



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.021.03.2020

Jakub Kraszewski
Dyrektor Naczelny

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
ul. Dębinki 7
80-952 Gdańsk

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/061 Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana Kierownik jednostki kontrolowanej	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk (dalej: „UCK”). Jakub Kraszewski, Dyrektor Naczelny od 1 lipca 2017 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Jakub Kraszewski, pełniący obowiązki Dyrektora Naczelnego, od 21 listopada 2016 r. do 30 czerwca 2017 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 1 stycznia 2017 r. do 23 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. 1 ustawy o NIK ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	1. Rafał Wieczorkowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/196/2020 z 5 listopada 2020 r. 2. Monika Stępka, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/192/2020 z 29 października 2020 r. (akta kontroli str. 1-10)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że UCK było w latach 2017-2020 odpowiednio przygotowane do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń. W UCK funkcjonowała w prawidłowym składzie służba bezpieczeństwa i higieny pracy (dalej: „służba bhp”). Pracownicy tej służby posiadali wymagane kwalifikacje, a zakres jej działania obejmował zadania określone w § 2 ust. 1 rozporządzenia ws. służby bhp³. Służba bhp sporządzała roczne analizy stanu bhp zawierające wnioski w celu poprawy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy. W UCK funkcjonowała również komisja bezpieczeństwa i higieny pracy (dalej: „komisja bhp”), której skład od 2019 r. spełniał wymogi art. 237¹² § 1 Kodeksu pracy⁴. W UCK, stosownie do § 3 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie⁵, dokonano oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny (w trzech skontrolowanych komórkach organizacyjnych). Opracowano i wdrożono wymagane procedury postępowania z ostrymi narzędziami i stosowania środków ochrony indywidualnej, które były aktualizowane. Pracownikom zapewniano środki ochrony indywidualnej, w przypadku konieczności – dostęp do szczepień oraz w miarę możliwości sprzęt

¹ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200).

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

³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 109, poz. 704, ze zm.).

⁴ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.).

⁵ 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).

ostry posiadający zabezpieczenia. W UCK systematycznie przeprowadzano szkolenia wstępne i okresowe pracowników, mające na celu zapobieganie narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny lub w przypadku osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych wymagano przedłożenia aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w tym zakresie. Pracownicy zatrudnieni w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące (których dokumentację objęto kontrolą) zostali przeszkoleni z zakresu ochrony radiologicznej oraz informowano ich o otrzymanych dawkach promieniowania jonizującego.

Zapewniono nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej przez uprawnionych inspektorów ochrony radiologicznej. Uzyskano zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące oraz opracowano i wdrożono wymagany Program zapewnienia jakości (dalej: „Program”), którym objęto działalność związaną z tym narażeniem. Spełniono wymagania zapewniające ochronę pracownikom zatrudnionym w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące. Badanie wymagań określonych dla gabinetów rentgenowskich, na podstawie dwóch wybranych gabinetów, nie wykazało odstępstw od stosowania obowiązujących przepisów.

W UCK, zgodnie z rozporządzeniem ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, opracowano i wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienia. Zabezpieczono pracownikom opiekę specjalistyczną z zakresu ekspozycji zawodowych. W przypadkach ekspozycji zawodowych na ogół przestrzegano postanowień tej procedury. Rzetelnie prowadzono wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Z wymaganą częstotliwością sporządzano raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami zawierające dane zgodne z wykazami zranień. Opracowano zakładowe plany postępowania awaryjnego uwzględniające wzór określony rozporządzeniem ws. planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych⁶.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na:

- niewłaściwym umiejscowieniu służby bhp w strukturze organizacyjnej UCK;
- nieprawidłowym składzie komisji bhp, w której, w latach 2017-2018, nie zapewniono równej liczby przedstawicieli pracowników i pracodawcy;
- niewystępowaniu do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki (dalej: „PAA”) z wnioskami o informacje z centralnego rejestru dawek, przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia;
- niewywiązywaniu się z obowiązku przekazywania dokumentacji lekarzowi profilaktykowi po zakończonym postępowaniu poekspozycyjnym (w 36 na 60 badanych przypadków);
- niezgłaszaniu ekspozycji jako niezgodności (w 42 na 60 badanych przypadków);
- przeprowadzeniu ćwiczeń awaryjnych w celu ich przeglądu i aktualizacji, z mniejszą częstotliwością niż określona w wewnętrznych procedurach.

⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych (Dz. U. Nr 20 poz. 169, ze zm.).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁷ kontrolowanej działalności

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 okresie objętym kontrolą w UCK zatrudnionych było od 2.301 do 2.515⁸ pracowników⁹.

Stosownie do art. 237¹¹ §1 Kodeksu pracy w UCK funkcjonowała służba bezpieczeństwa i higieny pracy jako wyodrębniona komórka organizacyjna Inspektorat BHP, Ochrony Środowiska i Ochrony Przeciwpowodziowej (dalej: „Inspektorat bhp”), w której zatrudnione były m.in. cztery osoby na 3,5 etatu zajmujące stanowiska ds. bezpieczeństwa i higieny pracy oraz Kierownik Inspektoratu bhp (jeden etat).

Inspektorat bhp, zgodnie ze schematem organizacyjnym¹⁰, podlegał Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych, zamiast Dyrektorowi Naczelnemu.

Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych, zgodnie z Regulaminem organizacyjnym¹¹, organizował pracę m.in. Inspektoratu bhp, był przełożonym wszystkich pracowników zatrudnionych w Inspektoracie bhp, wykonywał czynności zarządcze, w tym nadzorował pracę w podległych komórkach oraz posiadał uprawnienia do reprezentowania UCK na zewnątrz w zakresie wszystkich spraw mieszczących się w ramach działalności podstawowej m.in. Inspektoratu bhp na podstawie upoważnienia Dyrektora Naczelnego. Dyrektor Naczelny udzielił Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych pełnomocnictwa do dokonywania czynności m.in. w sprawach z zakresu bhp, do akceptowania i podpisywania w imieniu Dyrektora Naczelnego dokumentów związanych z realizacją zadań przez Inspektorat bhp oraz do reprezentowania Dyrektora Naczelnego przed organami przeprowadzającymi czynności kontrolno-nadzorcze w obszarach wchodzących w zakres działalności Inspektoratu bhp¹².

(akta kontroli str. 11-66)

1.2 W okresie objętym kontrolą liczba pracowników służby bhp w Inspektoracie bhp odpowiadała wymaganiom § 1 ust. 4 rozporządzenia ws. służby bhp. Pracownicy tej służby zatrudnieni byli na umowy o pracę na stanowiskach określonych w § 4 ust. 1 ww. rozporządzenia, tj. od inspektora ds. bhp do głównego specjalisty ds. bhp oraz na stanowisku Kierownika działu.

⁷ 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.

⁸ Według stanu na odpowiednio: 1 stycznia 2017 r. i 1 lipca 2020 r.

⁹ W rozumieniu Kodeksu pracy.

¹⁰ W okresie objętym kontrolą określonym w załącznikach nr 1 do Uchwał Senatu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego: Nr 42/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r. w sprawie wprowadzenia zmian do schematu organizacyjnego UCK stanowiącego Załącznik nr 3 Statutu UCK wprowadzonego Uchwałą Nr 46/2008 Senatu GUMed z dnia 22.12.2008 r.; Nr 19/2017 z dnia 24 kwietnia 2017 r. w sprawie wprowadzenia zmian do schematu organizacyjnego UCK stanowiącego Załącznik nr 3 (Schemat Organizacyjny) do Statutu UCK wprowadzonego Uchwałą Nr 42/2015 Senatu GUMed z dnia 14.12.2015 r. i Załącznik nr 4 (Schemat Organizacyjny, Lecznictwo) do Statutu UCK wprowadzonego Uchwałą Nr 31/2016 Senatu GUMed z dnia 27.06.2016 r.; Nr 25/2017 z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wprowadzenia zmian do schematu organizacyjnego UCK stanowiącego Załącznik nr 3 (Schemat Organizacyjny) wprowadzonego Uchwałą Nr 19/2017 Senatu GUMed z dnia 24.04.2017 r. i Nr 1/2020 z dnia 27 stycznia 2020 r. w sprawie wprowadzenia zmian do Statutu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego wprowadzonego Uchwałą nr 46/2008 Senatu GUMed z dnia 22.12.2008 r. (tj. zał. nr 2 do Uchwały nr 7/2015 Senatu GUMed).

¹¹ Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 42 Dyrektora Naczelnego UCK z 8 maja 2017 r.

¹² Pełnomocnictwa z 8 stycznia 2018 r., z 30 stycznia 2019 r., z 30 stycznia 2020 r. i z 30 kwietnia 2020 r., ujęte w rejestrze pełnomocnictw odpowiednio pod poz. nr: 18.2018, 18.2019, 12.2020, 45.2020.

W UCK funkcjonowała komisja bhp, która została powołana Zarządzeniem Dyrektora Naczelnego w sprawie powołania Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy¹³ (dalej: „zarządzenie w sprawie komisji bhp”). W skład komisji bhp w latach 2017-2018 wchodziło dziewięć, a od 2019 r. 10 osób, z tego w latach 2017-2018 czterech, a od 2019 r. pięciu przedstawicieli pracowników, w tym Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy jako zastępca przewodniczącego oraz w latach 2017-2020¹⁴ pięciu przedstawicieli pracodawcy, w tym Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Administracyjno-Technicznych jako przewodniczący, lekarz medycyny pracy oraz pracownicy Inspektoratu bhp.

(akta kontroli str. 66-67, 85-96, 102)

1.3 Pracownicy służby bhp w Inspektoracie bhp posiadali kwalifikacje określone w § 4 ust. 2 rozporządzenia ws. służby bhp, w zakresie wykształcenia i stażu pracy oraz ukończyli szkolenia w dziedzinie bhp dla pracowników tej służby – zgodnie z art. 237¹¹ § 2 Kodeksu pracy.

(akta kontroli str. 67)

1.4 Do zadań Inspektoratu bhp, zgodnie z Regulaminem organizacyjnym i stosownie do § 2 ust. 1 rozporządzenia ws. służby bhp, w zakresie bhp, należało m.in. sporządzanie i przedstawienie Dyrektorowi Nacelnemu, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bhp, bieżące informowanie Dyrektora Naczelnego o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającymi do ich usunięcia, przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzeganie zasad i przepisów dotyczących bhp, udział w opracowaniu planów modernizacji i rozwoju UCK oraz udział w ocenie tych dokumentów, udział w opracowywaniu wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji dotyczących bhp, ustalenie zadań kierowników komórek organizacyjnych z zakresu bhp oraz udział w dochodzeniach powypadkowych. W stanowiskowych kartach pracy pracowników służby bhp ujęto wyłącznie zadania w zakresie bhp.

Do zadań komisji bhp, zgodnie z zarządzeniem w sprawie komisji bhp, należało dokonywanie przeglądów stanowisk i warunków pracy, okresowa ocena stanu bhp, opiniowanie podejmowanych przez Dyrektora Naczelnego środków zapobiegających wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym, składanie wniosków dotyczących poprawy warunków pracy oraz współdziałanie z Dyrektorem Nacelnym w realizacji jego obowiązków w zakresie bhp.

W okresie objętym kontrolą pracownicy służby bhp m.in.:

- przedstawiali raz w roku okresowe analizy stanu bhp, w których zawarto m.in. analizę dotyczącą wypadków przy pracy wraz z wnioskami, informacje o wykonanych lub zaktualizowanych ocenach ryzyka zawodowego, przeprowadzonych badaniach środowiskowych w związku z narażeniem na czynnik szkodliwy, przeprowadzonych szkoleniach, zarejestrowanych ekspozycjach i dotyczących ich wniosków oraz podjętych działań, m.in. przeprowadzenia dodatkowych szkoleń z postępowania poekspozycyjnego w klinikach i zakładach, w których doszło do zranienia;
- przeprowadzili 238 kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów bhp, w tym 37 odnoszących się do stanowisk pracy, na których zatrudnione osoby narażone są na zranienie. W wyniku kontroli zalecano m.in. zachowanie szczególnej ostrożności przy obsłudze ostrych narzędzi, przeszkolenie personelu z procedury poekspozycyjnej, stosowanie nożyczek jednorazowych

¹³ Zarządzenie nr 29/2013 Dyrektora Naczelnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego z dnia 4 listopada 2013 r. w sprawie powołania Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy zmienione Zarządzeniem nr 63/2019 Dyrektora Naczelnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego z dnia 07.03.2019 r.

