



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.021.02.2020

Pani
Grażyna Stachowicz
Prezes Zarządu

Szpital Specjalistyczny w Prabutach Sp. z o.o.
ul. Kuracyjna 30
82-550 Prabuty

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/061 – Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny w Prabutach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Kuracyjna 30, 82-550 Prabuty (dalej: „Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Grażyna Stachowicz, Prezes Zarządu, od 1 lipca 2020 r. (dalej: „Prezes”). W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: - Grażyna Stachowicz, Wiceprezes Zarządu, od 27 czerwca 2019 r. do 30 czerwca 2020 r.; - Bogdan Łęski, Prezesa Zarządu, od 1 czerwca 2016 r. do 26 czerwca 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Przygotowanie świadczeniodawców do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. 2. Prawdliwość działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego.
Okres objęty kontrolą	Od dnia 1 stycznia 2017 r. do dnia 16 grudnia 2020 r., z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały związek z zagadnieniami będącymi przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	1. Joanna Szychalewska, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/190/2020 z 23 października 2020 r. 2. Małgorzata Chudzik, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/205/2020 z 30 listopada 2020 r.

(akta kontroli str.1-4)

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala polegającą na odpowiednim przygotowaniu i reagowaniu na zdarzenia związane ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia przede wszystkim:

- spełnienie wymogów w zakresie właściwego utworzenia służby bezpieczeństwa i higieny pracy³, która m.in.:
 - opracowała okresowe analizy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy⁴ i propozycji rozwiązań zmierzających do poprawy warunków pracy,
 - przeprowadzała kontrole wewnętrzne w zakresie bhp, w celu zapobiegania zagrożeniom życia i zdrowia pracowników,
 - dokonywała aktualizacji oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami,
- dokonywanie analiz określających realne potrzeby dotyczące zakupu środków ochrony indywidualnej, w celu ochrony pracowników przed zranieniami,
- opracowanie i wdrożenie procedury postępowania z ostrymi narzędziami oraz procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej, które podlegały aktualizacji,
- dokonywanie okresowych szkoleń pracowników w zakresie bhp,
- posiadanie dokumentacji potwierdzającej dopuszczenie do użytku specjalistycznych aparatów wraz z aktualnymi przeglądami wykonywanymi przez uprawnione podmioty,
- uzyskanie zezwolenia w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, w związku z wykonywaniem działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące,
- zapewnienie odpowiedniej ochrony pracownikom zatrudnionym w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, zarówno w zakresie dozymetrii jak i środków ochrony indywidualnej, a Inspektor ochrony radiologicznej rzetelnie wywiązywał się ze swoich obowiązków.

Stwierdzone nieprawidłowości, które nie miały istotnego wpływu na ocenę działalności objętej kontrolą, dotyczyły: niepowołania komisji bhp oraz nieprzeprowadzenia okresowych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji zakładowego planu postępowania awaryjnego.

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

³ Dalej: „służba bhp”.

⁴ Dalej: „bhp”.

III. Opis stanu faktycznego oraz oceny częściowej kontrolowanej działalności⁵

OBSZAR

1. Przygotowanie świadczeniodawców do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. W latach 2017-2020 (do 30 września) w Szpitalu było zatrudnionych odpowiednio: 295, 300, 280 i 299 pracowników⁶. Służbę bhp stanowiła jednoosobowa komórka bezpieczeństwa i higieny pracy⁷, która podlegała bezpośrednio pracodawcy, zgodnie z § 1 ust. 5 rozporządzenia w sprawie służby bhp⁸.

W okresie objętym kontrolą nie powołano komisji bezpieczeństwa i higieny pracy⁹, co opisano szerzej w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 7, 35, 1193, 1362-1365)

1.2. Prezes Szpitala powierzyła wykonanie zadań służby bhp pracownikowi zatrudnionemu na stanowisku specjalisty ds. bezpieczeństwa i higieny pracy¹⁰ oraz ochrony przeciwpożarowej¹¹ w niepełnym wymiarze czasu pracy¹², zgodnie z § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie służby bhp.

Część etatu poświęcona na realizację części obowiązków ppoż nie utrudniała pracownikowi realizacji zadań w zakresie służby bhp.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że zadania wykonywane przez pracownika w zakresie ppoż nie przekraczały godzinowo pełnego etatu. Ponadto zadania i prace rozdzielane są według bieżących potrzeb w zakresie wykonywanych obowiązków, a pracownik sam organizuje pracę. Samodzielne stanowisko specjalisty ds. bhp i ppoż pozwala w pełni na możliwość zaplanowania i wyboru zakresu prac według priorytetów lub według wynikających terminów realizacji.

(akta kontroli str. 1193-1199, 1362-1365)

1.3. Pracownik wykonujący zadania jednoosobowej komórki służby bhp spełniał wymagania kwalifikacyjne w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, zgodnie z § 4 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie służby bhp.

(akta kontroli str. 53-55)

1.4. Zakres działania jednoosobowej komórki służby bhp obejmował zadania określone w § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie służby bhp, m.in.:

- sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, w terminie do dnia 30 stycznia za rok poprzedni, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy¹³, zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych,

⁵ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁶ Dane według stanu na dzień 30 października 2020 r.

⁷ Dalej: „bhp”.

⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr. 109, poz. 704, ze zm.).

⁹ Dalej: „komisja bhp”.

¹⁰ Dalej: „bhp”.

¹¹ Dalej: „ppoż”.

¹² Od 17 listopada 2014 r. w wymiarze 0,4 etatu.

¹³ Analizy przedłożone w dniach: 3 stycznia 2018 r. za 2017 r., 2 stycznia 2019 r. za 2018 r., 2 stycznia 2020 r. za 2019 r.

mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,

- przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzeganie przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy¹⁴, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których pracownicy wykonują pracę zmianową, pracujący w nocy oraz na których zatrudnione osoby narażone są na zranienia/promieniowania jonizujące¹⁵,
- przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy¹⁶,
- sporządzanie i przedstawianie pracodawcy analizy procesu zarządzania środowiskiem pracy w ramach doskonalenia zintegrowanego systemu zarządzania jakością, środowiskiem oraz bezpieczeństwem i higieną pracy¹⁷,
- bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
- opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy¹⁸,
- udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków,
- sporządzanie i przedstawianie pracodawcy raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami¹⁹, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem propozycji możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień, w tym możliwości wprowadzenia do użytku nowych rodzajów narzędzi, zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem.

