12.2025 r.)
- Umowa nr 108/2024/Z z dnia 18.10.2024 r. zawarta z firmą Karaś DDD Sp. z o.o., ul. Wiśniowa 43, Świętochłowice, na usługi deratyzacji, dezynfekcji i dezynsekcji (ważna do 31.10.2026 r.)
- Karta przeglądów, konserwacji i napraw wentylatorów wywiewnych z dnia 17.06.2025 r.
- Protokół przeglądu agregatu prądotwórczego z dnia 28.03.2025 r. wykonany przez firmę PEX DEFENCE POLSKA, ul. Metalowców 35, 39-200 Dębica.
- Karty przekazania odpadów:
 - 18 01 03* - nr 00299/2025/KPO/0001/000018427 z dnia 2.07.2025 r.
 - 18 01 03* - nr 00303/2025/KPO/0001/000018427 z dnia 4.07.2025
 - 18 01 04 - nr 00300/2025/KPO/0001/000018427 z dnia 2.07.2025
 - 18 01 04 - nr 00304/2025/KPO/0001/000018427 z dnia 4.07.2025
 - 18 01 06* - nr 00301/2025/KPO/0001/000018427 z dnia 2.07.2025
 - 18 01 82* - nr 00302/2025/KPO/0001/000018427 z dnia 2.07.2025
 - 18 01 82* - nr 00305/2025/KPO/0001/000018427 z dnia 4.07.2025

- Procedury wraz z instrukcjami stanowiskowymi zapewniające ochronę przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi:

- Procedura „Postępowanie z odpadami” wydanie 17 z dnia 23.06.2023 r.
- Procedura „Postępowanie z bielizną szpitalną” wydanie 6 z dnia 23.06.2023 r.
- Procedura „Postępowanie ze zmarłymi” wydanie 14 z dnia 13.06.2022 r.

-Ocena ryzyka zawodowego na stanowisku:

- Starszy inspektor ds. elektro-energetycznych,
- Konserwator,
- Pracownik działu administracyjno-eksploatacyjnego,

- Orzeczenia lekarskie pracowników na stanowiskach:

- Z. W. konserwator urządzeń technicznych, aktualne do 13.06.2026 r.,
- M. F. konserwator urządzeń technicznych, aktualne do 25.04.2026 r.,
- Z. W. starszy inspektor ds. elektroenergetycznych, aktualne do 29.08.2025 r.,
- M. K. specjalista ds. eksploatacyjnych, aktualne do 4.12.2026 r.,
- M. H. specjalista ds. administracyjno-technicznych, aktualne do 22.09.2025 r.,
- D. B. kierownik działu inwestycji remontów i eksploatacji, aktualne do 6.03.2026 r.,
- B. K. starsza pielęgniarka, aktualne do 26.09.2026 r.,
- J. L. pielęgniarka oddziałowa, szpitalny aktualne do 29.09.2025 r.,
- M. W. opiekun medyczny, aktualne do 4.12.2025 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, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym;*
- *Rejestr pracowników zatrudnionych przy pracach, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym;*
- *Informacja o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym 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 szlifierki,*
 - *instrukcja bhp przy obsłudze pomp próżniowych,*
 - *instrukcja bhp przy obsłudze nożyc gilotynowych,*
 - *instrukcja bhp przy obsłudze wiertarki elektrycznej,*
 - *instrukcja bhp przy obsłudze palnika gazowego,*
 - *instrukcja bhp przy obsłudze myjki Karcher,*
 - *instrukcja bhp przy obsłudze odkurzacza Karcher,*
 - *instrukcja bhp ogólna dla pracowników działu technicznego,*
 - *instrukcja bhp w przypadku zaniku energii elektrycznej,*
- *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,*
 - *Procedura postępowania i przechowywania substancji i materiałów niebezpiecznych.*

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

- Wykaz procedur, instrukcji dotyczących zapobiegania zakażeniom szpitalnym

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli nr:

- 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.
- 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

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/objektu, 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 2024 roku liczba hospitalizacji wyniosła 2056 natomiast średnie obłożenie wynosiło 89,78%.

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 2024r. członkowie zespołu ds. zakażeń szpitalnych przeprowadzili 4 szkolenia wewnętrzne.

W placówce prowadzone są kontrole wewnętrzne w zakresie oceny ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego. W trakcie kontroli przedstawiono do wglądu protokół z dnia 10.06.2025r. z przeprowadzonej kontroli wewnętrznej.

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 2024 roku zarejestrowano 104 zakażenia szpitalne, do dnia kontroli zarejestrowano 35 zakażeń szpitalnych.