¹⁴ Do 23 grudnia.

przy wykonywaniu czynności związanych z przecinaniem mocowań i zapoznanie personelu z aktualizacją oceny ryzyka zawodowego.

(akta kontroli str. 29-56, 68-96, 103-131)

Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych wyjaśnił, że w latach 2017-2020 służba bhp wykonywała swoje obowiązki w optymalnym składzie. Pracodawca zapewniał odpowiedni sprzęt i zaplecze dydaktyczne do wykonywania szkoleń wstępnych i okresowych, na których omawiano tematy związane z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Pracownicy Inspektoratu bhp byli zaangażowani w tym czasie w odbiory nowopowstałej części szpitalnej Centrum Medycyny Nieinwazyjnej, a ponadto otrzymywali niezbędne informacje od pracodawcy w celu uczestnictwa w przekazywaniu nowych linii technologicznych, systemów bezpieczeństwa i instalacji oraz mieli pełną akceptację w swoich działaniach ze strony dyrekcji szpitala. Ich uwagi i zalecenia były rozpatrywane przez przełożonych na zebraniach zarządu.

(akta kontroli str. 455-461)

Komisja bhp, zgodnie z przyjętymi planami pracy wykonała m.in. przeglądy: zbiorników ciśnieniowych, procesu dystrybucji formaldehydu 4%, środków ochrony indywidualnej i zbiorowej przy pracy z ciekłym azotem, oświetlenia zewnętrznych ciągów komunikacyjnych, urządzeń sanitarnych, stanu ujęcia wody, pomieszczeń magazynowych, pomieszczeń Centrum Medycyny Inwazyjnej pod kątem zgodności ich użytkowania z przeznaczeniem określonym w planie, przeglądu stanu technicznego magazynów odpadów medycznych. Sprawozdania przekazano przewodniczącemu komisji bhp. Na kwartalnych posiedzeniach komisji składano również wnioski dotyczące m.in. naprawy nawierzchni drogi wewnętrznej, przeglądu instalacji wodno-kanalizacyjnej, wymiany klamek, udziału przedstawicieli związków zawodowych w zakupie ubrań roboczych i obuwia roboczego. Realizowane zadania wynikające z planów pracy oraz wnioski zgłaszane na posiedzeniach nie dotyczyły zagadnień bezpośrednio związanych z ekspozycją zawodową pracowników.

(akta kontroli str. 97-101)

1.5 W okresie objętym kontrolą, w UCK wykonano oraz zaktualizowano ocenę ryzyka zawodowego dla 11 komórek organizacyjnych w 2017 r., dziewięciu w 2018 r., 12 w 2019 r. oraz 16 w 2020 r.¹⁵ Analiza oceny ryzyka zawodowego dla trzech wybranych komórek organizacyjnych¹⁶ wykazała, że:

- oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny dokonano:
 - w Klinice Neonatologii na stanowiskach: ordynator; asystent lekarz, lekarz rezydent, umowy cywilnoprawne (lekarz/kontrakty); położna oddziałowa, położna nadzorująca i koordynująca; położna, starsza położna, specjalistka położna, starsza pielęgniarka, umowy cywilnoprawne położne/pielęgniarki kontrakt;
 - w Klinicznym Oddziale Ratunkowym na stanowiskach: ordynator, zastępca ordynatora, młodszy asystent, asystent, starszy asystent, lekarz rezydent, pielęgniarka oddziałowa, pielęgniarka koordynująca, pielęgniarka, starsza pielęgniarka, specjalistka pielęgniarka, ratownik medyczny;
 - w Klinice Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii na stanowiskach: kierownika, młodszego asystenta, asystenta, starszego

¹⁵ Do 25 listopada.

¹⁶ Klinika Neonatologii, Kliniczny Oddział Ratunkowy oraz Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii.

asystenta, lekarza rezydenta, pielęgniarki oddziałowej, pielęgniarki i starszej pielęgniarki;

- w ocenie uwzględniono, odpowiednio do wymogów § 3 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych¹⁷, stan zdrowia pracowników, rodzaje ostrych narzędzi wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, warunki pracy, sposób organizacji pracy, czynności w trakcie których może dojść do narażenia na zranienie, możliwe niebezpieczne wydarzenia i przyczyny zagrożeń dotyczących narażenia na zranienie i określenie narażenia, w tym rodzaj, stopień oraz czas jego trwania;
- w okresie objętym kontrolą ocenę ryzyka zawodowego przeprowadzono:
 - w Klinice Neonatologii w 2017 r.¹⁸ i w związku ze zmianą siedziby w 2019 r. oraz dwukrotnie (w 2018 r. i 2019 r.) przeprowadzono ocenę aktualności ryzyka związanego z pracą z ostrymi narzędziami, w wyniku których ryzyko pozostało bez zmian;
 - w Klinicznym Oddziale Ratunkowym w 2017 r.¹⁹ i 2018 r. oraz pięciokrotnie (w latach 2018-2020²⁰) przeprowadzono ocenę aktualności ryzyka związanego z pracą z ostrymi narzędziami, w wyniku których ryzyko pozostało bez zmian;
 - w Klinice Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii w 2017 r.²¹ oraz dwukrotnie (w 2018 r. i 2020 r.²²) przeprowadzono ocenę aktualności ryzyka związanego z pracą z ostrymi narzędziami, w wyniku których ryzyko pozostało bez zmian.

(akta kontroli str. 103-120, 132-205)

Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy wyjaśnił, że:

- w okresie objętym kontrolą nie wystąpiły zmiany mające lub mogące mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w miejscu pracy, istotne z punktu widzenia konieczności opracowania oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami przed upływem dwóch lat od daty opracowania poprzedniej wersji oceny;
- w latach 2017-2020²³ miały miejsce zmiany oceny ryzyka zawodowego spowodowane przeprowadzką jednostek organizacyjnych, jednak nie spowodowało to zmian w technologii pracy z ostrymi narzędziami. Aktualizacje jakie miały miejsce w ocenie ryzyka zawodowego dotyczące zranienia ostrymi narzędziami zwykle związane były z ekspozycjami zawodowymi personelu i wykonywane były w terminie krótszym niż dwa lata. Zdarzenia te jednak w większości spowodowane były nieuwagą samych pracowników lub innych czynników, na które stosowany sprzęt nie miał wpływu (np. ograniczona widoczność pola operacyjnego podczas szycia czy niewłaściwie przygotowanie stanowiska pracy), zatem ocena ryzyka zawodowego pozostaje bez zmian;

¹⁷ określona w Ocenie ryzyka zawodowego dla pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych w UCK z 15 kwietnia 2016 r. czterokrotnie w latach 2017-2020 przeglądanej lub aktualizowanej w związku m.in. z ujawnieniem nowych czynników biologicznych, w tym koronawirusa SARS-CoV-2.

¹⁸ aktualizacja oceny ryzyka zawodowego z 2015 r., w wyniku której nie wprowadzono zmian w zakresie oceny ryzyka dotyczącego zranień.

¹⁹ aktualizacja oceny ryzyka zawodowego z 2014 r., w wyniku której nie wprowadzono zmian w zakresie oceny ryzyka dotyczącego zranień.

²⁰ Do 18 listopada.

²¹ aktualizacja oceny ryzyka zawodowego z 2015 r., w wyniku której nie wprowadzono zmian w zakresie oceny ryzyka dotyczącego zranień.

²² Do 18 listopada.

²³ Wyjaśnień udzielono 26 listopada.

- do Zakładowego Społecznego Inspektora Pracy nie wpłynęły pisma od pracowników dotyczące konieczności zmiany oceny ryzyka zawodowego dla poszczególnych stanowisk pracy.

Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych wyjaśnił, że w okresie objętym kontrolą nie wystąpiły okoliczności, które uzasadniałyby aktualizację oceny ryzyka zranienia ostrym narzędziem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Kompletna ocena ryzyka zawodowego składająca się m.in. z oceny ryzyka biologicznego, chemicznego czy zranienia ostrym narzędziem aktualizowana jest w momencie istotnych zmian w klinice. Do takich istotnych zmian należały np. zmiana lokalizacji klinik Urologii, Położnictwa, Ginekologii i Neonatologii w latach 2017-2020²⁴ z obiektów przy ul. Klinicznej na obiekt przy ul. Smoluchowskiego w Gdańsku. Zmiana lokalizacji poprawiła funkcjonowanie oraz warunki pracy tych jednostek. Zespół ds. oceny ryzyka zawodowego opracował aktualizacje ocen ryzyka zawodowego dla ww. klinik uwzględniające zmianę warunków pracy. W aktualizacjach rozpatrzono również zakres związany z oceną ryzyka zranienia ostrym narzędziem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i stwierdzono, że zdarzenia związane ze zranieniem są spowodowane w większości nieuwagą pracowników, na które stosowany sprzęt nie ma wpływu.

(akta kontroli str. 453-461)

1.6 Z wyjaśnień Dyrektora Naczelnego dotyczących stosowanych środków eliminujących lub ograniczających stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami oraz analiz dostępności ostrych narzędzi zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem wynikało, że w UCK:

- zapewniano w miarę możliwości stosowanie przez personel bezpiecznego sprzętu, a decyzje o jego zakupie podejmowano na podstawie analiz przeprowadzanych przez Dział Zaopatrzenia Medycznego we współpracy z personelem medycznym oraz z udziałem lub na wniosek Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Inspektoratem bhp;
- zapewniono personelowi udział w cyklicznych szkoleniach przeprowadzanych przez służbę bhp oraz Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
- personel brał udział w szkoleniach zewnętrznych, konferencjach i sympozjach, na których prezentowane były również możliwości eliminacji zagrożeń poprzez używanie sprzętu bezpiecznego, jak i bezpiecznego używania sprzętu;
- prowadzono działania związane ze zmianą organizacji stanowisk pracy, infrastrukturą techniczną miejsc pracy oraz dostępem do nowoczesnych rozwiązań medycznych, które uwzględniały wydane przez Inspektorat bhp zalecenia pokontrolne oraz wyniki przeprowadzonych ocen ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy;
- opracowano w konsultacjach z Zakładowym Społecznym Inspektorem Pracy procedurę bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym będącymi odpadami medycznymi, która promuje dobre praktyki zapobiegania zranieniu ostrymi narzędziami;
- wybudowano nowoczesne budynki szpitalne (ich rozbudowa nadal trwa), co znacznie poprawiło bezpieczeństwo funkcjonowania oraz warunki pracy personelu. Nowoczesne sale operacyjne, gabinety zabiegowe oraz najnowszej generacji sprzęt medyczny miały również wpływ na ograniczenie stopnia narażenia na zranienie ostrymi narzędziami;
- zabezpieczono personel medyczny w przypadku ekspozycji zawodowej m.in. poprzez zawarcie umowy z Pomorskim Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy w Gdańsku (dalej: „PCChZiG”);

²⁴ Wyjaśnień udzielono 7 grudnia.

- analizy dotyczące dostępności ostrych narzędzi zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniami oraz innego bezpiecznego sprzętu były dokonywane w UCK na bieżąco przed postępowaniami przetargowymi i konsultowano je z Zarządem UCK.

Dyrektor Naczelny wyjaśnił ponadto, że decyzje o zakupie (ilości i rodzaju) środków ochrony indywidualnej podejmowane były na podstawie analizy wytycznych, przepisów prawa, zaleceń, a także dostępności produktów na rynku, cen, szacunków ilości w oparciu o dotychczasowe zużycie oraz ewentualne uwagi użytkowników.