Pracownik wykonujący zadania jednoosobowej komórki służby bhp, po przeprowadzeniu kontroli informował Prezesa o wnioskach pokontrolnych oraz niezgodnościach lub wymaganych obserwacjach, dotyczących systemu doskonalenia jakości, norm i certyfikatów. Dodatkowo podejmowano działania prewencyjne²⁰ w zakresie zmieniających się przepisów i warunków pracy, kierowane

¹⁴ Protokoły pokontrolne w zakresie bhp: 1/2017 z dnia 4 stycznia 2017 r., 2/2017, 3/2017 z dnia 8 lutego 2017 r., 6/2017, 7/2017 z dnia 5 kwietnia 2017 r., 10/2017 z dnia 19 czerwca 2017 r., 11/2017 z dnia 3 lipca 2017 r., 13/2017 z dnia 23 sierpnia 2017 r., 1/2018, 2/2018, 3/2018 z dnia 11 kwietnia 2018 r., 4/2018 z dnia 16.04.2018 r., 5/2018 z dnia 6 maja 2018 r., 6/2018 z dnia 13 czerwca 2018 r., 7/2018 z dnia 4 lipca 2018 r., 8/2018 z dnia 17 września 2018 r., 9/2018 r. z dnia 14 listopada 2018 r., 1/2019, 2/2019 z dnia 23 stycznia 2019 r., 3/2019 z dnia 4 marca 2019 r., 4/2019 z dnia 4 lutego 2019 r., 6/2019 z dnia 3 czerwca 2019 r., 7/2019, 8/2019 z dnia 3 czerwca 2019 r., 9/2019 z dnia 12 czerwca 2019 r., 10/2019 z dnia 19 czerwca 2019 r., 11/2019 z dnia 25 czerwca 2019 r., 13/2019 z dnia 15 lipca 2019 r., 15/2019, 16/2019 z dnia 26 sierpnia 2019 r., 17/2019, 18/2019 z dnia 14 października 2019 r., 20/2019 z dnia 30 października 2019 r., 21/2019 z dnia 20 listopada 2019 r., 1/2020 z dnia 27 stycznia 2020 r., 2/2020, 3/2020 z dnia 5 lutego 2020, 4/2020 z dnia 10 lutego 2020 r., 5/2020 z dnia 16 marca 2020 r., 6/2020 z dnia 3 czerwca 2020, 10/2020, 11/2020 z dnia 24 sierpnia 2020 r.

¹⁵ Ocena narażenia pracowników na promieniowanie jonizujące opracowane za poszczególne lata 2017-2019.

¹⁶ Protokoły pokontrolne: nr 4/2017 z dnia 8 marca 2017 r., 5/2017 z dnia 22 marca 2017 r., 8/2017, 9/2017 z dnia 12 kwietnia 2017 r., 12/2017 z dnia 3 lipca 2017 r., 3/2018 z dnia 11 kwietnia 2018 r., 14/2019 z dnia 15 lipca 2019 r.

¹⁷ Analizy z dnia 3 stycznia 2018 r. i 2 stycznia 2019 r.,

¹⁸ Protokół z kontroli wewnętrznej: nr 04/2019, 5/2019 z dnia 4 lutego 2019 r., 13/2019, 14/2019 z dnia 15 lipca 2019 r., 9/2020 z dnia 22 czerwca 2020 r.

¹⁹ Okres sprawozdawczy: od 30 listopada 2016 r. do 10 kwietnia 2017 r., od 10 kwietnia 2017 r. do 9 października 2017 r., od 10 października 2017 r. do 12 lutego 2018 r., od 12 lutego 2018 r. do 20 sierpnia 2018 r., od 20 sierpnia 2018 r. do 2 stycznia 2019 r., od 2 stycznia 2019 r. do 19 czerwca 2019 r., od 20 czerwca 2019 r. do 11 grudnia 2019 r., od stycznia do marca 2020 r., od marca do maja 2020 r., od kwietnia do sierpnia 2020 r.

²⁰ Nr DZP/PK/5/2019 z dnia 6 marca 2019 r. – realizacja zadań prewencyjnych w związku z pomiarami dla środowiska pracy pola elektromagnetycznego, nr PK/03/2019 z dnia 4 marca 2019 r. – prewencja zdarzeń potencjalnie wypadkowych z udziałem podwykonawców, nr PK/2/2020 z dnia 5 marca 2020 r. – działania prewencyjne – rękawice chroniące przed przecięciami i zakłuciami, nr PK/5/2020 z dnia 16 marca 2020 r. – działania prewencyjne w zakresie ochrony pracowników.

do lekarza medycyny pracy, pomiarów środowiska pracy dla urządzeń fizjoterapii²¹ oraz występowało o opinie w zakresie technicznych napraw dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.

Wnioski i zalecenia po ekspozycji zawodowej oraz elementy działania profilaktycznego uwzględniano w protokołach powypadkowych. W lutym 2020 r. w wyniku zakłucia odpadem medycznym pracownika działu technicznego przedłożono wniosek dotyczący zakupu rękawic ochronnych antyprzebieciowych dla pracowników działu technicznego oraz salowych, w celu ochrony przed zranieniem ostrym narzędziem.

Do zakresu obowiązków pracownika²² w ramach ppoż należało, m.in.: przeprowadzanie kontroli wewnętrznych, ćwiczeń z ewakuacji (przeprowadzane raz w roku), opracowywanie instrukcji ppoż (raz w roku) oraz formowania doraźnych wniosków. W ramach ppoż część obowiązków realizowana była przez dział techniczno-eksploatacyjny szpitala, który zajmował się m.in.: dokonywaniem bieżących przeglądów, odbiorem sprzętu, uzgadnianiem szczegółów umów, zakupem nowego sprzętu ppoż, przeprowadzaniem oględzin powykonawczych, zawieraniem umów w ramach prowadzonych prac ppoż (np. konserwacja, przeglądy sprzętu).

Pracownik zajmujący stanowisko specjalisty ds. bhp wyjaśnił, że współpraca z pracodawcą przebiegała bardzo poprawnie. Podczas wykonywania obowiązków nie wystąpiły problemy w zakresie realizacji ustalonych zadań w odniesieniu do problemu ekspozycji zawodowej pracowników.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że współpraca ze służbą bhp przebiegała wzorowo.

(akta kontroli str. 49-52, 1362-1365)

1.5. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzono ocenę ryzyka zawodowego dla poszczególnych stanowisk pracy, związanego ze zranieniami ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny²³, okresowo raz na dwa lata²⁴, co było zgodne z § 3 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie²⁵.

Metoda opracowania ryzyka oparta była o szacowanie ryzyka według risc score²⁶, w której wykorzystywano trzy parametry: wskaźnik prawdopodobieństwa zaistnienia zdarzenia wypadkowego, czas ekspozycji (wystawienia) na czynnik niebezpieczny, możliwe skutki, oraz ich ciężkość. Służba bhp opracowała procedurę zarządzania ryzykiem zawodowym²⁷ oraz prowadziła rejestr wszystkich obowiązujących w szpitalu ryzyk zawodowych.

(akta kontroli str. 313-524)

1.6. W Szpitalu podejmowano działania, w celu eliminacji lub ograniczenia ryzyka narażenia wystąpienia zranień ostrymi narzędziami oraz zakażeń poprzez:

- odbycie szkoleń²⁸, w tym powypadkowych lub poekspozycyjnych, w celu zwiększenia świadomości i wiedzy pracowników o środowisku pracy, w którym

²¹ Nr PK/7/2020 PK/8/2020 z dnia 17 czerwca 2020 r.

²² Dotyczyło to tego samego pracownika, wykonującego zadania służby bhp.

²³ Dalej: „ocena ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami”.

²⁴ Ocenę ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami przeprowadzono w 2017 r. i w 2019 r.

²⁵ Rozporządzenie 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 (Dz. U. poz. 696).

²⁶ Jakościowa metoda oceny ryzyka zawodowego w miejscu pracy.

²⁷ Opracowano w dniu 30 października 2015 r.