W szpitalu prowadzone są sukcesywne prace modernizacyjno-remontowe, związane między innymi ze zmianami organizacyjnymi Szpitala. Zgodnie z oświadczeniem przedstawiciela Szpitala w 2025r. powstanie szczegółowy plan remontu pomieszczeń Oddziału Chorób Płuc z odcinkiem zamkniętym leczenia gruźlicy i odcinkiem otwartym diagnostyki i chemioterapii nowotworów.

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.

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,

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.

c) Rezerwowe źródło zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną – agregat prądotwórczy JD 60M, o mocy 48 kW, zapewniający pracę przez co najmniej 48 godzin.

d) *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 zaopatrzony 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 kontenerach w wydzielonym pomieszczeniu w odrębnym budynku na terenie szpitala,
- odpady odbierane są przez firmę specjalistyczną zgodnie ze złożoną do Urzędu Gminy deklaracją.

e) *Postępowanie z odpadami medycznymi:*

- w roku 2024 wytwórca wytworzył odpady medyczne o kodach, w ilościach (wg zbiorczego zestawienia danych o rodzaju i ilości odpadów wytworzonych w roku 2024 przekazane Marszałkowi Województwa Śląskiego):
 - 18 01 03* – 10,6896 Mg/rok,
 - 18 01 04 – 1,0870 Mg/rok,
 - 18 01 06* – 0,1015 Mg/rok,
 - 18 01 08* – 0,0761 Mg/rok,
 - 18 01 09 – 0,0420Mg/rok,
 - 18 01 82* – 2,2966 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*.
- 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 +18°C), wentylację mechaniczną. W pomieszczeniu znajduje się umywalka z dostępem do bieżącej ciepłej wody (przepływowy 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,

- zgodnie z procedurą odpady medyczne o kodach:
 - 18 01 03* - gromadzone są w jednorazowych pojemnikach i/lub workach koloru czerwonego
 - 18 01 04 - gromadzone są w workach koloru niebieskiego umieszczonych w koszach pedałowach,
 - 18 01 06* - gromadzone są workach koloru żółtego na stelażach,,
 - 18 01 08* - gromadzone są w pojemnikach lub workach koloru żółtego umieszczane na stelażach lub w zamykanych pojemnikach,
 - 18 01 09 – gromadzone w opisanych sztywnych, zamykanych pojemnikach,
 - 18 01 82* - gromadzone są w pojemnikach koloru czerwonego w zamykanym pojemniku.

Ponadto odpady wysoce zakaźne gromadzone są w podwójnych opakowaniach: worek wewnętrzny koloru czerwonego, worek zewnętrzny koloru czerwonego i pojemnik jednorazowy koloru czerwonego.

- 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.

f) 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 +4). 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.

g) *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.*

h) *Preparaty do dezynfekcji stosowane m.in.:*

- *do dezynfekcji rąk: Desreman, PhagoGel,*
- *do dezynfekcji powierzchni: m.in. MediQuick, Quatrades Extra, Incidin Active, Oxivir Plus, Medicarine, Desan Spray*
- *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.

i) *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.*

j) *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.*

k) *Całodobowe usługi sprzątania i utrzymania czystości na terenie szpitala, transport wewnętrzny (m.in. odpadów i bielizny) oraz mycie i dezynfekcja środków transportu zlecono firmie sprzątajacej zgodnie z zawartą umową.*

l) *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).*

m) *W obiekcie prowadzony jest stały monitoring DDD przez firmę specjalistyczną.*

Sekcja Higieny Pracy i Nadzoru nad Chemikaliami

Na dzień kontroli w Szpitalu Chorób Płuc w Pilchowicach zatrudnionych na podstawie umowy o pracę było 102 pracowników, w tym 57 pracowników zatrudnionych na stanowiskach medycznych.

Skontrolowano następujące pomieszczenie pracy:

- pomieszczenie gospodarcze- warsztat

Skontrolowano następujące pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pracowników:

- Szatnia z toaletą i natryskiem,
- Toaleta dla personelu (piętro II),
- Pokój socjalny/ jadalnia (piętro II),

Do kontroli przedłożono karty oceny ryzyka zawodowego: - starszego inspektora ds. elektro-energetycznych, konserwatora, pracownika działu administracyjno-eksploatacyjnego.

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. 2024,poz. 1162 z późn. 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.

Zgodnie z art. 23e ust.3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2024 r., poz. 1277 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 pomieszczeń higieniczno-sanitarnych oraz zapewnienia przez pracodawcę środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego.