(akta kontroli str. 462-468)

Na zakup środków ochrony indywidualnej, w tym masek chirurgicznych, masek ochronnych, fartuchów chirurgicznych, fartuchów ochronnych włókninowych, fartuchów ochronnych foliowych, ubrań lekarskich jednorazowych, czepków, rękawic i pojemników na odpady medyczne poniesiono koszty w wysokości: 2.358,4 tys. zł w 2017 r., 2.490,8 tys. zł w 2018 r., 2.871,6 tys. zł w 2019 r. i 8.260,9 tys. zł w 2020 r.²⁵

(akta kontroli str. 470)

Kierownik Działu Zaopatrzenia Medycznego wyjaśniła, że w UCK od wielu lat planuje się rozsądne działania związane z używaniem ostrych wyrobów medycznych. Współpraca pomiędzy Działem Zaopatrzenia Medycznego, Epidemiologią, Inspektoratem bhp oraz użytkownikami w szpitalu opiera się na wypracowaniu najbardziej optymalnych dla UCK działań organizacyjnych i ekonomicznych. Przy podejmowaniu decyzji brane są pod uwagę m.in. rzeczywista liczba zakłuc w szpitalu, używanie bezpiecznych rozwiązań w procedurach obejmujących dużą liczbę pracowników i większą możliwość wystąpienia zakłucia, dostępność wyrobów, poziom niezawodności bezpiecznych rozwiązań, cena produktów bezpiecznych w relacji do wyrobów klasycznych, dane czy produkt nie traci na jakości w wyniku zastosowania bezpiecznego rozwiązania (np. dodatkowe elementy w budowie wyrobu mogą przeszkadzać przy wykonywaniu procedur medycznych). Ponadto tworzone są procedury i instrukcje postępowania w celu właściwego i bezpiecznego używania wyrobów oraz prowadzona jest edukacja pracowników w tym zakresie. Pierwsza decyzja o używaniu bezpiecznych wyrobów medycznych – bezpiecznych kaniul dożylnych została w UCK podjęta około 14-15 lat temu. Analiza wykazała, że dochodziło do zakłuc przy zakładaniu wkłuc obwodowych (procedura powszechnie wykonywana w wielu miejscach w szpitalu, przez bardzo dużą grupę personelu medycznego, czasami w trudnych warunkach, np. przy łóżku chorego, w pośpiechu). Od tego czasu kupowane są bezpieczne kaniule dożylnie dla całego szpitala, a przy wyborze oprócz ceny kierowano się oceną jakości próbek przeprowadzaną przez wykwalifikowany personel medyczny. Niektóre zastosowane rozwiązania nie są bowiem do końca bezpieczne i może dojść do zakłucia mimo zastosowanego zabezpieczenia. Analiza cen igieł iniekcyjnych używanych w szpitalu wykazała, że koszty wdrożenia tego rozwiązania będą za wysokie. Wprowadzono więc procedury postępowania, szkolono personel, zastosowano używanie na szeroką skalę twardych pojemników na odpady medyczne. Dla długich i ostrych wyrobów takich jak trokary, igły do biopsji kości, tkanek miękkich kupowane są bardzo wysokie i sztywne pojemniki na odpady medyczne. Kilka lat temu rozpoczęto używanie bezpiecznych rozwiązań przy próżniowym pobieraniu krwi. Aktualnie wszystkie uchwyty do igieł w tym systemie posiadają zabezpieczenie przed zakłuciem. Przy podejmowaniu decyzji brano pod uwagę stanowisko Laboratorium Centralnego. Do niektórych bardzo

²⁵ Do 7 grudnia.

dużych zabiegów operacyjnych (np. duże zabiegi onkologiczne, przeszczep wątroby) zakupywane są pudełka magnetyczne na odpady, które pomagają w lepszej ochronie personelu i organizacji pracy (używanych jest bardzo dużo szwów chirurgicznych z igłami). Przy planowaniu zakupów wysokospecjalistycznych wyrobów medycznych, w tym ostrych wyrobów medycznych, brane są pod uwagę stanowiska pielęgniarek i lekarzy, biorących udział w tym procesie oraz ceny wyrobów.

(akta kontroli str. 240-244)

Udział liczby sztuk zakupionego bezpiecznego sprzętu medycznego (bezpiecznych igieł do pobierania krwi i bezpiecznych kaniul dożylnych) w łącznej liczbie zakupionego sprzętu poszczególnych rodzajów (bezpiecznego i ostrego) w latach 2017-2020²⁶ wyniósł dla:

- bezpiecznych igieł do pobierania krwi i holderów: 79% w 2017 r. i po 100% w latach 2018-2020;
- bezpiecznych kaniul dożylnych: 94% w 2017 r., po 95% w latach 2018-2019, oraz 96 % w 2020 r.;
- ampulek bezigłowych: 22% w 2017 r., po 23% w latach 2018-2019 oraz 21% w 2020 r.

W UCK ponadto zakupiono w ww. okresie następujący ostry sprzęt medyczny, w tym zawierający zabezpieczenia:

- 137,5 tys. szt. w 2017 r., 134,9 tys. szt. w 2018 r., 140,7 tys. szt. w 2019 r. i 116,1 tys. szt. w 2020 r. igieł chirurgicznych o wartości odpowiednio w latach: 1.298,5 tys. zł, 1.215,5 tys. zł, 1.168,3 tys. zł i 1.095,3 tys. zł;
- 70 szt. w 2017 r., 84 szt. w 2018 r., 68 szt. w 2019 r. oraz 180 szt. w 2020 r. nożyczek chirurgicznych o wartości odpowiednio w latach 22,0 tys. zł, 55,2 tys. zł, 44,3 tys. zł i 26,8 tys. zł;
- 30,7 tys. szt. w 2017 r., 30,0 tys. szt. w 2018 r., 29,4 tys. szt. w 2019 r. oraz 24,0 tys. szt. w 2020 r. igieł iniekcyjnych, igieł mammotonicznych, igieł do biopsji, trokarów, igieł do punkcji, wkłuc centralnych i skalpeli o wartości odpowiednio w latach: 130,5 tys. zł, 111,7 tys. zł, 133,9 tys. zł i 105,1 tys. zł.

Udział kwoty kosztów na zakup bezpiecznego sprzętu (bezpiecznych igieł do pobierania krwi i bezpiecznych kaniul dożylnych) w łącznej kwocie kosztów na zakup sprzętu ostrego i bezpiecznego wyniósł 20% w 2017 r., 25% w 2018 r. 26% w 2019 r. oraz 25% w 2020 r.

(akta kontroli str. 206-239)

Dyrektor Naczelny wyjaśnił, że UCK zapewnia pracownikom wykonującym czynności, w trakcie których może dojść do kontaktu z materiałem biologicznym dostęp do szczepień ochronnych przeciw WZW typu B oraz do dawek przypominających w przypadku niskiego poziomu przeciwciał. O fakcie zaszczepienia lub doszczepienia pracownika decyduje lekarz profilaktyk. Dyrektor Naczelny wyjaśnił również, że na podstawie oświadczenia Koordynator Medycyny Pracy uznaje, że wszyscy pracownicy UCK narażeni na kontakt z materiałem biologicznym są odpowiednio zabezpieczeni. Dodatkowo dla osób chętnych zapewniane są szczepienia ochronne przeciw grypie.

Koordynator Medycyny Pracy UCK oświadczyła, że pracownikom UCK wykonującym czynności, w trakcie których może dochodzić do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego lub sprzętem skażonym tym materiałem są zapewnione szczepienia ochronne przeciw WZW typu B oraz dawki przypominające dla osób z niskim poziomem przeciwciał. W zakresie prowadzonych badań wstępnych oraz okresowych wykonywane są pracownikom badania z oceną

²⁶ W 2020 r. według stanu na 30 listopada.

stężeń anty-HBs. Wskazywane miano przeciwciał pozwala określić potrzebę doszczepienia narażonych pracowników. Lekarz profilaktyk osobie, która nie posiada odpowiedniego poziomu przeciwciał, bądź osobie niezaszczepionej w przeszłości nie wystawiłby orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku i w konsekwencji nie zostałaby ona dopuszczona do realizacji obowiązków służbowych w UCK. Lekarz profilaktyk UCK gromadzi dane o wyszczepieniu personelu szpitala narażonego na szkodliwy czynnik biologiczny poprzez badania oceny stężeń anty-HBs. W latach 2017-2020²⁷ nie wykonano szczepień przeciw WZW typu B ani doszczepień.

(akta kontroli str. 462-469)

1.7 W UCK opracowano i wdrożono Procedurę bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym będących odpadami medycznymi²⁸ w 2013 r. (dalej: „Procedura bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami”) oraz Zasady stosowania środków ochrony indywidualnej w obszarze medycznym²⁹ w 2016 r. (dalej: „Zasady stosowania środków ochrony indywidualnej”) w formie papierowej oraz elektronicznej. Procedury zamieszczone były na wewnętrznej stronie intranetowej UCK, dostępnej z każdego komputera podłączonego do wewnętrznej sieci. Procedura bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami obejmowała pracowników i współpracowników wszystkich komórek organizacyjnych UCK, w których świadczy się usługi zdrowotne i wykorzystuje ostre narzędzia, natomiast Zasady stosowania środków ochrony indywidualnej obejmowały wszystkie komórki organizacyjne UCK. Z procedurami i ich aktualizacjami zapoznawano personel na szkoleniach wstępnych i okresowych w dziedzinie bhp. Procedury oceniane były nie rzadziej niż raz na dwa lata i w 2020 r. dokonano ich aktualizacji. Aktualne procedury zamieszczono na wewnętrznej stronie intranetowej UCK.

Procedura bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami w 2020 r. opracowana została przez pracownika Inspektoratu bhp i skonsultowana m.in. z Zakładowym Społecznym Inspektorem Pracy, który nie wniósł uwag, natomiast Zasady stosowania środków ochrony indywidualnej opracowane w 2020 r. skonsultowano m.in. z pracownikiem Inspektoratu bhp, który nie wniósł uwag.

(akta kontroli str. 245-269)

1.8 Analiza danych dotyczących szkoleń 50 wybranych osób wykonujących świadczenia zdrowotne w 2020 r.³⁰ w UCK (15 pielęgniarek, 15 położnych, 10 lekarzy i 10 ratowników medycznych)³¹ wykazała, że:

- 45 osób rozpoczynających pracę w UCK w okresie objętym kontrolą wzięło udział w szkoleniu wstępnym w dziedzinie bhp obejmującym swym zakresem zagadnienia określone w § 7 ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie dotyczące m.in. podstawowych zasad bhp związane z obsługą aparatury medycznej i ostrych narzędzi, porządku i czystości w miejscu pracy, w tym segregację odpadów i higienę osobistą pracownika, warunków pracy, czynników środowiska pracy występujących przy określonych czynnościach na stanowisku pracy oraz zagrożeń jakie mogą stwarzać te czynniki, w tym czynniki biologiczne i zagrożenia związane z obsługą ostrych narzędzi, omówienie sposobów ochrony przed zagrożeniami obejmujące m.in. przestrzeganie procedury poekspozycyjnej, procedury postępowania z odpadami i procedury

²⁷ Oświadczenie z 4 grudnia.

²⁸ nr P-BHP-09-13 zatwierdzona 3 lipca 2013 r. oraz nr PH-09 zatwierdzona 26 października 2020 r.

²⁹ nr PE-01 zatwierdzona 5 stycznia 2016 r. oraz nr PE-01 zatwierdzona 26 marca 2020 r.

³⁰ Według stanu na 17 listopada.

³¹ 42 osoby rozpoczęły pracę w UCK w okresie objętym kontrolą, cztery – przed 1 stycznia 2017 r.

- bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami oraz przydziału i stosowania środków ochrony indywidualnej; szkolenie obejmowało również m.in. pokaz przez instruktora sposobu wykonywania pracy na stanowisku, ze szczególnym zwróceniem uwagi na czynności trudne i niebezpieczne;
- 37 osób posiadało ważne zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bhp (szkolenia 29 osób przeprowadzono w UCK, natomiast szkolenia ośmiu osób wykonujących pracę w UCK na podstawie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zostały przeprowadzone przez inne podmioty); w przypadku pozostałych 13 osób – od objęcia stanowiska w UCK nie upłynęło 12 miesięcy albo zawarte z UCK umowy zakończyły się przed upływem tego okresu albo termin przeprowadzenia szkolenia okresowego został wydłużony na podstawie art. 12e ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych³²;
 - na szkoleniach okresowych przeprowadzonych w UCK omawiano m.in. zagadnienia dotyczące ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał mogący przenosić zakażenie HIV, HBV, HCV, promieniowania laserowego, elektromagnetycznego, jonizującego, środków ochrony indywidualnej, zasad działania urządzeń, oznakowania stref ochronnych, zasad postępowania z odpadami wytwarzanymi na terenie UCK, rodzajem i transportem odpadów, zagrożeń związanych z czynnikami środowiska pracy (ich wpływem na zdrowie oraz metody likwidacji lub ograniczenia oddziaływania tych czynników na pracowników), zasad postępowania w razie wypadku w czasie pracy, epidemiologii zakażeń, higieny rąk w warunkach szpitalnych, doboru i zasad używania środków dezynfekcyjnych, zasady udzielania pierwszej pomocy, a także regulacje prawne z zakresu ochrony pracy.