²⁸ Przeprowadzone w dniach: 24 stycznia 2017 r., 6, 13, 15 marca 2017 r., 14 czerwca 2017 r., 4 lipca 2017 r., 26 stycznia 2018 r., 1 marca 2018 r., 10 września 2019 r., 18 października 2019 r., 4 lutego 2020 r., 12 i 17 lutego 2020 r., 11 października 2020 r.

wykonują swoje obowiązki, przewidzianych w procedurze „Szkolenie, świadomość, kompetencje i motywacja”,

- wzmocnienie profilaktyki wypadków, tj.: zapewnienie środków ochrony indywidualnej na stanowiskach z czynnikami szkodliwymi i niebezpiecznymi, wyposażenie pracowników w fartuchy i obuwie ochronne, stosowanie odpowiednich rękawic ochronnych zabezpieczających przed rozdarciem,
- analizę wyników oceny ryzyka zawodowego, poddanie aktualizacji bądź wprowadzenie nowych ocen,
- wnioskowanie o rozpatrzenie zakupu i stosowanie nowoczesnych narzędzi uniemożliwiających lub ograniczających narażenie na zranienia ostrymi narzędziami, takich jak „igła bezpieczna” zaprojektowana, aby zapewnić ochronę przed zakłuciami po iniekcji,
- przeprowadzanie zalecanych szczepień ochronnych²⁹ (na podstawie analizy ryzyka) wymaganych przy wykonywaniu obowiązków służbowych, w celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych wśród pracowników narażonych na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych.

W opracowanych ocenach ryzyka dla stanowisk pracy związanych z narażeniem na kontakt z materiałem biologicznym, potencjalnie zakaźnym, wskazywano działania profilaktyczne, w celu ograniczenia lub eliminacji poziomu ryzyka zakłuć.

W Szpitalu raz w roku dokonywano analiz w zakresie ilości i rodzaju środków ochrony indywidualnej, określających realne potrzeby w tym zakresie. Realizacja zakupu sprzętu, narzędzi i ocena ich dostępności wynikały z częstotliwości przeprowadzanych procedur przetargowych lub w zależności od realnych potrzeb. Z uwagi na rozwój technologiczny i oczekiwania pracowników, w celu zwiększenia poziomu bezpieczeństwa, sukcesywnie zwiększano ilość bezpiecznego sprzętu medycznego.

W latach 2017-2020 (do 16 listopada) w Szpitalu poniesiono koszty w zakresie zakupu bezpiecznego sprzętu medycznego oraz ostrego sprzętu medycznego w łącznej wysokości 1 401,3 tys. zł (w 2017 r. – 359,4 tys. zł, w 2018 r. – 385,6 tys. zł, w 2019 r. – 363,7 tys. zł i w 2020³⁰ r. – 292,6 tys. zł, z tego:

- a) 301,5 tys. zł (w 2017 r. – 61,5 tys. zł, w 2018 r. – 78 tys. zł, w 2019 r. – 85,2 tys. zł i w 2020³¹ r. – 76,8 tys. zł) w zakresie bezpiecznego sprzętu medycznego³²,
- b) 1 099,8 tys. zł (w 2017 r. – 297,9 tys. zł, w 2018 r. – 307,6 tys. zł, w 2019 r. – 278,5 tys. zł i w 2020³³ r. – 215,8 tys. zł) w zakresie ostrego sprzętu medycznego.

W latach 2017-2020 (do 16 listopada) łączny udział bezpiecznego sprzętu medycznego w zakupach ogółem wynosił odpowiednio 17%, 20%, 23% i 26%.

Elementem ograniczenia ryzyka narażenia personelu na konsekwencje związane z zakłuciami były szczepienia ochronne, którym podlegali pracownicy w zakresie czynności i kontaktu z materiałami biologicznymi. W okresie od dnia 1 stycznia 2017 r. do dnia 14 grudnia 2020 r. w Szpitalu wyszczepiono 17 pracowników³⁴. Udział pracowników wyszczepionych w porównaniu do personelu medycznego

²⁹ Rejestr szczepień prowadzono w dziale epidemiologicznym.

³⁰ Do dnia 16 listopada.

³¹ Do dnia 16 listopada.

³² Bezpieczne kaniule dożylnie, ampułki bezigłowe, tępe nożyczki chirurgiczne i skalpele bezpieczne.

³³ Do dnia 16 listopada.

³⁴ W 2017 r. – jeden pracownik (WZWB-B-1), w 2018 r. – trzech pracowników (WZWB B-3), w 2019 r. – czterech pracowników (WZWB B-4), w 2020 r. – trzech pracowników (WZWB/B), trzech pracowników przeciw tężcowi i trzech pracowników (WZW A).

zatrudnionego na koniec lat 2017-2020³⁵ wynosił odpowiednio: 8%, 20%, 12% i 20%.

(akta kontroli str. 57-65, 714-716)

1.7. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu opracowano, wdrożono oraz poddano aktualizacji procedury postępowania z ostrymi narzędziami oraz procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej, tj.:

- postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał,
- stosowania środków ochrony indywidualnej i odzieży roboczej,
- zdarzenia potencjalnie wypadkowego – analiza i zgłoszenia,
- zapobiegania, gotowości i reagowania na wypadki przy pracy i poważne awarie,
- organizowania prac i działań związanych ze znacznymi zagrożeniami,
- badania chorób zawodowych i zdarzeń potencjalnie wypadkowych,
- zarządzania środowiskiem pracy,
- instrukcja bhp przy pracy z ostrymi narzędziami,
- plan promocji zdrowia i prewencji bhp dla pracowników w sytuacji związanej z COVID-19.

Przy opracowaniu powyższych procedur współpracowano ze służbą bhp uwzględniając zgłaszane przez nią uwagi/wnioski dotyczących treści regulacji.

Każde zdarzenie z udziałem lub w kontakcie z materiałem zakaźnym³⁶, rozpatrywane było w charakterze wypadku przy pracy a powyższe procedury były stosowane we wszystkich komórkach organizacyjnych szpitala i odnosiły się do poszczególnych stanowisk pracy³⁷, na których możliwe było narażenie na czynniki o działaniu toksycznym, chorobotwórczym lub zakaźnym. Powyższe procedury były dostępne w formie papierowej oraz elektronicznej na platformie systemu zarządzania jakością. Procedury oraz instrukcje były weryfikowane raz do roku, poprzez umieszczenie na ich odwrocie zapisu dotyczącego sprawdzenia bądź wymaganej aktualizacji wynikającej ze zmieniających się aktów prawnych, zaleceń po kontroli audytów zewnętrznych lub innych zmian systemowych związanych z zarządzaniem szpitala. Pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością był odpowiedzialny za:

- nadzór wewnętrzny nad procedurami i instrukcjami,
- przekazanie procedur i instrukcji w formie papierowej do poszczególnych komórek, pracowni, oddziałów szpitalnych oraz poradni i zapoznanie z ich treścią wszystkich pracowników. Znajomość procedur weryfikowano podczas rocznych audytów wewnętrznych lub innych kontroli prowadzonych w danych komórkach, pracowniach czy poradniach.

Zasady postępowania z ostrymi narzędziami oraz używania środków ochrony indywidualnej podlegały rocznej ocenie lub aktualizacji, w wyniku której pracownicy byli zobowiązani do zapoznania się z nowymi wytycznymi. Służba bhp opracowywała uwagi i wnioski dotyczące aktualizacji, zmiany czy poprawy procedur związanych z zapewnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków pracy.

(akta kontroli str. 543-688)

1.8. W Szpitalu prowadzono szkolenia pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wstępnych, instruktażowych i okresowych, zgodnie z procedurą „szkolenie, świadomość, kompetencje i motywacja”. Zapoznanie pracownika z elementami zagrożenia na danym stanowisku pracy oraz stosowanych

³⁵ Do dnia 16 grudnia.