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

I. W trakcie kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. *Brak potwierdzenia wydania odzieży roboczej pracownikom gospodarczym zgodnie z tabelą przydziału odzieży roboczej oraz środków ochrony indywidualnej Szpitala Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach.*

Art. 237 § 1 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy Dz. U. z 2025 r. poz. 277).

2. *Niewłaściwy stan pomieszczeń pracy:*

a) Brudne ściany i ślady zalania na suficie w pomieszczeniu gospodarczym- warsztacie.

b) Nierówna posadzka w pomieszczeniu gospodarczym- warsztacie.

3. *Niewłaściwy stan pomieszczeń higieniczno – sanitarnych:*

a) Łuszcząca się farba w pomieszczeniu szatni dla pracowników gospodarczych.

b) Ślady zalania i łuszcząca się farba przy oknie w toalecie dla pracowników (piętro II).

§ 14; § 111 ust. 1, 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26.09.1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. z 2003 r., Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.).

II. Wyżej wymienione nieprawidłowości stanowią naruszenie następujących przepisów prawnych:

Art. 22 ust. 1 Ustawy z dnia 05.12.2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024r., poz. 924 ze zm.) §16, §27ust.1, §30ust.1, §33, cz. II pkt.5 załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2022, poz.402.)

- III. *Poinformowano stronę, iż zostanie wszczęte postępowanie administracyjne, w wyniku którego zostanie wystawiony rachunek za przeprowadzoną kontrolę stwierdzającą nieprawidłowości oraz zostanie wydana decyzja administracyjna.*

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.

Podczas kontroli przeprowadzono działania edukacyjne w zakresie właściwej eksploatacji wewnętrznej sieci wodociągowej mające na celu zmniejszenie ryzyka występowania bakterii z rodzaju *Legionella*.

Poinformowano stronę, iż na stronie internetowej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gliwicach (<https://www.gov.pl/web/psse-gliwice/wytyczne-gis-nadzor-wody>) dostępne są opracowania pod nazwą:

- „Zalecenia dotyczące ponownego otwierania budynków użyteczności publicznej i zamieszkania zbiorowego po wydłużonym przestoju lub ograniczonej eksploatacji, w ramach działań zapobiegających zakażeniom bakteriami z rodzaju *Legionella*”
- „Bezpieczeństwo wodne w budynkach”, dotyczące zagrożeń zdrowotnych związanych z występowaniem bakterii z rodzaju *Legionella* oraz możliwych do podjęcia działań prewencyjnych, ograniczających ryzyko zachorowań na legionelozę.

Przypomina się, iż zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r., poz. 2294), podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, są zobowiązane do przestrzegania minimalnej częstotliwości pobierania próbek wody ciepłej oraz procedur postępowania w zależności od wyniku badania bakteriologicznego określonych w części B załącznika nr 5 do ww. rozporządzenia.

Poinformowano stronę, iż na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-ministra-zdrowia-w-zakresie-wymogow-prawidlowego-funkcjonowania-pralni-dla-podmiotow-swiadczaczych-uslugi-pralnicze-na-rzecz-podmiotow-swiadczaczych-uslugi-lecznicze-szpitali>) umieszczono wytyczne w zakresie wymogów prawidłowego funkcjonowania pralni dla podmiotów świadczących usługi pralnicze na rzecz podmiotów świadczących usługi lecznicze, które mają służyć poprzez wdrożenie wytycznych przy opracowywanych specyfikacjach przetargowych.

Należy zwrócić szczególną uwagę na zasady postępowania z odpadami wytwarzanymi w podmiocie leczniczym, zmierzając do wyeliminowania przypadków błędów w ich kwalifikacji, a także zapobieżenia mieszanemu 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. ~~Wnieiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono**
(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)
4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit.....
nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

.....
(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

.....

ASYSTENT
ds. epidemiologii

Z-CA DYREKTORA
ds. PIELĘGNIARSTWA

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

STARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ
w imieniu PPIS w Gliwicach funkcjo
ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
Seksja Epidemiologii
Starszy Asystent
ASYSTENT
Seksja Higieny i Nadzoru Nau Chemikaliami
PSSE w Gliwicach
STARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ
ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ
ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
Seksja Epidemiologii
Starszy Asystent

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczęć imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **15 LIP. 2025**

SZPITAL CHOROŃ PŁUC
im. św. Józefa w Pilchowicach
44-145 Pilchowice, ul. Dworcowa 31
tel. centr. 32 331 99 00, fax 32 331 99 08
NIP 969-11-62-275, REGON 276215293

D Y R E K T O R

[Podpis]
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie 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