W okresie objętym kontrolą organizowano również szkolenia wewnętrzne obejmujące zagadnienia dotyczące ekspozycji zawodowej. Przykładowo od 24 czerwca do 8 lipca 2019 r. przeprowadzono cykl szkoleń o tematyce dotyczącej gospodarki odpadami, pracy z ostrymi narzędziami i zasad postępowania po ekspozycji, w których wzięło udział 51 osób z Klinicznego Oddziału Ratunkowego.

(akta kontroli str. 273-297)

1.9 UCK uzyskało zezwolenia Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (dalej: „PPWIS”) i Prezesa PAA na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, polegającej na uruchamianiu i stosowaniu urządzeń wytwarzających takie promieniowanie oraz uruchamianiu medycznych pracowni rentgenowskich, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 10 i 11 Prawa atomowego³³.

(akta kontroli str. 590-595)

W UCK opracowano i wdrożono Program, wymagany art. 7 ust. 2 ww. ustawy. Program ten obejmował zakres wymagany art. 7 ust. 2a pkt 1 tej ustawy. Programem została objęta cała działalność UCK związana z narażeniem na promieniowanie jonizujące. Program był okresowo przeglądany i aktualizowany. Przyczynami aktualizacji były m.in.: zmiany organizacyjne i zmiany przepisów.

Zgodnie z postanowieniami Programów Dyrektor Naczelny odpowiada za wdrożenie, utrzymanie i udoskonalanie Programu. W jednostce ustalono

³² Dz. U. poz. 1842, ze zm.

³³ Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm.).

odpowiednie procedury i instrukcje postępowania na poszczególnych stanowiskach pracy odnoszące się do zasad z zakresu ochrony radiologicznej i zasad administracyjno-prawnych wraz z uwzględnieniem wymagań systemu zarządzania, Najwyższe kierownictwo zapewni opracowanie wdrożenie i stosowanie procedur i instrukcji. Wszyscy pracownicy obsługujący aparaty emitujące promieniowanie jonizujące przed przystąpieniem do pracy zostali przeszkoleni w zakresie obsługi urządzenia oraz obowiązujących zasad ochrony radiologicznej, posiadają stosowne uprawnienia do obsługi tych urządzeń i podlegają okresowemu szkoleniu. Nowo zatrudnieni pracownicy są szkoleni z pełnego zakresu zgodnie z wymaganiami stanowiskowymi. Wszyscy pracownicy są obowiązani do przestrzegania zasad ochrony radiologicznej na stanowisku pracy oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, do stosowania: środków ochrony osobistej znajdujących się w pomieszczeniu udzielania świadczeń, stosownie do narażenia podczas wykonywania procedur, podlegają okresowym badaniom lekarskim i posiadają aktualne orzeczenie o braku przeciwwskazań do pracy w narażeniu na promieniowanie jonizujące. Kierownik jednostki organizacyjnej zaliczył pracowników do odpowiedniej kategorii narażenia – dla gabinetów rtg jest to kategoria B. Wyposażenie techniczne środowiska pracy jest bardzo istotnym elementem ochrony radiologicznej pracownika i pacjenta, dlatego też zapewnia się okresowe przeglądy i naprawy techniczne wyposażenia infrastruktury UCK zgodnie z przepisami prawnymi i zaleceniami producenta. Na wyposażeniu gabinetów i pracowni znajdują się odpowiednie osłony.

Program nie obejmował zakresu określonego w art. 7 ust. 2a pkt 2-4 Prawa atomowego, tj. sposobu realizacji wymagań dotyczących funkcjonowania, konserwacji i utrzymania źródeł promieniowania jonizującego oraz dotyczących wyposażenia związanego z tymi źródłami; sposobu zabezpieczenia źródeł promieniotwórczych przed uszkodzeniem, kradzieżą i dostaniem się w ręce osób nieuprawnionych oraz systemu zarządzania sytuacjami zdarzeń radiacyjnych, o którym mowa w art. 86d tej ustawy³⁴ (kierownicy jednostek powinni dostosować programy zapewnienia jakości w terminie 2 lat od dnia wejścia w życie ustawy³⁵).

(akta kontroli str. 596-600, 694-743, 775-797)

Z wyjaśnień Kierownika Inspektoratu Ochrony Radiologicznej (dalej: „IOR”) wynikało, że nie dostosowano Programu zapewnienia jakości do wymogów art. 7 ust. 2a ww. Prawa atomowego, ale wprowadzono dwuletni okres na jego dostosowanie. Ponadto wyjaśnił, że nie napotkano przeszkód we wdrażaniu Programu zapewnienia jakości, a współpracę z kierownictwem UCK w tym zakresie ocenia pozytywnie.

(akta kontroli str. 599-600, 694, 830-831)

1.10 Wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w UCK sprawowało pięciu inspektorów nadzoru radiologicznego zatrudnionych w IOR, którzy posiadali ważne uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej, z czego trzech – uprawnienia typu R, nadane w drodze decyzji administracyjnych przez Głównego Inspektora Sanitarnego na podstawie art. 7 ust. 12 Prawa atomowego, a dwóch – uprawnienia typu IOR-3 nadane w drodze decyzji administracyjnych przez Prezesa PAA na podstawie art. 7 ust. 10 Prawa atomowego.

(akta kontroli str. 744-751)

³⁴ Opracowano zakładowy plan postępowania awaryjnego, o którym mowa w art. 86d pkt 3.

³⁵ Zgodnie z art. 20 ust. 1 pkt 3 lit. a) ustawy z 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593, ze zm.), kierownicy jednostek organizacyjnych wykonujących działalność związaną z narażeniem, w terminie 2 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy dostosują programy zapewnienia jakości do wymagań określonych w przepisach art. 7 ust. 2a Prawa atomowego.

1.11 Kierownik IOR podlegał bezpośrednio Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych.

(akta kontroli str. 832-834)

W zakresie zadań IOR oraz inspektorów ochrony radiologicznej przypisano obowiązki i uprawnienia wymienione w art. 7² Prawa atomowego.

(akta kontroli str. 752-774, 835-837)

Inspektorzy ochrony radiologicznej realizowali ww. obowiązki i korzystali z przysługujących im uprawnień dotyczących sprawowania nadzoru nad ochroną radiologiczną pracowników.

(akta kontroli str. 599-693, 775-797, 806-815, 863-871)

Z wyjaśnień Kierownika IOR wynikało, że, przy wykonywaniu swoich czynności, w okresie objętym kontrolą NIK, inspektorzy ochrony radiologicznej nie napotkali żadnych trudności uniemożliwiających mu właściwe wywiązywanie się z obowiązków i uprawnień i nie wystąpiły żadne zdarzenia negatywnie oddziałujące na zapewnienie ochrony radiologicznej pracowników.

(akta kontroli str. 596-598)

1.12 Z wyjaśnień Dyrektora Naczelnego w sprawie sposobu realizacji obowiązku zapewnienia pracownikom zatrudnionym w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące ochrony wymaganej art. 26 Prawa atomowego, wynikało, że zapewniono im badania profilaktyczne w Poradni Medycyny Pracy UCK, środki ochrony indywidualnej i sprzęt dozymetryczny. Zapewniono nadzór inspektorów ochrony radiologicznej m.in. nad wyposażeniem w środki ochrony indywidualnej, aparaturą dozymetryczną i pomiarową oraz wszelkie niezbędne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem stosownie do warunków narażenia, a także nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania. Każdego pracownika narażonego na promieniowanie wyposażono w osobisty, indywidualny dozymetr. Zapewniono prowadzenie pomiarów i rejestrację dawek indywidualnych. Zapewniono także prowadzenie dozymetrii w środowisku pracy. UCK zapewnia odpowiedni dobór przyrządów dozymetrycznych dostosowanych do rodzaju użytkowanego promieniowania oraz poddaje je wzorcowaniu w akredytowanych jednostkach. Nie wykonuje zadań, które mogą prowadzić do uwolnienia substancji promieniotwórczych do środowiska. Potrzeby w zakresie określonym w art. 26 Prawa atomowego były analizowane na bieżąco. Zatrudniony personel medyczny i techniczny z racji swoich kwalifikacji zawodowych ma pełną świadomość zagrożeń, a szkolenia w tym zakresie je uzupełniają. W momencie zatrudnienia na danym stanowisku kierownik komórki organizacyjnej, służba bhp i IOR określają stopień narażenia pracownika i odpowiednio dostosowują skierowanie na badanie u lekarza profilaktyki. Przy rozpoczynaniu nowej działalności związanej z promieniowaniem jonizującym, np. przy zakupie nowego aparatu, są przeprowadzane odpowiednie analizy już na etapie projektowania. Fakt ten potwierdzają wydane pozwolenia i zezwolenia. Dotyczy to zarówno aspektów technicznych budynków urządzeń, jak i pracowników. Za przeprowadzenie takich analiz odpowiedzialny jest IOR z kierownikiem komórki organizacyjnej. W zakresie medycyny pracy analizę prowadzi lekarz profilaktyk posiadający uprawnienia do orzekania o braku przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia. Przykładem analizy potrzeb w zakresie środków ochrony indywidualnej było przeprowadzenie postępowań przetargowych. W zakresie dozymetrii indywidualnej i środowiskowej analizowano warunki proponowane przez laboratoria prowadzące odczyty i zakresy pomiarowe oferowanych dozymetrów. Z uwagi na to, że UCK nie wykonuje zadań, które mogą prowadzić do uwolnienia substancji promieniotwórczych do środowiska

– opracowanie i wdrożenie procedur pomiaru i oceny narażenia ogółu ludności, prowadzenie pomiarów i rejestrowanie wyników – analiz w tym zakresie nie prowadzono. W sprawie zasięgania opinii IOR, o której mowa w art. 7a Prawa atomowego, na temat badania i sprawdzania urządzeń ochronnych i przyrządów dozymetrycznych Dyrektor Naczelny wyjaśnił, że przed podpisaniem wniosku o wydanie zezwolenia na użytkowanie źródła promieniowania lub uruchomienia pracowni, w której zainstalowano takie źródła, zasięga opinii w zakresie spełnienia wymagań, a IOR przedstawia dokumenty potwierdzające ich spełnienie. Zasięgał opinii w sprawie skuteczności stosowanych technik i środków przed promieniowaniem, które IOR przedstawia po analizie sprawozdań ze zleczanych pomiarów oraz dozymetrii środowiskowej, ale nie mają one sformalizowanej formy. Stanowisko IOR jest zawsze kluczowe przy podejmowaniu decyzji w ww. zakresie.

(akta kontroli str. 798-803)

Z wyjaśnień Kierownika IOR wynikało, że ustalenia dotyczące wyposażenia jednostki w środki ochrony indywidualnej oraz w sprzęt dozymetryczny, wymagane art. 7² ust. 1 pkt 10 Prawa atomowego, podejmowane są na bieżąco. Środki ochrony indywidualnej ustalane są na podstawie informacji na podstawie analizy procedur wykonywanych w danej pracowni oraz liczby osób biorących udział w procedurach. Nie mają one formy określonej w procedurze wewnętrznej.

(akta kontroli str. 599, 603-604, 805)

UCK posiadało wymagane art. 27 Prawa atomowego świadectwa wzorcowania dla wszystkich sześciu przyrządów dozymetrycznych posiadanych w trakcie kontroli NIK (trzech mierników skażeń powierzchniowych i trzech mierników mocy dawki promieniowania).

(akta kontroli str. 804, 872-888)

Analiza dokumentacji dotyczącej wszystkich 37 pracowników zatrudnionych wg stanu na 20 listopada 2020 r. w Klinicznym Centrum Kardiologii (dalej: „KCK”) i Klinice Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca, wykazała, że wszystkim przydzielono dozymetry indywidualne.

(akta kontroli str. 838-862, 889-913)

W UCK wdrożona została instrukcja „Postępowanie z dozymetrami indywidualnymi i środowiskowymi” określająca m.in. zasady: kontroli dozymetrycznej, przydzielania dozymetru indywidualnego, użytkowania dozymetru, realizacji czynności przez inspektora ochrony radiologicznej w zakresie kontroli dozymetrycznej, postępowania w przypadku stwierdzenia przekroczenia dawek indywidualnych personelu oraz regulacje w przypadkach szczególnego narażenia.