³⁶ Materiał biologiczny potencjalnie zakaźny: krew, wydaliny i wydzieliny zawierające widoczne domieszki krwi (kał, mocz, wymiociny, wydaliny z nosa), płyn mózgowo-rdzeniowy, opłucnowy, maziowy, osierdziowy, otrzewnowy, nasienie, wydzielina pochłowa.

³⁷ Pracownicy medyczni: lekarze, pielęgniarki, technicy, diagności, pracownicy sterylizacji, salowe, pracownicy działu technicznego oraz personel pomocniczy.

środków ochrony indywidualnej uwzględniano również w ocenie ryzyka zawodowego dla każdego stanowiska pracy.

Na podstawie akt osobowych 51 wybranych losowo pracowników³⁸ personelu medycznego ustalono, że:

- wszyscy odbyli obowiązkowe szkolenie wstępne oraz instruktaż stanowiskowy, przed dopuszczeniem pracownika do pracy, które prowadził pracownik służby bhp,
- 47 pracowników³⁹ przeszło szkolenia okresowe⁴⁰, w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Ewidencja osób przeszkolonych była prowadzona w formie elektronicznej oraz papierowej, a kserokopię zaświadczenia z odbytego szkolenia przechowywano w aktach osobowych pracownika.

Szkolenia okresowe organizowane były przez podmioty zewnętrzne, których przedmiotem były zagadnienia dotyczące narażenia pracownika na oddziaływanie czynników niebezpiecznych i szkodliwych w czasie wykonywania obowiązków zawodowych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym:

- prawidłowego postępowania z ostrymi narzędziami,
- potencjalnego zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowanego zranieniem ostrym narzędziem oraz kontaktem z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym,
- wyposażenia i stosowania środków ochrony indywidualnej odpowiednich dla rodzaju i stopnia narażenia;
- okoliczności i przyczyn zranień ostrymi narzędziami.

(akta kontroli str. 687-713, 939-1049, 1262-1265)

1.9. W Szpitalu, w związku z wykonywaniem działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, uzyskano zezwolenia od Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej⁴¹, co było zgodne z art. 5 ust. 4 ustawy Prawo atomowe⁴².

Dla działalności związanej z wykonaniem badań rentgenowskich⁴³ przy narażeniu na promieniowanie jonizujące związane ze stosowaniem aparatów rtg w szpitalu, opracowano i wdrożono program zapewnienia jakości⁴⁴, który stanowił integralną część zakładowego systemu zarządzania jakością, wprowadzonego zgodnie z normami ISO⁴⁵. Program zapewnienia jakości zawierał dane dotyczące, m.in.: struktury i podległości administracyjnej, zakresu działalności klinicznej, eksploatowanego sprzętu medycznego, kompetencji personelu i odpowiedzialności w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, zapewnienia poufności informacji w dokumentacji medycznej, sposobu zabezpieczenia źródeł promieniotwórczych przed uszkodzeniem, co było zgodne z art. 7 ust. 2a ustawy Prawo atomowe.

³⁸ Ośmiu zatrudnionych na stanowisku lekarza, jeden na stanowisku młodszego asystenta w Pracowni Diagnostycznej oraz 42 na stanowisku pielęgniarza/pielęgniarki.

³⁹ Czterech pracowników zatrudnionych na stanowisku lekarza nie odbyło okresowego szkolenia z uwagi na zatrudnienie od listopada 2020 r.

⁴⁰ W grudniu 2015 r. – jeden pracownik (szkolenie okresowe zaplanowane na I kwartał 2021 r., z uwagi na COVID-19), w 2017 r. – sześciu pracowników i w 2020 r. – 40 pracowników.

⁴¹ Decyzje nr: 57-HR/Z/A/17 z dnia 24 marca 2017 r., 37-HR/Z/A/17 z dnia 24 marca 2017 r., 73-HR/Z/A/20 z dnia 24 lipca 2020 r., 43-HR/Z/A/20 z dnia 24 lipca 2020 r., 109-HR/Z/A/20 z dnia 13 października 2020 r.

⁴² Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm.).

⁴³ Dalej: „rtg”.

⁴⁴ Obowiązuje od 7 stycznia 2020 r., program zastąpił opis pracowni diagnostyki obrazowej.

⁴⁵ Dokumenty standaryzujące poszczególne płaszczyzny funkcjonowania organizacji i przedsiębiorstw, ISO 9001: 2015; ISO 14001:2015; PN-N-18001:2004.

Zarząd Spółki odpowiadał m.in. za: nadzór nad funkcjonowaniem zintegrowanego systemu zarządzania⁴⁶, politykę ZSZ oraz cele jakościowe, środowiskowe, bhp i strategiczne w organizacji. Ponadto prowadził politykę jakości w zakresie bezpieczeństwa pracy i ochrony radiologicznej, przy stosowaniu aparatów rtg, zapewniał środki ochrony osobistej i dozymetrycznej niezbędne do ochrony radiologicznej pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące.

Zgodnie ze zintegrowanym systemem zarządzania jakością, program zapewnienia jakości został opracowany przez kierownika pracowni diagnostyki obrazowej, a następnie zatwierdzony przez Zarząd. Pracownicy narażeni na promieniowanie jonizujące zostali objęci programem zapewnienia jakości. Za dystrybucję procedury odpowiadał pełnomocnik do spraw zapewnienia jakości. Pracownicy zapoznali się z programem, co potwierdzili w dokumentacji własnoręcznym podpisem.

Wdrożony program zapewnienia jakości był aktualizowany w zakresie aparatury używanej w diagnostyce obrazowej oraz zmiany składu osobowego Zarządu, a nie był w zakresie wystąpienia zdarzenia radiacyjnego.

(akta kontroli str. 1092-1098, 1157-1162, 1174-1175)

1.10. Główny Inspektor Sanitarny nadał w drodze decyzji administracyjnej⁴⁷, uprawnienia inspektorowi ochrony radiologicznej do sprawowania w szpitalu nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej, co było zgodne z art. 7 ust. 12 ustawy Prawo atomowe⁴⁸.

(akta kontroli str. 6, 1123)

1.11. W latach 2017-2020⁴⁹ pracownik pełniący funkcję Inspektora ochrony radiologicznej wywiązywał się z obowiązków i uprawnień dotyczących sprawowania nadzoru nad ochroną radiologiczną.

Inspektor ochrony radiologicznej podlegał bezpośrednio Prezesowi Zarządu. Wyjaśnił, że nie napotkał na trudności uniemożliwiające właściwe wywiązywanie się ze swoich obowiązków i uprawnień.

W okresie objętym kontrolą nie odnotowano żadnych zdarzeń/wypadków, mających wpływ na bezpieczeństwo i zapewnienie ochrony radiologicznej pracownikom.

(akta kontroli str. 1117-1122, 1126-1128, 1130-1131, 1146-1148, 1172-1173, 1287-1292, 1300-1305, 1334-1362)

1.12. W Szpitalu (stosownie do art. 26 pkt 1 ustawy Prawo atomowe) zapewniono pracownikom wykonującym zadania w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące m.in.:

- opiekę medyczną poprzez regularne badania pracowników,
- odpowiednie wyposażenie w osłony oraz środki ochrony indywidualnej w postaci: fartuchów ochronnych, kołnierzy ochronnych na tarczycę, rękawic ochronnych, okularów ochronnych ze szkła ołowiowego, osłon na gonady oraz osłon jezdnych⁵⁰, a także sprzęt dozymetryczny, tj. dawkomierze indywidualne i dawkomierz środowiskowy.