(akta kontroli str. 806-815)

1.13 Według stanu na 10 listopada 2020 r. w UCK zatrudnionych było 574 pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące. Wszyscy pracownicy byli zaliczeni do kategorii narażenia B.

W okresie objętym kontrolą przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące nie występowało do Prezesa PAA z wnioskami o informacje z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez tych pracowników.

Kierownik IOR wyjaśnił, że pracownicy są informowani o stanie ochrony radiologicznej i rozwiązaniach stosowanych w UCK w zakresie ochrony radiologicznej, a także o poziomie ich narażenia na szkoleniach wstępnych oraz okresowych. Zmiany we wszystkich procedurach i instrukcjach, w tym dotyczących ochrony radiologicznej każdorazowo wchodzi w życie zarządzeniem kierownika jednostki organizacyjnej. Każde zarządzenie rozsyłane jest do wszystkich pracowników UCK za pomocą służbowej poczty elektronicznej.

Analiza dokumentacji dziewięciu pracowników zatrudnionych w UCK od 2017 r. w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące wykazała, że:

- przed zatrudnieniem żadnego z nich nie wystąpiono do Prezesa PAA z wnioskiem o informacje z centralnego rejestru dawek, o dawkach otrzymanych przez tych pracowników;
- wszyscy wzięli udział we wstępnym szkoleniu z zakresu ochrony radiologicznej;
- pracodawca wywiązał się z obowiązku określonego w art. 32b Prawa atomowego informowania pracowników o przyjętych przez niego dawkach promieniowania jonizującego poprzez udostępnienie tych danych w portalu pracowniczym³⁶.

(akta kontroli str. 475-538, 584-585)

1.14 Weryfikacja stanu faktycznego w dwóch wybranych pracowniach: pracowni rentgenowskiej w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej KCK i pracowni rentgenowskiej w Zakładzie Radiologii, wykazała, że spełniały one wymogi określone w § 2-20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi³⁷.

(akta kontroli str. 816-825)

1.15 Weryfikacja stanu faktycznego w ww. pracowniach wykazała, że znajdowały się w nich oryginały lub uwierzytelnione kopie dokumentów wymienionych w § 22 ww. rozporządzenia, a zakres i częstotliwość przeglądów aparatury rentgenowskiej zgodne były z instrukcjami producentów.

(akta kontroli str. 816-826)

1.16 Kierownik IOR wyjaśnił, że w UCK nie wyznaczono terenów kontrolowanych. Z uwagi na to, że wszystkie pracownie zaprojektowane zostały w taki sposób aby pracownicy nie otrzymywali dawek przekraczających poziom dopuszczalny dla kategorii B, pracownie izotopowe były wyposażone w urządzenia, które uniemożliwiają rozprzestrzenianie się skażeń promieniotwórczych i nie występują w nich duże zmiany mocy dawki, dlatego wszystkie tereny, na których prowadzi się działalność z promieniowaniem, zostały zakwalifikowane do terenów nadzorowanych.

(akta kontroli str. 798-799, 827)

Weryfikacja stanu faktycznego w ww. pracowniach wykazała, że spełniały one podstawowe wymagania dla terenów nadzorowanych, określone w § 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2007 r. w sprawie podstawowych wymagań dotyczących terenów kontrolowanych i nadzorowanych³⁸.

(akta kontroli str. 816, 828-829)

1.17 W okresie objętym kontrolą PAA, Państwowa Inspekcja Pracy, Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziły w UCK łącznie 256 kontroli obejmujących swym zakresem zagadnienia mające związek z ekspozycją na zranienia ostrymi narzędziami i promieniowanie jonizujące przy wykonywaniu prac związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych lub służbą bhp, z tego:

- PAA – 20 kontroli (po dziesięć w 2017 r. i 2019 r.) w zakresie zgodności wykonywanej działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące z warunkami określonymi w zezwoleniach i z przepisami regulującymi działalność objętą zezwoleniami, w wyniku których nie sformułowano zaleceń;

³⁶ W jednym przypadku termin dokonania pierwszego odczytu z dozymetru jeszcze nie upłynął.

³⁷ Dz. U. Nr 180, poz. 1325.

³⁸ Dz. U. Nr 131, poz. 910.

- Państwowa Powiatowa Inspekcja Sanitarna – 229 kontroli (77 w 2017 r., 67 w 2018 r., 80 w 2019 r. i pięć w 2020 r.³⁹) głównie w zakresie przestrzegania procedur postępowania zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w wyniku których nie sformułowano zaleceń, uwag i wniosków dotyczących zakażeń i zranień;
- Państwowa Inspekcja Pracy – siedem kontroli (jedna w 2017 r., dwie w 2018 r., trzy w 2019 r. i jedna w 2020 r.⁴⁰), w których odniesiono się m.in. do posiadania przez osoby realizujące zadania służby bhp wymaganych kwalifikacji i aktualnych szkoleń okresowych dla służby bhp, współpracy z zakładową społeczną inspekcją pracy, opracowania oceny ryzyka zawodowego w dwóch Klinikach oraz opracowania procedury postępowania w przypadku ekspozycji zawodowej w jednej kontroli. W ich wyniku nie sformułowano zaleceń i wniosków dotyczących ww. zagadnień.

(akta kontroli str. 298-352)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2017-2020⁴¹ służba bhp podlegała Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych, zamiast bezpośrednio osobie zarządzającej – Dyrektorowi Naczelnemu, co stanowiło naruszenie § 1 ust. 5 rozporządzenia ws. służby bhp, zgodnie z którym u pracodawcy będącego jednostką organizacyjną służba bhp podlega bezpośrednio osobie zarządzającej tą jednostką. Zgodnie z § 9 i § 11 ust. 1 i 3 Statutu UCK⁴² organem UCK jest Dyrektor Naczelny, który zarządza UCK i jest przełożonym wszystkich pracowników UCK.

(akta kontroli str. 11-28)

Dyrektor Naczelny wyjaśnił, że podleganie Inspektoratu bhp Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych wynika m.in. z wielkości zakładu pracy, w którym pracę świadczy około 4000 osób, co generuje bardzo dużo spraw bieżących niewymagających osobistego zaangażowania Dyrektora Naczelnego. Dyrektor Naczelny ściśle współpracuje z posiadającym pełnomocnictwo Zastępcą Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych oraz służbą bhp i Komisją bhp. Dyrektor Naczelny jest również na bieżąco informowany o wszystkich poważnych zdarzeniach występujących w obszarze bhp. Zastępców Dyrektora Naczelnego szpitala, który jest jednym z największych pracodawców na Pomorzu, powinno się per analogia legis, traktować podobnie jak członków zarządu, dużo mniejszych spółek medycznych prowadzących szpitale, w których kompetencje kierownika zakładu są rozdzielone na podstawie regulaminu wewnętrznego pracy zarządu na poszczególnych jego członków. Dyrektor Naczelny uzasadnił również umiejscowienie Inspektoratu bhp w schemacie organizacyjnym obciążeniem zadaniami Dyrektora Naczelnego w związku z trwającym procesem restrukturyzacji i rozbudowy szpitala, doświadczeniem zawodowym Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych, który był inspektorem w PIP oraz łatwiejszego przekazu informacji.

(akta kontroli str. 462-468)

W ocenie NIK w przepisie § 1 ust. 5 ww. rozporządzenia określającym podległość służby bhp, nie przewidziano wyjątków od stosowania w okolicznościach przedstawionych w wyjaśnieniach Dyrektora Naczelnego. Skoro zgodnie ze statutem UCK Dyrektor Naczelny jest jednoosobowym organem zarządzającym to jemu, zgodnie z ww. rozporządzeniem, powinna podlegać ta służba.

³⁹ Do 30 listopada.

⁴⁰ Według stanu na 3 grudnia.

⁴¹ Do 23 grudnia.

⁴² Załącznik nr 2 do Uchwały Nr 7/2015 Senatu GUMed z dnia 23.02.2015 r. ze zm.

2. W latach 2017-2018, w składzie komisji bhp nie zapewniono równej liczby przedstawicieli pracowników i przedstawicieli pracodawcy, co stanowiło naruszenie art. 237¹² § 1 Kodeksu pracy. W skład komisji bhp wchodziło bowiem czterech przedstawicieli pracowników i pięciu przedstawicieli pracodawcy.

(akta kontroli str. 85-96, 102)

Dyrektor Naczelny wyjaśnił, że w zarządzeniu Nr 29/2013 Dyrektora Naczelnego UCK z dnia 4 listopada 2013 r. w sprawie powołania Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy wskazano, że komisja składa się z dziewięciu członków, w tym, pięciu reprezentuje pracodawcę, a czterech pracowników. Nie znał przyczyn takiej decyzji, niemniej wyjaśnił, że w 2019 r. dokonana została zmiana polegająca na włączeniu do składu Komisji dziesiątego członka (piątego reprezentanta pracowników) wprowadzona Zarządzeniem Nr 63/2019 Dyrektora Naczelnego UCK z dnia 7 marca 2019 r. w sprawie zmiany zarządzenia Nr 29/2013 Dyrektora Naczelnego UCK z dnia 4 listopada 2013 r. w sprawie powołania Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy. Tym samym zrealizowano wymóg zawarty w art. 237¹² Kodeksu pracy dotyczący równej liczby przedstawicieli pracodawcy i przedstawicieli pracowników.

(akta kontroli str. 462-468)

3. W latach 2017-2020 przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące nie występowało do Prezesa PAA z wnioskami o informacje z centralnego rejestru dawek, o dawkach otrzymanych przez tych pracowników, do czego zobowiązuje art. 22 ust. 1 Prawa atomowego.

(akta kontroli str. 477, 584-585)

Dyrektor Naczelny oraz Kierownik IOR wyjaśnili, że pracownicy zatrudniani w warunkach narażenia występujących w warunkach jednostek ochrony zdrowia są kwalifikowani do kategorii B narażenia na promieniowanie. Dla tej kategorii nie ma obowiązku przysyłania danych o otrzymanych dawkach do centralnego rejestru dawek i takie informacje tam nie figurują.

Dyrektor Naczelny wyjaśnił ponadto, że wielokrotnie przeprowadzane przez PAA i PPWIS nigdy nie wykazały w tym zakresie niezgodności.

(akta kontroli str. 584-585, 588-589)

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie mogą stanowić uzasadnienia dla zaniechania uzyskiwania informacji o otrzymanych przez pracowników dawkach, o których mowa w art. 22 ust. 1 Prawa atomowego.

OCENA CZĄSTKOWA

UCK było odpowiednio przygotowane do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń. W UCK funkcjonowała w odpowiednim składzie służba bhp. Pracownicy tej służby posiadali wymagane kwalifikacje, a zakres jej działania obejmował zadania określone przepisem § 2 ust. 1 rozporządzenia ws. służby bhp. Służba bhp sporządzała roczne analizy stanu bhp zawierające wnioski w celu poprawy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy. W UCK funkcjonowała również komisja bhp, której skład od 2019 r. spełniał wymogi art. 237¹² § 1 Kodeksu pracy. W UCK, stosownie do § 3 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie dokonano oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny (w trzech skontrolowanych komórkach organizacyjnych). Opracowano i wdrożono wymagane procedury postępowania z ostrymi narzędziami i stosowania środków ochrony indywidualnej, które były aktualizowane. Pracownikom zapewniano środki ochrony indywidualnej, w przypadku konieczności – dostęp do szczepień oraz w miarę możliwości sprzęt ostry posiadający zabezpieczenia. Systematycznie przeprowadzano szkolenia

wstępne i okresowe pracowników, mające na celu zapobieganie narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny lub w przypadku osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych wymagano przedłożenia aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w tym zakresie. Pracownicy zatrudnieni w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące (których dokumentację objęto kontrolą) zostali przeszkoleni z zakresu ochrony radiologicznej oraz informowano ich o otrzymanych dawkach promieniowania jonizującego. Nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej sprawowali inspektorzy ochrony radiologicznej posiadający odpowiednie uprawnienia. UCK uzyskało zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące. Opracowano i wdrożono wymagany Program zapewnienia jakości, którym objęto działalność związaną z tym narażeniem. Spełniono wymagania zapewniające ochronę pracownikom zatrudnionym w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, a weryfikacja stanu faktycznego w dwóch wybranych pracowniach rentgenowskich wykazała, że spełniały one wymagania bezpieczeństwa pracy z urządzeniami radiologicznymi.

Stwierdzono nieprawidłowości w zakresie:

- podległości służby bhp;
- składu komisji bhp w latach 2017-2018;
- realizacji obowiązków wynikających z art. 22 ust. 1 Prawa atomowego (przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia).

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1 W UCK opracowano i wdrożono procedurę epidemiologiczną Postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał⁴³ (dalej: „procedura poekspozycyjna”), która zgodnie z § 9 ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, uwzględniała m.in. konieczność podjęcia niezwłocznych działań profilaktycznych i określała m.in.:

- sposób postępowania w przypadkach: zakłucia (skaleczenia, zranienia) lub kontaktu z uszkodzoną skórą, zanieczyszczenia nieuszkodzonej skóry, zanieczyszczenia błon śluzowych;
- konieczność pobrania krwi od pacjenta (za jego zgodą) w celu wykonania badań na obecność przeciwciał anty HIV, anty HCV oraz HbsAg, gdy znane jest źródło zakażenia;
- konieczność zgłoszenia się do Poradni Konsultacyjnej Zakażeń Retrowirusowych, Nabytych Niedoborów Immunologicznych PCChZiG⁴⁴ lub do Lekarza Dyżurnego Izby Przyjęć specjalisty chorób zakaźnych w tym podmiocie leczniczym celem konsultacji i zastosowania profilaktyki poekspozycyjnej;

⁴³ Nr PE-02 edycja trzecia zatwierdzona 5 stycznia 2016 r. oraz edycja czwarta zatwierdzona 17 września 2020 r.

⁴⁴ UCK zawarło z PCChZiG 16 grudnia 2013 r. umowę nr 7PZ/E/P/2013 w zakresie zapewnienia świadczenia zdrowotnego – profilaktyki poekspozycyjnej dla pracowników UCK, u których doszło do ekspozycji na materiał biologiczny potencjalnie zakaźny w związku z wykonywaniem czynności zawodowych lub pracy zleconej. Świadczenie zdrowotne – profilaktyka poekspozycyjna obejmowało badanie lekarskie osoby ekspozowanej, badania laboratoryjne – w zakresie niezbędnym do podjęcia decyzji o wyborze postępowania profilaktycznego – zarówno u osoby ekspozowanej, jak i osoby będącej źródłem ekspozycji, zlecenie właściwej profilaktyki/postępowania poekspozycyjnego, w tym konieczne do zastosowania leki antyretrowirusowe lub szczepionki lub/i immunoglobuliny, wydanie na piśmie wyniku konsultacji i zalecenia, ustalenie trybu dalszego postępowania oraz wypisanie recepty na zaordynowane leki. Badania laboratoryjne obejmowały u osoby ekspozowanej: anty-HIV, anty-HCV, HBsAg, anty HBs ilościowo, AIAT, kreatyninę, morfologię krwi i test ciążowy (zgodnie z aneksem nr 2/2020 z 4 kwietnia 2020 r. – dodatkowo: fosfor), a u osoby będącej źródłem ekspozycji: anty-HIV, anty-HCV, HBsAg. Postępowanie poekspozycyjne mogło być również prowadzone na podstawie dostarczonych przez UCK wyników badań laboratoryjnych osoby będącej źródłem ekspozycji. Zgodnie z umową, UCK zapewniało we własnym zakresie środki finansowe na zakup leków niezbędnych do zastosowania w profilaktyce poekspozycyjnej lub dostęp do takich leków.

a ponadto konieczność:

- zgłoszenia zdarzenia bezpośrednio przełożonemu i w Inspektoracie bhp;
- zgłoszenia zdarzenia jako niezgodności, zgodnie z odrębną procedurą Nadzór nad niezgodnościami;
- przedłożenia dokumentacji lekarzowi profilaktykowi w Poradni Medycyny Pracy.

Czwarta edycja procedury obejmowała również zasady postępowania w przypadku ekspozycji na inne patogeny, m.in. prątki gruźlicy, wirusa grypy, wirusa odry i koronawirusa SARS CoV-2/COVID-19. Ekspozycja materiału biologicznego lub z innego potencjalnie zakaźnego materiału w obu edycjach procedury nie wymagała postępowania poekspozycyjnego w przypadku kontaktu ze skórą nieuszkodzoną lub skaleczenia igłą, narzędziem chirurgicznym lub innym ostrym przedmiotem nieskażonym krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem.

Zgodnie z procedurą Nadzór nad niezgodnościami, niezgodności, w tym dotyczące ekspozycji personelu na materiał zakaźny, podlegały analizie na spotkaniach odbywających się w komórkach organizacyjnych, w których doszło do niezgodności oraz spotkaniach Zespołu ds. Monitorowania Zdarzeń Niepożądanych.

(akta kontroli str. 353-390)

2.2 W UCK, stosowanie do § 6 pkt 3 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, prowadzono wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, który zawierał następujące informacje:

- kolejny numer zdarzenia w roku;
- data zdarzenia;
- nazwa jednostki organizacyjnej, w której doszło do zranienia;
- rodzaj i model narzędzia, które spowodowało zranienie;
- rodzaj procedury medycznej oraz czynność, w trakcie której doszło do zranienia;
- informacje dotyczące okoliczności i przyczyny zranienia;

a ponadto:

- numer identyfikacyjny pracownika i grupę zawodową.

Wykaz prowadzony był przez Inspektorat bhp. Zgodnie z opisaną w pkt 2.1 wystąpienia pokontrolnego procedurą poekspozycyjną, eksponowani pracownicy zobowiązani byli do wypełnienia formularza poekspozycyjnego stanowiącego załącznik do ww. procedury oraz zgłoszenia zdarzenia w Inspektoracie bhp. W latach 2017-2020⁴⁵ w wykazie zarejestrowano łącznie 153 przypadki zranień, z tego 40 w 2017 r., 37 w 2018 r., 47 w 2019 r. oraz 29 w 2020 r.

(akta kontroli str. 391-404)

Analiza przebiegu 60 losowo wybranych postępowań poekspozycyjnych⁴⁶ wykazała, m.in. że:

- w związku ze zranieniem lub zakłuciem doszło do ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał;
- zdarzenie, zgodnie z procedurą poekspozycyjną, zostało zgłoszone w Inspektoracie bhp oraz przełożonemu;
- postępowanie poekspozycyjne zostało wszczęte w tym samym dniu, w którym zostało zgłoszone;
- do zdarzenia doszło m.in. przy odkładaniu igły do pojemnika na ostre narzędzia po pobraniu krwi, zakładaniu wkłucia dotętniczego, zakładaniu wkłucia obwodowego, pobieraniu krwi od pacjenta, retorakotomii, zakładania lub

⁴⁵ Do 5 listopada 2020 r.

⁴⁶ Po 15 przypadków z każdego z lat 2017-2020.

- zdejmowania szwów, nakłucia jamy otrzewnej, biopsji guza piersi, iniekcji podskórnej, zabiegu cięcia cesarskiego, segregowania narzędzi;
- 29 razy do ekspozycji doszło na stanowisku pielęgniarki albo starszej pielęgniarki, 24 razy na stanowisku lekarza, lekarza stażysty albo lekarza rezydenta, dwa razy na stanowisku opiekuna medycznego i po jednym razie na stanowiskach fizyka medycznego, diagnosty laboratoryjnego, technika sterylizacji medycznej, ratownika medycznego i pomocnika operatora ciśnieniowych sterylizatorów parowych;
 - w 57 przypadkach, gdy znane było źródło zakażenia, pobrano od pacjenta krew w celu wykonania badań;
 - żadne zdarzenie nie zostało zakwalifikowane jako wypadek przy pracy;
 - trzy osoby eksponowane miały za sobą doświadczenie zranienia na tym samym stanowisku w tej samej komórce organizacyjnej UCK rok albo dwa lata przed zdarzeniem objętym kontrolą;
 - żadna z osób eksponowanych w związku ze zdarzeniem nie musiała udać się na zwolnienie lekarskie;
 - w UCK w każdym przypadku badano przyczyny i okoliczności zranienia oraz odnotowano je w wykazie zranień;
 - w związku ze zdarzeniem nie zaszła konieczność dokonania zmian w Procedurze bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami ani poinformowania pracowników o nowym ryzyku związanym z używaniem ostrego narzędzia;
 - spośród osób eksponowanych zatrudnionych na umowy o pracę – cztery osoby po zakończonym postępowaniu poinformowały o zdarzeniu lekarza profilaktyka w Poradni Medycyny Pracy i przekazały mu dokumentację dotyczącą zdarzenia⁴⁷, a 36 osób tego nie uczyniło;
 - w czterech przypadkach nie doszło do zakażenia wirusem HBV, HCV, HIV, w pozostałych przypadkach w UCK nie posiadano danych w tym zakresie;
 - koszt postępowania poekspozycyjnego obejmujący koszt porad konsultacyjnych i badań laboratoryjnych w PCChZiG wyniósł od 80 zł do 440 zł i został poniesiony przez pracodawcę⁴⁸;
 - żaden z pracowników nie ubiegał się o odszkodowanie od pracodawcy;
 - 18 zdarzeń zostało, zgodnie z procedurą Nadzór nad niezgodnościami, zgłoszonych jako niezgodności, 42 zdarzeń nie zgłoszono.

(akta kontroli str. 405-451)

2.3 W latach 2017-2020⁴⁹ koszty postępowań poekspozycyjnych wyniosły 47,9 tys. zł, z tego w poszczególnych latach odpowiednio 11,7 tys. zł, 12,9 tys. zł, 13,6 tys. zł i 9,7 tys. zł. Dotyczyły one:

- badań serologicznych krwi osoby będącej źródłem materiału biologicznego (5,8 tys. zł, z tego po 1,4 tys. zł w latach 2017-2018, 1,8 tys. zł w 2019 r. i 1,2 tys. zł w 2020 r.);
- leków antyretrowirusowych (3,0 tys. zł, z tego 2,0 tys. zł w 2018 r. i 1,0 tys. zł w 2020 r.);
- konsultacji lekarza chorób zakaźnych prowadzącego postępowanie poekspozycyjne i badań serologicznych krwi osoby eksponowanej (39,1 tys. zł,

⁴⁷ w 13 przypadkach w UCK brak było możliwości weryfikacji danych w tym zakresie, ponieważ osoby eksponowane zatrudnione były na innej podstawie niż umowy o pracę i indywidualnie zawierały umowy z Poradnią Medycyny Pracy, lub odbywały w UCK praktykę, a praktykanci przekazywali informacje do Poradni Medycyny Pracy właściwej dla zatrudnienia;

⁴⁸ w przypadku dwóch postępowań UCK poniosło wyłącznie koszty badań laboratoryjnych źródła ekspozycji wykonanych w UCK, ponieważ w jednym przypadku osoba eksponowana nie zgłosiła się do PCChZiG, a w drugim przypadku pozostałe koszty poniósł podmiot kierujący osobą eksponowaną na staż kierunkowy zgodnie z porozumieniem w sprawie prowadzenia stażu kierunkowego do specjalizacji zawartym 30 stycznia 2018 r. pomiędzy UCK a podmiotem kierującym.

⁴⁹ Do 2 grudnia.

z tego 10,3 tys. zł w 2017 r., 9,5 tys. zł w 2018 r., 11,8 tys. zł w 2019 r. i 7,5 tys. zł w 2020 r.).

W ww. okresie nie poniesiono kosztów immunoglobuliny anty-HBs, szczepionki przeciw WZW B, a także kosztów prowadzenia postępowania orzeczniczego w kierunku choroby zawodowej oraz kosztów świadczeń finansowych związanych z rozpoznaniem choroby zawodowej, ponieważ w nie rozpoznano choroby zawodowej. Ponadto nie prowadzono postępowań przeciw UCK z tytułu ekspozycji zawodowej i w związku z tym nie poniesiono z tego tytułu kosztów. UCK nie wypłaciło również odszkodowań dotyczących ekspozycji zawodowej.

(akta kontroli str. 452)

2.4 W okresie objętym kontrolą raz na sześć miesięcy (w styczniu i w lipcu) w UCK sporządzano raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zawierające informacje, wymagane § 11 ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie. Informacje dotyczące liczby zranień oraz okoliczności zranień wynikały z rejestru zranień. Raporty udostępniono na stronie intranetowej UCK.