W Szpitalu zapewniono prowadzenie pomiarów dozymetrycznych i ich ewidencję, co było zgodne z art. 26 pkt 2 ustawy Prawo atomowe. Instytut Fizyki Jądrowej im. Henryka Niewodniczańskiego Polskiej Akademii Nauk w Krakowie przekazał Szpitalowi w dawkomierze oraz dokonywał odczytów dawek indywidualnych

⁴⁶ Dalej: „ZSZ”.

⁴⁷ Nr 161 R/2016 z dnia 4 listopada 2016 r.

⁴⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 1792.

⁴⁹ Do dnia 16 grudnia.

⁵⁰ Zgodnie z wyszczególnieniem wyposażenia pracowni w aparaturę rentgenowską, osłony i środki ochrony indywidualnej dla pracowników i pacjentów oraz informacją o rodzaju wykonywanych badań.

i środowiskowych, zgodnie z umowami zawartymi na wykonywanie powyższych usług.

Wyposażenie Szpitala w środki ochrony indywidualnej, przyrządy dozymetryczne i inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym były zgodne z wyposażeniem ustalonym przez Inspektora ochrony radiologicznej (odpowiednio do art. 7² ust 1 pkt 10 ustawy Prawo atomowe).

Z wyjaśnień Prezesa Zarządu wynika, że potrzeby w zakresie ochrony radiologicznej były analizowane w trakcie spotkań (raz w miesiącu) z kadrami zarządzającą w komórkach organizacyjnych Szpitala. Prezes Zarządu zasięgała także ustnych opinii Inspektora ochrony radiologicznej w zakresie m.in.: środków ochrony osobistej, opracowania nowych instrukcji i procedur oraz postępowań przetargowych na zakup urządzeń rentgenowskich. Inspektor ochrony radiologicznej rekomendował także wybór laboratorium badawczego dozymetrii indywidualnej i środowiskowej oraz sporządzał coroczne oceny narażenia pracowników na promieniowanie jonizujące, które były uwzględniane przez Prezesa Zarządu.

Od 1 października 2020 r. dozymetrią indywidualną w Szpitalu było objętych 15 pracowników, którzy korzystali⁵¹ z 15 indywidualnych dawkomierzy termoluminescencyjnych typu DI-02. Ponadto w nastawni RTG/TK umieszczono jeden dawkomierz środowiskowy typu DI-04. Dla powyższych dawkomierzy wydano świadectwa przydatności⁵² na okres od 1 października do 31 grudnia 2020 r.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że pracownicy firm zewnętrznych, którzy montowali aparaturę rentgenowską lub dokonywali przeglądów technicznych byli wyposażeni we własne środki ochrony osobistej i dozymetrycznej.

W Szpitalu obowiązywała procedura dotycząca zasad indywidualnej kontroli dozymetrycznej personelu⁵³, w zakresie odpowiedniego stosowania dozymetrów indywidualnych w sytuacji narażenia na promieniowanie jonizujące. W dniu 10 grudnia 2020 r. dokonano aktualizacji procedury w ramach pozostawienia dozymetru indywidualnego w pobliżu urządzeń emitujących promieniowanie jonizujące, w celu wykluczenia sytuacji naświetlenia dozymetru bez obecności pracownika.

(akta kontroli str. 1107-1116, 1146-1148, 1172-1173, 1286, 1293-1299, 1306-1333)

1.13. W Szpitalu pracownicy zatrudnieni w warunkach narażenia na czynniki szkodliwe, zostali zakwalifikowani do kategorii narażenia B⁵⁴. Na podstawie wyników pomiarów dozymetrycznych⁵⁵, które nie wykazały przekroczenia dawek granicznych dla żadnej z osób objętych kontrolą indywidualną jak i środowiskową oraz na podstawie pomiarów dozymetrycznych pomieszczeń pracowni dokonanych przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną Oddział Higieny Radiacyjnej w Gdańsku, poziom narażenia pracowników nie zwiększył się w porównaniu

⁵¹ Dawkomierze przekazano Szpitalowi do używania zgodnie z zapisami umowy na usługę odczytu dawek indywidualnych/środowiskowych zawartej 30 stycznia 2020 r. z Instytutem Fizyki Jądrowej im. Henryka Niewodniczańskiego Polskiej Akademii Nauk w Krakowie.

⁵² Świadectwa przydatności wydane przez Laboratorium Dozymetrii Indywidualnej i Środowiskowej Instytutu Fizyki Jądrowej im. Henryka Niewodniczańskiego Polskiej Akademii Nauk w Krakowie: nr 317814/2020 z 26 sierpnia 2020 r. oraz 322002/2020 z 18 września 2020 r.

⁵³ Nr dokumentu: QP-DO-05, wydanie 1:02.01.2015, 2:02.01.2018 oraz 3:10.12.2020.

⁵⁴ W celu dostosowania sposobu oceny zagrożenia pracowników w jednostkach organizacyjnych do jego spodziewanego poziomu, w zależności od wielkości zagrożenia, wyróżnia się dwie kategorie pracowników: kategorię A obejmującą pracowników, którzy mogą być narażeni na dawkę skuteczną (efektywną) przekraczającą 6 mSv w ciągu roku lub dawkę równoważną przekraczającą 15 mSv rocznie dla soczewek oczu lub 150 mSv rocznie dla skóry lub kończyn oraz kategorię B obejmującą pracowników, którzy nie zostali zaliczeni do kategorii A.

⁵⁵ Ujętych w ocenie narażenia pracowników na promieniowanie jonizujące za lata 2017-2019.

z poprzednimi okresami pomiarowymi. Z uwagi na zakwalifikowanie pracowników do kategorii narażenia B, nie było obowiązku gromadzenia informacji o dawkach w centralnym rejestrze.

W okresie objętym kontrolą, z uwagi na niezatrudnianie nowych osób do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, nie występowało do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki o uzyskiwanie informacji o otrzymanych dawkach z centralnego rejestru dawek.

Pracownicy⁵⁶ zostali przeszkoleni w zakresie sposobów ochrony przed zagrożeniami promieniowania jonizującego i praktycznego jego zastosowania w pracowniach radiologicznych⁵⁷. Inspektor ochrony radiologicznej podczas szkoleń⁵⁸ informował pracowników o stanie ochrony radiologicznej, rozwiązaniach w zakresie ochrony radiologicznej mających bezpośredni lub pośredni wpływ na poziom ochrony radiologicznej pracowników oraz o ich poziomie narażenia, w tym o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego, co było zgodne z art. 32b ustawy Prawo atomowe.

(akta kontroli str. 1099-1106, 1126-1131)

1.14. Prezes Zarządu wyjaśniła, że pracownice rentgenowskie⁵⁹ spełniały wymagania określone w § 2-20 rozporządzenia ws. bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi⁶⁰.