Zgodnie z danymi zawartymi w raportach w okresie objętym kontrolą liczba zranień utrzymywała się na podobnym poziomie i wyniosła: 29 w I półroczu 2017 r., 11 w II półroczu 2017 r., 23 w I półroczu 2018 r., 14 w II półroczu 2018 r., 26 w I półroczu w 2019 r., 21 w II półroczu 2019 r. i 14 w I półroczu 2020 r.

(akta kontroli str. 365-372, 391-404)

2.5 W UCK opracowano Zakładowy plan postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań diagnostycznych i radiologii zabiegowej w UCK⁵⁰ oraz Zakładowy plan postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań i terapii w Klinice Onkologii i Radioterapii w Zakładzie Medycyny Nuklearnej oraz przy postępowania z izotopami promieniotwórczymi w UCK⁵¹ zawierające informacje określone we wzorze stanowiącym załącznik do rozporządzenia ws. planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych:

- dane podstawowe dotyczące m.in. jednostki organizacyjnej, kierownika jednostki organizacyjnej, rodzaju działalności związanej z narażeniem, inspektora ochrony radiologicznej, numerów telefonów do podmiotów wymienionych w ww. rozporządzeniu, planu jednostki organizacyjnej zawierającego rozmieszczenie źródeł zagrożenia radiacyjnego, drogi ewakuacji i miejsca zbiórki pracowników;
- postępowanie pracownika stwierdzającego zaistnienie zdarzenia radiacyjnego wskazujące osoby, które należy powiadomić oraz informacje, które należy podać w powiadomieniu;
- postępowanie kierownika jednostki organizacyjnej określające podmioty, które należy zawiadomić, konieczność m.in.: zorganizowania pierwszej pomocy osobom poszkodowanym, zorganizowania zabezpieczenia miejsca zdarzenia, określenia dokładnej lokalizacji zdarzenia oraz przeprowadzenia wstępnej oceny skutków zdarzenia, określenia danych osób poszkodowanych w wyniku zdarzenia oraz dokonania wstępnej oceny stanu poszkodowanych, powiadomienia Prezesa PAA oraz organu wydającego zezwolenia, dalszego

⁵⁰ Z 22 lipca 2020 r.; poprzednio w latach 2017-2020 obowiązywał Zakładowy plan z 28 września 2015 r.

⁵¹ Z 4 lutego 2020 r.; poprzednio w latach 2017-2020 obowiązywały Zakładowe plany z 12 października 2015 r. oraz 27 grudnia 2018 r.

postępowania według procedur awaryjnych. Ponadto określono działania w ramach nadzoru nad dalszym postępowaniem;

- częstotliwość ćwiczeń okresowych – przynajmniej raz w roku, jednak okres ich ważności nie może przekroczyć dwóch lat od daty wykonania.

W okresie objętym kontrolą Zakładowy plan postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań diagnostycznych i radiologii zabiegowej w UCK został zaktualizowany w 2020 r., a Zakładowy plan postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań i terapii w Klinice Onkologii i Radioterapii w Zakładzie Medycyny Nuklearnej oraz przy postępowaniu z izotopami promieniotwórczymi w UCK w 2018 r. i 2020 r. Aktualizacje dokonano w związku ze zmianami organizacyjnymi w UCK dotyczącymi przenoszenia komórek organizacyjnych do nowych lokalizacji oraz w związku ze zmianą na stanowisku Dyrektora Naczelnego.

Ćwiczenia awaryjne dotyczące Zakładowego planu postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań diagnostycznych i radiologii zabiegowej w UCK zostały przeprowadzone w 2019 r., natomiast ćwiczenia dotyczące Zakładowego planu postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań i terapii w Klinice Onkologii i Radioterapii w Zakładzie Medycyny Nuklearnej oraz przy postępowaniu z izotopami promieniotwórczymi w UCK – w 2017 r., 2019 r. i 2020 r.

Analiza protokołów z wybranych trzech ćwiczeń awaryjnych wykazała, że w ramach ćwiczeń przypomniano zasady bezpiecznej pracy ze źródłami promieniowania jonizującego, omawiano przykładowe sytuacje awaryjne oraz przeprowadzono symulację zdarzenia radiacyjnego i powiadamiania odpowiednich organów o zaistniałym zdarzeniu.

W okresie objętym kontrolą w UCK nie doszło do zdarzenia radiacyjnego.

(akta kontroli str. 539-583, 586-587)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W wyniku analizy 60 postępowań poekspozycyjnych stwierdzono przypadki nieprzestrzegania niektórych zasad określonych w procedurze poekspozycyjnej, tj.:

- po zakończeniu 36 postępowań osoby eksponowane nie przedłożyły dokumentacji lekarzowi profilaktykowi w Poradni Medycyny Pracy, do czego zobowiązywał pkt 5.1.9 w edycji nr 3 procedury;
- 42 przypadków zranienia nie zgłoszono jako niezgodności do czego zobowiązywał pkt 5.1.8 w edycji nr 3 i pkt 5.3.2 w edycji nr 4 procedury poekspozycyjnej.

(akta kontroli str. 405-422)

Z wyjaśnień Dyrektora Naczelnego dotyczących przyczyn odstępstw od stosowania procedury oraz podejmowanych działań w zakresie nadzoru nad stosowaniem procedury wynikało m.in., że wprowadzone uszczegółowienie odpowiedzialności pracownika i kierownika komórki organizacyjnej w czwartej edycji procedury PE-02 (obowiązującej od 25 września 2020 r.) było kolejnym etapem egzekwowania od personelu i osób zarządzających personelem przestrzegania procedury i postępowania zgodnie z zawartym w niej przepisami. Pomimo udostępnionych narzędzi i świadomości personelu medycznego zagrożeń wynikających z ekspozycji na materiał biologiczny, z nieznanym Dyrektorowi Naczelnemu przyczyn pracownicy nie zgłosili zdarzeń w systemie niezgodności oraz nie przekazali

formularza poekspozycyjnego lekarzowi profilaktykowi. Ponadto Dyrektor Naczelny zapewnił, że w styczniu 2021 r. przy sporządzaniu przez Inspektorat bhp półrocznego raportu o bhp w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych zostanie przeanalizowana zgłaszalność ekspozycji przez pracowników i w razie potrzeby zmienione zostaną zapisy we właściwej procedurze tak, aby uwzględnić skuteczniejsze mechanizmy umożliwiające m.in. zwiększenie nadzoru nad przestrzeganiem procedur.

(akta kontroli str. 471-474)

W ocenie NIK podejmowane w UCK działania były niewystarczające, ponieważ nie zapobiegły odstępstwom od stosowania procedury poekspozycyjnej.

2. W latach 2017-2018 nie przeprowadzono ćwiczeń awaryjnych w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań diagnostycznych i radiologii zabiegowej. W 2018 r. nie przeprowadzono ćwiczeń awaryjnych w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań i terapii w Klinice Onkologii i Radioterapii i Zakładzie Medycyny Nuklearnej oraz przy postępowaniu z izotopami promieniotwórczymi. W ww. Zakładowych planach określono, że ćwiczenia odbywają się przynajmniej raz w roku, a przeprowadzenie ćwiczeń dla wszystkich pracowników wykonujących pracę w warunkach narażenia na promieniowanie przewidziano w planach szkoleń na ww. lata.

(akta kontroli str. 539-583)

Kierownik IOR wyjaśnił, że w latach 2017-2018 wstrzymano przeprowadzanie ćwiczeń awaryjnych w związku z zapowiadanymi od 2016 r. planami nowelizacji Prawa atomowego. Plany szkoleń na ww. lata tworzone były na koniec poprzedniego roku i uwzględniały ewentualną nowelizację przepisów, która nastąpiła dopiero w 2019 r. W tym okresie ograniczono się jedynie do wykonywania ćwiczeń awaryjnych zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu ws. planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych, które określa minimalną częstotliwość przeprowadzania ćwiczeń awaryjnych dla zakresu badań diagnostycznych i radiologii zabiegowej nie rzadziej niż raz na trzy lata, a dla badań i terapii w Klinice Onkologii i Radioterapii i Zakładzie Medycyny Nuklearnej nie rzadziej niż raz na dwa lata.

(akta kontroli str. 586-587)

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie mogą stanowić wystarczającego uzasadnienia dla przeprowadzania ćwiczeń z mniejszą częstotliwością niż określona w ww. Zakładowych planach (w dokumentach tych nie przewidziano w tym zakresie żadnych wyjątków).

OCENA CZĄSTKOWA

W UCK, zgodnie z rozporządzeniem ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, opracowano i wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienia. Ponadto zabezpieczono pracowników opieką specjalistyczną z zakresu ekspozycji zawodowych. W przypadkach ekspozycji zawodowych na ogół przestrzegano postanowień procedury. Rzetelnie prowadzono wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Z wymaganą częstotliwością sporządzano raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami zawierające dane zgodne z wykazami zranień. Opracowano wymagane rozporządzeniem ws. planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych, zakładowe plany postępowania awaryjnego.

Stwierdzono nieprawidłowości w zakresie:

- niewywiązywania się z obowiązku przekazywania dokumentacji lekarzowi profilaktykowi po zakończonym postępowaniu poekspozycyjnym (w 36 przypadkach spośród 60 objętych kontrolą) oraz niezgłaszania ekspozycji jako niezgodności (w 42 – spośród 60 objętych kontrolą);
- przeprowadzania ćwiczeń awaryjnych w celu ich przeglądu i aktualizacji, z mniejszą częstotliwością niż określona w wewnętrznych procedurach.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski	W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK wnosi o: 1. Ustalenie podległości służby bhp bezpośrednio osobie zarządzającej; 2. Występowanie do Prezesa PAA przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, z wnioskami o informacje z centralnego rejestru dawek, o dawkach otrzymanych przez tych pracowników; 3. Zapewnienie prawidłowego stosowania wszystkich postanowień zawartych w procedurze poekspozycyjnej; 4. Zapewnienie przeprowadzania ćwiczeń awaryjnych z częstotliwością określoną w wewnętrznych procedurach.
Uwagi	Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

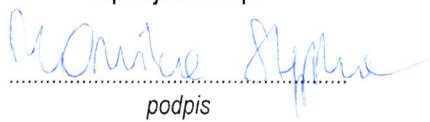
Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

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 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 11 stycznia 2021 r.

Kontrolerzy:
Monika Stępka
Specjalista kp.

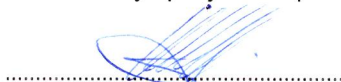

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku
Dyrektor

2 up.

WICEDYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku
.....
podpis
Ewa Dusza

Rafał Wieczorkowski
Główny specjalista kp.


.....
podpis





NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.021.03.2020

Jakub Kraszewski
Dyrektor Naczelny

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
ul. Dębinki 7
80-952 Gdańsk

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/061 Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana Kierownik jednostki kontrolowanej	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk (dalej: „UCK”). Jakub Kraszewski, Dyrektor Naczelny od 1 lipca 2017 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Jakub Kraszewski, pełniący obowiązki Dyrektora Naczelnego, od 21 listopada 2016 r. do 30 czerwca 2017 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 1 stycznia 2017 r. do 23 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. 1 ustawy o NIK ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	1. Rafał Wieczorkowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/196/2020 z 5 listopada 2020 r. 2. Monika Stępka, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/192/2020 z 29 października 2020 r. (akta kontroli str. 1-10)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że UCK było w latach 2017-2020 odpowiednio przygotowane do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń. W UCK funkcjonowała w prawidłowym składzie służba bezpieczeństwa i higieny pracy (dalej: „służba bhp”). Pracownicy tej służby posiadali wymagane kwalifikacje, a zakres jej działania obejmował zadania określone w § 2 ust. 1 rozporządzenia ws. służby bhp³. Służba bhp sporządzała roczne analizy stanu bhp zawierające wnioski w celu poprawy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy. W UCK funkcjonowała również komisja bezpieczeństwa i higieny pracy (dalej: „komisja bhp”), której skład od 2019 r. spełniał wymogi art. 237¹² § 1 Kodeksu pracy⁴. W UCK, stosownie do § 3 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie⁵, dokonano oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny (w trzech skontrolowanych komórkach organizacyjnych). Opracowano i wdrożono wymagane procedury postępowania z ostrymi narzędziami i stosowania środków ochrony indywidualnej, które były aktualizowane. Pracownikom zapewniano środki ochrony indywidualnej, w przypadku konieczności – dostęp do szczepień oraz w miarę możliwości sprzęt

¹ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200).