(akta kontroli str. 1188-1192)

1.15. Prezes Zarządu potwierdziła, że w pracowniach rentgenowskich znajdowały się dokumenty, zgodnie z § 22 rozporządzenia ws. bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi, m.in.:

- zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich znajdujących się w pracowni i uruchomienie pracowni,
- projekt pracowni lub gabinetu (rzuty pomieszczeń) wraz z projektem i opisem osłon stałych oraz wentylacji, zatwierdzonym przed uruchomieniem aparatu rentgenowskiego w tym także urządzeń sygnalizacyjnych i blokujących,
- instrukcje obsługi i świadectwa wzorcowania aparatury dozymetrycznej,
- protokoły pomiarów dozymetrycznych,
- protokoły pokontrolne,
- dokumenty programu bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej oraz instrukcja ochrony radiologicznej,
- zapisy dotyczące wewnętrznych testów kontroli parametrów technicznych aparatów rentgenowskich,
- ewidencję osób zatrudnionych w pracowni rentgenowskiej z podziałem na odpowiednie kategorie narażenia dawek otrzymanych przez pracowników oraz orzeczeń lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do pracy pracowników na określonym stanowisku.

(akta kontroli str. 1188-1192)

1.16. W Szpitalu pracownia diagnostyki obrazowej była zakwalifikowana jako teren nadzorowany, z uwagi na możliwość otrzymania dawek określonych dla pracowników kategorii narażenia B w warunkach narażenia na czynniki szkodliwe, co było zgodne z art. 18 ust. 1 pkt 2 ustawy Prawo atomowe.

⁵⁶ Dziesięciu pracowników zatrudnionych na dzień 14 grudnia 2020 r.

⁵⁷ Szkolenia wstępne przeprowadzono przed przystąpieniem pracowników do pracy.

⁵⁸ Szkolenia przeprowadzono w dniu 31 sierpnia 2020 r.

⁵⁹ Diagnostyka obrazowa: pracownia RTG, pracownia TK, pracownia USG.

⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1325).

Ponadto w Szpitalu spełniono wymagania dla terenu nadzorowanego, określone w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2007 r. w sprawie podstawowych wymagań dotyczących terenów kontrolowanych i nadzorowanych⁶¹.

(akta kontroli str. 1085-1091, 1099-1102, 1110-1112)

1.17. W okresie objętym kontrolą, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Malborku (dalej: „PSSE”) oraz Państwowa Inspekcja Pracy w Gdańsku⁶² (dalej: „PIP”) przeprowadziły w szpitalu cztery⁶³ kontrole, m.in.: warunków pracy, przestrzegania przepisów prawa pracy (w tym bhp) oraz oceny realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych. Ponadto Pomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny przeprowadził kontrolę⁶⁴ dotyczącą dokonanych przeglądów radiologicznych w zakresie: paszportów technicznych z wpisem o poprawnym montażu, sprawozdań z testów specjalistycznych dla aparatury radiologicznej, sprawozdań z pomiarów mocy dawki oraz protokołów pomiarów wentylacji mechanicznej.

W wyniku powyższych kontroli nieprawidłowości nie stwierdzono.

(akta kontroli str. 1050-1084, 1176-1179)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W okresie od dnia 1 stycznia 2017 r. do dnia 16 grudnia 2020 r. w Szpitalu nie powołano komisji bhp, co było niezgodne z art. 237¹² § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.⁶⁵ Kodeksu pracy, który stanowi, że pracodawca zatrudniający więcej niż 250 pracowników powołuje komisję bhp, jako swój organ doradczy i opiniotwórczy.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że zadania komisji bhp do tej pory były realizowane przez służbę bhp poprzez konsultowanie różnych kwestii bhp z pracownikami lub ich przedstawicielami na wspólnych spotkaniach czy panelach dyskusyjnych.

Ograniczając do minimum ryzyko związane z zagrożeniem biologicznym jakim jest koronawirus, przeniesiono obowiązek powołania komisji bhp z uwagi na brak możliwości kwartalnego spotkania się z członkami komisji, przybywanie znacznej liczby pracowników na kwarantannach i innych ograniczeń związanych z pandemią. Mając powyższe na uwadze oraz utrudnienia organizacyjne, techniczne, kadrowe, sanitarne, obowiązek realizacji komisji bhp został przeniesiony na 2021 r.

(akta kontroli str. 1362-1370)

Zdaniem NIK powyższe wyjaśnienia nie mogą stanowić wystarczającego usprawiedliwienia dla działań niezgodnych z powyższym przepisem.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala polegającą na odpowiednim przygotowaniu w zakresie identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Powyższą ocenę uzasadnia przede wszystkim: sporządzanie okresowych analiz stanu bhp i propozycji rozwiązań zmierzających do poprawy warunków pracy, przeprowadzanie kontroli przez służbę bhp dotyczącej warunków pracy oraz przestrzegania przepisów bhp, właściwe wdrożenie procedur postępowania z ostrymi narzędziami oraz procedur używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej, przeprowadzanie analiz określających

⁶¹ Dz. U. Nr 131, poz. 910.

⁶² Oddział w Starogardzie Gdańskim.

⁶³ PSSE w dniach: 24 listopada 2017 r., 7 września 2018 r. i 20 września 2019 r., PIP w dniu 13 sierpnia 2019 r.

⁶⁴ W dniu 21 marca 2017 r.

⁶⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.

realne potrzeby dotyczące zakupu środków ochrony indywidualnej, zapewnienie bezpłatnych szczepień pracowników.

Stwierdzona nieprawidłowość, która nie miała istotnego wpływu na ocenę działalności objętej kontrolą, dotyczyła niepowołania komisji bhp.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W Szpitalu opracowano procedurę postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał, zgodnie z § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.

Zgodnie z powyższą procedurą, w przypadku zaistnienia zdarzenia związanego z ekspozycją zawodową⁶⁶, wypadek zgłaszano przełożonemu, a fakt odnotowywano w dokumentacji (raporcie pielęgniarskim/lekarским) uwzględniając datę i czas ekspozycji oraz okoliczności zdarzenia (typ i model narzędzia, procedurę medyczną, wykonywaną czynność). W karcie zgłoszenia ekspozycji zawodowej wypełniano wstępnie dane o osobie eksponowanej⁶⁷, okolicznościach zdarzenia i statucie osoby eksponowanej. Następnie poszkodowany zgłaszał się do lekarza, który kierował wstępnym postępowaniem poekspozycyjnym. Jeżeli możliwe było ustalenie źródła materiału potencjalnie zakaźnego⁶⁸, na który był eksponowany pracownik, należało pobrać od pacjenta około 10 ml krwi, po uprzednim poinformowaniu go o przyczynie wykonania badań i uzyskaniu pisemnej zgody na przeprowadzenie badań serologicznych w kierunku WZW B i C oraz zakażenia wirusem HIV. Następnie dokonywano oceny ryzyka ekspozycji i podejmowano decyzję o skierowaniu osoby eksponowanej do dalszego leczenia. Poszkodowany pracownik był zobligowany do przekazania pielęgniarce epidemiologicznej kopii karty zgłoszenia ekspozycji zawodowej, a następnie informowano o zdarzeniu Zarząd Szpitala. Bezpośredni przełożony poszkodowanego pracownika powiadamiał o zdarzeniu specjalistę ds. bhp, w możliwie najkrótszym czasie. O zdarzeniu informowano również lekarza profilaktyka, celem ustalenia dalszego postępowania. Koszty postępowania poekspozycyjnego (w tym badań, transportu do poradni oraz leków antyretrowirusowych) ponosił pracodawca. Każdy pracownik bez względu na rodzaj zatrudnienia obowiązany był raz w roku uczestniczyć w szkoleniu dotyczącym postępowania poekspozycyjnego i ryzyku związanym z używaniem ostrych narzędzi oraz potencjalnego zagrożenia dla zdrowia i życia spowodowanego zranieniem ostrym narzędziem, związanego z kontaktem lub inny potencjalnie infekcyjny materiał. Personel szpitala, który w trakcie wykonywania pracy narażony był na zakażenie związane z uszkodzeniem ciągłości tkanek, obowiązany był do dostarczenia pielęgniarce epidemiologicznej zaświadczenia o wykonaniu szczepień przeciwko WZWB.

Pracownik po przyjęciu do pracy podczas szkolenia wstępnego, stanowiskowego zapoznawał się z zasadami postępowania w przypadku narażenia na zranienie/zakłucie ostrym narzędziem przy udzielaniu świadczeń. Dodatkowo na szkoleniach okresowych organizowano panel w formie dyskusji, obejmujący problematykę związaną z zakłuciami. Zgodnie z procedurą postępowania po ekspozycji, pracownik podpisywał kartę szkolenia wstępnego łącznie

⁶⁶ Ekspozycja na materiał potencjalnie zakaźny, do którego doszło w związku z wykonywaną pracą (uszkodzenie skóry – zakłucie, skaleczenie, zachłapanie błon śluzowych, skóry uszkodzonej lub nieuszkodzonej, ugryzienia).

⁶⁷ Osoba narażona na zakażenie w wyniku kontaktu z materiałem potencjalnie zakaźnym.

⁶⁸ Krew, płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn owodniowy, płyn opłucnowy, płyn osierdziowy, płyn maziowy, nasienie, wydzielina dróg rodnych, ropa, inne płyny ustrojowe zanieczyszczone krwią.

z oświadczeniem oraz oceną ryzyka zawodowego, które następnie przekazywano do wydziału kadr.

(akta kontroli str. 543-551, 687-713)

2.2. W Szpitalu prowadzono wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych⁶⁹. Zapisy dokonywane w wykazie zranień były zgodne z § 10 ust. 1 i 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.

Na podstawie dziewięciu przypadków⁷⁰ zranień ostrym narzędziem, od momentu zgłoszenia przez pracownika zdarzenia do zakończenia realizacji procedury poekspozycyjnej/leczenia poekspozycyjnego, ustalono, że:

- we wszystkich przypadkach doszło do ekspozycji na krew lub potencjalnie zakaźny materiał,
- w terminie od jednego do 123⁷¹ dni zostało zgłoszone zdarzenie zranienia/zakłucia służbie bhp i Zarządowi Szpitala,
- w ośmiu⁷² przypadkach uruchomiono procedurę postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał,
- do wypadków dochodziło na stanowisku: pielęgniarki, pracownika sterylizacji i pracownika działu eksploatacyjno-technicznego,
- wszystkie zdarzenia ujęte w wykazie zranień zakwalifikowane były jako wypadek przy pracy i po zawiadomieniu przez pracownika podlegały procedurze zgłoszenia wypadku,
- pracownicy zatrudnieni na danym stanowisku pracy, nie mieli wcześniej za sobą doświadczenia zranienia/zakłucia,
- pracownicy, w związku z wypadkiem nie przebywali na zwolnieniu lekarskim,
- w ośmiu przypadkach⁷³ zranienia/zakłucia badano przyczyny i okoliczności zranienia/zakłucia, a wszystkie przypadki zranień/zakłuć odnotowano w wykazie zranień,
- w związku ze zdarzeniami nie dokonano zmian w procedurze bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami,
- we wszystkich przypadkach pracodawca poinformował o zdarzeniu lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami,
- w wyniku ekspozycji nie doszło do zakażenia wirusem HBF, HCV i HIF,
- koszty profilaktyki poekspozycyjnej ponosił pracodawca,
- żaden z pracowników objętych wypadkiem przy pracy nie ubiegał się o odszkodowanie.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że w jednym przypadku w wyniku ekspozycji zawodowej nie wszczęto procedury poekspozycyjnej, z uwagi na niedopełnienie obowiązku pracownika zgłoszenia faktu zaistnienia wypadku. Pracownik ma obowiązek zgłoszenia wypadku najwcześniej, jeśli jest to możliwe, jednak w procedurze wypadku przy pracy nie określono ostatecznego terminu zgłoszenia.

⁶⁹ Dalej: „wykaz zranień”.

⁷⁰ Zaewidencjonowanych w wykazie zranień: w 2017 r. - 24 stycznia, 14 czerwca i 4 lipca, w 2018 r. - 26 stycznia i 1 marca, w 2019 r. - 21 maja, 1 września i 18 października, w 2020 r. - 4 lutego.

⁷¹ W dniu 19 czerwca 2019 r. zespół powypadkowy przedstawił Zarządowi notatkę o braku możliwości opracowania protokołu wypadkowego, z uwagi na brak zgłoszenia wypadku przez pracownika, w związku z przebywaniem na długotrwałym zwolnieniu lekarskim, nie związanym z ekspozycją zawodową. Ekspozycja zawodowa -18 października 2019 r., zgłoszenie ekspozycji - 18 lutego 2020 r.

⁷² W jednym przypadku nie uruchomiono procedury postępowania po ekspozycji zawodowej, ponieważ pracownik nie zgłosił wypadku, pomimo interwencji telefonicznej oddziałowej oraz pracownika służby bhp.

⁷³ W jednym przypadku w wyniku ekspozycji z dnia 21 maja 2019 r. nie wszczęto procedury, z uwagi na niedopełnienie przez pracownika faktu zgłoszenia wypadku.

Ponadto wyjaśniła, że brak formalnego zgłoszenia wypadku wraz z przedstawieniem wymaganej dokumentacji przez pracownika nie może zostać zakwalifikowane jako wypadek przy pracy.

(akta kontroli str. 525-850, 1257-1262)

2.3. W latach 2017-2020 (do 16 listopada) Szpital poniósł koszty postępowań poekspozycyjnych w łącznej wysokości 20 431 tys. zł (w 2017 r. – 9 907 tys. zł, w 2018 r. – 7 144 tys. zł, w 2019 r. – 104 zł i w 2020⁷⁴ r. – 3 276 tys. zł), z tego:

- a) 8 632 tys. zł (2018 r. – 5 497 tys. zł, 2020⁷⁵ r. – 3 135 tys. zł) wydatkowane na leki antyretrowirusowe,
- b) 38 zł wydatkowane na szczepionki przeciw WZW B,
- c) 388 zł wydatkowane na konsultacje lekarza chorób zakaźnych, prowadzącego postępowanie poekspozycyjne,
- d) 11 373 tys. zł (2017 r. – 9 851 tys. zł, 2018 r. – 1 522 tys. zł) związane z czasową niezdolnością do pracy.

W okresie objętym kontrolą nie prowadzono przeciwko Szpitalowi postępowań sądowych, w zakresie ekspozycji zawodowej oraz nie wypłacano odszkodowań z tego tytułu.

(akta kontroli str. 851-852)

2.4. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu sporządzano raporty⁷⁶ o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, co było zgodne z § 11 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie.

Raport zawierał w szczególności następujące informacje:

- tabelaryczne zestawienie liczby zranień⁷⁷ ostrymi narzędziami, do których doszło w szpitalu w okresie sprawozdawczym oraz w równym mu długością okresie poprzedzającym, w podziale na jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego,
- tabelaryczne zestawienie stosowanych w Szpitalu rodzajów ostrych narzędzi⁷⁸, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem,
- analizę okoliczności i przyczyn zranień⁷⁹, ze szczególnym uwzględnieniem ich przyczyn systemowych,
- propozycje możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień, w tym możliwości wprowadzenia do użytku w podmiocie medycznym nowych rodzajów narzędzi⁸⁰ zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wraz z oszacowaniem kosztów takich działań,
- informacje o działaniach w zakresie oceny i aktualizacji obowiązujących procedur, przy uwzględnieniu postępu technicznego oraz dostępności ostrych narzędzi, zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wiedzę w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wyniki prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn

⁷⁴ Do dnia 16 listopada.

⁷⁵ Do dnia 16 listopada.

⁷⁶ Okres sprawozdawczy: 30 listopada 2016 r. – 10 kwietnia 2017 r., 11 kwietnia 2017 r. – 9 października 2017 r., 10 października 2017 r. – 12 lutego 2018 r., 13 lutego 2018 r. – 20 sierpnia 2018 r., 21 sierpnia 2018 r. – 2 stycznia 2019 r., 3 stycznia 2019 r. – 19 czerwca 2019 r., 20 czerwca 2019 r. – 11 grudnia 2019 r., od grudnia 2019 r. do marca 2020 r., od kwietnia 2020 r. do sierpnia 2020 r., od września 2020 r. do listopada 2020 r.

⁷⁷ W 2017 r. trzy przypadki, w 2018 r. – dwa, w 2019 r. – trzy i w 2020 r. – dwa.

⁷⁸ Igły, skalpele, narzędzia zabiegowe, kaniule, ostry sprzęt (wierćta, dłuta itp.).

⁷⁹ Przyczynami zakłuć była nieuwaga oraz brak ostrożności podczas posługiwania się ostrymi narzędziami przy wykonywaniu procedur medycznych.

⁸⁰ Wprowadzenie m.in.: ampułek plastikowych, systemów zamkniętych do pobierania krwi, strzykawek 5-6 ml z igłą bezpiecznego podawania leków, bezpiecznych skalpelów i wenflonów, rękawic antyprzecięciowych.

- powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe oraz szkoleń informujących o wprowadzonych zmianach,
- informacje o wprowadzonych zmianach w zakresie szkoleń⁸¹, mających na celu zapobieganie narażeniu i jego skutkom.

Do 30 stycznia każdego roku służba bhp przedstawiała Zarządowi Szpitala raport dotyczący stanu bhp i ppoż, który udostępniano pracownikom do zapoznania się, poprzez platformę elektroniczną.

(akta kontroli str. 125-173)

2.5. Zakładowy plan postępowania awaryjnego zawierał elementy określone we wzorze stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych⁸², z wyjątkiem informacji o niezwłocznym wyłączeniu aparatu rentgenowskiego w sposób określony w instrukcji obsługi.

Prezes Zarządu oraz Inspektor ochrony radiologicznej wyjaśnili m.in., iż brak zapisu o niezwłocznym wyłączeniu aparatu rentgenowskiego wynikał z niedopatrzenia i oczywistości tego działania.

W trakcie czynności kontrolnych, w dniu 10 grudnia 2020 r. dokonano aktualizacji zakładowego planu postępowania awaryjnego i zamieszczono w nim informację dotyczącą niezwłocznego wyłączenia aparatu rentgenowskiego, w sposób określony w instrukcji obsługi, w przypadku stwierdzenia zdarzenia radiacyjnego.

W latach 2017-2020⁸³ zakładowy plan postępowania awaryjnego był aktualizowany w zakresie danych podstawowych dotyczących Szpitala, nie mniej jednak do dnia 2 grudnia 2020 r. w dokumencie wykazano dane Koordynatora Pracowni Diagnostyki Obrazowej zamiast danych Kierownika jednostki.

Z wyjaśnień Prezesa Zarządu wynika, iż pomimo weryfikacji dokumentu nie zauważono powyższego błędu.

W okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono ćwiczeń okresowych w celu przeglądu i aktualizacji planu, co opisano szerzej w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W badanym okresie w Szpitalu nie doszło do zdarzenia radiacyjnego.

(akta kontroli str. 1117-1121, 1266-1269, 1306-1311, 1313-1326, 1334-1338)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W latach 2017-2020 (do 16 grudnia) w Szpitalu nie przeprowadzano ćwiczeń okresowych w celu przeglądu i aktualizacji planu postępowania awaryjnego, co było niezgodne z art. 96 ust. 1 ustawy Prawo atomowe.

Prezes Zarządu oraz Inspektor ochrony radiologicznej wyjaśnili, że punkt zakładowego planu postępowania awaryjnego zatytułowany „ćwiczenia okresowe” był realizowany bez fizycznego angażowania personelu oraz zewnętrznych służb, w formie corocznych szkoleń personelu i przeglądu planu pod względem aktualności zawartych w nim informacji. Z uwagi na stosowane źródło promieniowania, ćwiczenia pracowników w celu awaryjnego likwidowania zagrożenia, polegałyby na wciskaniu awaryjnego wyłącznika zasilania.

⁸¹ Szkolenia poekspozycyjne.

⁸² Dz. U. Nr 20, poz. 169, ze zm.

⁸³ Do dnia 11 grudnia.

W przypadku zdarzenia radiacyjnego w Szpitalu nie występują strefy skażenia, ani obszary zwiększonego narażenia po awarii. Ponadto nie ma potrzeby wzywania służb do pomiaru skażeń, zabezpieczenia, utylizacji lub przeprowadzania ewakuacji.

Prezes wskazała także, że w zakresie przeprowadzania w Szpitalu ćwiczeń okresowych w celu przeglądu i aktualizacji planu postępowania awaryjnego, punkt zakładowego planu postępowania awaryjnego zatytułowany „ćwiczenia okresowe” był realizowany w formie corocznych szkoleń personelu i przeglądu planu pod względem aktualności zawartych w nim informacji. W Szpitalu organizowane były ćwiczenia przeciwpożarowe z udziałem straży pożarnej i służb ratowniczych, w których uczestniczył personel.

(akta kontroli str. 1117-1121, 1306-1311, 1313-1314, 1334-1338)

Zdaniem NIK powyższe wyjaśnienia nie mogą stanowić wystarczającego usprawiedliwienia dla działań niezgodnych z powyższymi przepisami ustawy Prawo atomowe.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala polegającą na odpowiednim opracowaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego. Powyższą ocenę uzasadnia przede wszystkim: właściwe wdrożenie procedury postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienie, rzetelne prowadzenie wykazu zranień oraz terminowe sporządzanie raportów o bhp.

Stwierdzona nieprawidłowość, która nie miała istotnego wpływu na ocenę działalności objętej kontrolą, dotyczyła nieprzeprowadzenia okresowych ćwiczeń, w celu przeglądu i aktualizacji zakładowego planu postępowania awaryjnego.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Powołanie komisji bhp jako organu doradczego i opiniodawczego,
2. Zapewnienie przeprowadzania okresowych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji zakładowego planu postępowania awaryjnego oraz sporządzania odpowiedniej dokumentacji potwierdzającej właściwy przebieg ćwiczeń.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Gdańsku. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Gdańsk, dnia 31 grudnia 2020 r.

Kontroler
Joanna Szychalewska
Starszy inspektor kontroli państwowej

Szychalewska
.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku
Dyrektor

WICEDYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku

2 up.

Duszcza
.....
podpis