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

³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 109, poz. 704, ze zm.).

⁴ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.).

⁵ 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).

ostry posiadający zabezpieczenia. W UCK systematycznie przeprowadzano szkolenia wstępne i okresowe pracowników, mające na celu zapobieganie narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny lub w przypadku osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych wymagano przedłożenia aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w tym zakresie. Pracownicy zatrudnieni w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące (których dokumentację objęto kontrolą) zostali przeszkoleni z zakresu ochrony radiologicznej oraz informowano ich o otrzymanych dawkach promieniowania jonizującego.

Zapewniono nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej przez uprawnionych inspektorów ochrony radiologicznej. Uzyskano zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące oraz opracowano i wdrożono wymagany Program zapewnienia jakości (dalej: „Program”), którym objęto działalność związaną z tym narażeniem. Spełniono wymagania zapewniające ochronę pracownikom zatrudnionym w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące. Badanie wymagań określonych dla gabinetów rentgenowskich, na podstawie dwóch wybranych gabinetów, nie wykazało odstępstw od stosowania obowiązujących przepisów.

W UCK, zgodnie z rozporządzeniem ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, opracowano i wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienia. Zabezpieczono pracownikom opiekę specjalistyczną z zakresu ekspozycji zawodowych. W przypadkach ekspozycji zawodowych na ogół przestrzegano postanowień tej procedury. Rzetelnie prowadzono wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Z wymaganą częstotliwością sporządzano raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami zawierające dane zgodne z wykazami zranień. Opracowano zakładowe plany postępowania awaryjnego uwzględniające wzór określony rozporządzeniem ws. planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych⁶.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na:

- niewłaściwym umiejscowieniu służby bhp w strukturze organizacyjnej UCK;
- nieprawidłowym składzie komisji bhp, w której, w latach 2017-2018, nie zapewniono równej liczby przedstawicieli pracowników i pracodawcy;
- niewystępowaniu do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki (dalej: „PAA”) z wnioskami o informacje z centralnego rejestru dawek, przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia;
- niewywiązywaniu się z obowiązku przekazywania dokumentacji lekarzowi profilaktykowi po zakończonym postępowaniu poekspozycyjnym (w 36 na 60 badanych przypadków);
- niezgłaszaniu ekspozycji jako niezgodności (w 42 na 60 badanych przypadków);
- przeprowadzeniu ćwiczeń awaryjnych w celu ich przeglądu i aktualizacji, z mniejszą częstotliwością niż określona w wewnętrznych procedurach.

⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych (Dz. U. Nr 20 poz. 169, ze zm.).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁷ kontrolowanej działalności

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 okresie objętym kontrolą w UCK zatrudnionych było od 2.301 do 2.515⁸ pracowników⁹.

Stosownie do art. 237¹¹ §1 Kodeksu pracy w UCK funkcjonowała służba bezpieczeństwa i higieny pracy jako wyodrębniona komórka organizacyjna Inspektorat BHP, Ochrony Środowiska i Ochrony Przeciwpożarowej (dalej: „Inspektorat bhp”), w której zatrudnione były m.in. cztery osoby na 3,5 etatu zajmujące stanowiska ds. bezpieczeństwa i higieny pracy oraz Kierownik Inspektoratu bhp (jeden etat).

Inspektorat bhp, zgodnie ze schematem organizacyjnym¹⁰, podlegał Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych, zamiast Dyrektorowi Naczelnemu.

Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych, zgodnie z Regulaminem organizacyjnym¹¹, organizował pracę m.in. Inspektoratu bhp, był przełożonym wszystkich pracowników zatrudnionych w Inspektoracie bhp, wykonywał czynności zarządcze, w tym nadzorował pracę w podległych komórkach oraz posiadał uprawnienia do reprezentowania UCK na zewnątrz w zakresie wszystkich spraw mieszczących się w ramach działalności podstawowej m.in. Inspektoratu bhp na podstawie upoważnienia Dyrektora Naczelnego. Dyrektor Naczelny udzielił Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych pełnomocnictwa do dokonywania czynności m.in. w sprawach z zakresu bhp, do akceptowania i podpisywania w imieniu Dyrektora Naczelnego dokumentów związanych z realizacją zadań przez Inspektorat bhp oraz do reprezentowania Dyrektora Naczelnego przed organami przeprowadzającymi czynności kontrolno-nadzorcze w obszarach wchodzących w zakres działalności Inspektoratu bhp¹².

(akta kontroli str. 11-66)

1.2 W okresie objętym kontrolą liczba pracowników służby bhp w Inspektoracie bhp odpowiadała wymaganiom § 1 ust. 4 rozporządzenia ws. służby bhp. Pracownicy tej służby zatrudnieni byli na umowy o pracę na stanowiskach określonych w § 4 ust. 1 ww. rozporządzenia, tj. od inspektora ds. bhp do głównego specjalisty ds. bhp oraz na stanowisku Kierownika działu.

⁷ 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.

⁸ Według stanu na odpowiednio: 1 stycznia 2017 r. i 1 lipca 2020 r.

⁹ W rozumieniu Kodeksu pracy.

¹⁰ W okresie objętym kontrolą określonym w załącznikach nr 1 do Uchwał Senatu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego: Nr 42/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r. w sprawie wprowadzenia zmian do schematu organizacyjnego UCK stanowiącego Załącznik nr 3 Statutu UCK wprowadzonego Uchwałą Nr 46/2008 Senatu GUMed z dnia 22.12.2008 r.; Nr 19/2017 z dnia 24 kwietnia 2017 r. w sprawie wprowadzenia zmian do schematu organizacyjnego UCK stanowiącego Załącznik nr 3 (Schemat Organizacyjny) do Statutu UCK wprowadzonego Uchwałą Nr 42/2015 Senatu GUMed z dnia 14.12.2015 r. i Załącznik nr 4 (Schemat Organizacyjny, Lecznictwo) do Statutu UCK wprowadzonego Uchwałą Nr 31/2016 Senatu GUMed z dnia 27.06.2016 r.; Nr 25/2017 z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wprowadzenia zmian do schematu organizacyjnego UCK stanowiącego Załącznik nr 3 (Schemat Organizacyjny) wprowadzonego Uchwałą Nr 19/2017 Senatu GUMed z dnia 24.04.2017 r. i Nr 1/2020 z dnia 27 stycznia 2020 r. w sprawie wprowadzenia zmian do Statutu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego wprowadzonego Uchwałą nr 46/2008 Senatu GUMed z dnia 22.12.2008 r. (t.j. zał. nr 2 do Uchwały nr 7/2015 Senatu GUMed).

¹¹ Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 42 Dyrektora Naczelnego UCK z 8 maja 2017 r.

¹² Pełnomocnictwa z 8 stycznia 2018 r., z 30 stycznia 2019 r., z 30 stycznia 2020 r. i z 30 kwietnia 2020 r., ujęte w rejestrze pełnomocnictw odpowiednio pod poz. nr. 18.2018, 18.2019, 12.2020, 45.2020.

W UCK funkcjonowała komisja bhp, która została powołana Zarządzeniem Dyrektora Naczelnego w sprawie powołania Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy¹³ (dalej: „zarządzenie w sprawie komisji bhp”). W skład komisji bhp w latach 2017-2018 wchodziło dziewięć, a od 2019 r. 10 osób, z tego w latach 2017-2018 czterech, a od 2019 r. pięciu przedstawicieli pracowników, w tym Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy jako zastępca przewodniczącego oraz w latach 2017-2020¹⁴ pięciu przedstawicieli pracodawcy, w tym Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Administracyjno-Technicznych jako przewodniczący, lekarz medycyny pracy oraz pracownicy Inspektoratu bhp.

(akta kontroli str. 66-67, 85-96, 102)

1.3 Pracownicy służby bhp w Inspektoracie bhp posiadali kwalifikacje określone w § 4 ust. 2 rozporządzenia ws. służby bhp, w zakresie wykształcenia i stażu pracy oraz ukończyli szkolenia w dziedzinie bhp dla pracowników tej służby – zgodnie z art. 237¹¹ § 2 Kodeksu pracy.

(akta kontroli str. 67)

1.4 Do zadań Inspektoratu bhp, zgodnie z Regulaminem organizacyjnym i stosownie do § 2 ust. 1 rozporządzenia ws. służby bhp, w zakresie bhp, należało m.in. sporządzanie i przedstawienie Dyrektorowi Naczelnemu, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bhp, bieżące informowanie Dyrektora Naczelnego o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającymi do ich usunięcia, przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzeganie zasad i przepisów dotyczących bhp, udział w opracowaniu planów modernizacji i rozwoju UCK oraz udział w ocenie tych dokumentów, udział w opracowywaniu wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji dotyczących bhp, ustalenie zadań kierowników komórek organizacyjnych z zakresu bhp oraz udział w dochodzeniach powypadkowych. W stanowiskowych kartach pracy pracowników służby bhp ujęto wyłącznie zadania w zakresie bhp.

Do zadań komisji bhp, zgodnie z zarządzeniem w sprawie komisji bhp, należało dokonywanie przeglądów stanowisk i warunków pracy, okresowa ocena stanu bhp, opiniowanie podejmowanych przez Dyrektora Naczelnego środków zapobiegających wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym, składanie wniosków dotyczących poprawy warunków pracy oraz współdziałanie z Dyrektorem Naczelnym w realizacji jego obowiązków w zakresie bhp.

W okresie objętym kontrolą pracownicy służby bhp m.in.:

- przedstawiali raz w roku okresowe analizy stanu bhp, w których zawarto m.in. analizę dotyczącą wypadków przy pracy wraz z wnioskami, informacje o wykonanych lub zaktualizowanych ocenach ryzyka zawodowego, przeprowadzonych badaniach środowiskowych w związku z narażeniem na czynnik szkodliwy, przeprowadzonych szkoleniach, zarejestrowanych ekspozycjach i dotyczących ich wniosków oraz podjętych działań, m.in. przeprowadzenia dodatkowych szkoleń z postępowania poekspozycyjnego w klinikach i zakładach, w których doszło do zranienia;
- przeprowadzili 238 kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów bhp, w tym 37 odnoszących się do stanowisk pracy, na których zatrudnione osoby narażone są na zranienie. W wyniku kontroli zalecano m.in. zachowanie szczególnej ostrożności przy obsłudze ostrych narzędzi, przeszkolenie personelu z procedury poekspozycyjnej, stosowanie nożyczek jednorazowych

¹³ Zarządzenie nr 29/2013 Dyrektora Naczelnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego z dnia 4 listopada 2013 r. w sprawie powołania Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy zmienione Zarządzeniem nr 63/2019 Dyrektora Naczelnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego z dnia 07.03.2019 r.

¹⁴ Do 23 grudnia.

przy wykonywaniu czynności związanych z przecinaniem mocowań i zapoznanie personelu z aktualizacją oceny ryzyka zawodowego.

(akta kontroli str. 29-56, 68-96, 103-131)

Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych wyjaśnił, że w latach 2017-2020 służba bhp wykonywała swoje obowiązki w optymalnym składzie. Pracodawca zapewniał odpowiedni sprzęt i zaplecze dydaktyczne do wykonywania szkoleń wstępnych i okresowych, na których omawiano tematy związane z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Pracownicy Inspektoratu bhp byli zaangażowani w tym czasie w odbiory nowopowstałej części szpitalnej Centrum Medycyny Nieinwazyjnej, a ponadto otrzymywali niezbędne informacje od pracodawcy w celu uczestnictwa w przekazywaniu nowych linii technologicznych, systemów bezpieczeństwa i instalacji oraz mieli pełną akceptację w swoich działaniach ze strony dyrekcji szpitala. Ich uwagi i zalecenia były rozpatrywane przez przełożonych na zebraniach zarządu.

(akta kontroli str. 455-461)

Komisja bhp, zgodnie z przyjętymi planami pracy wykonała m.in. przeglądy: zbiorników ciśnieniowych, procesu dystrybucji formaldehydu 4%, środków ochrony indywidualnej i zbiorowej przy pracy z ciekłym azotem, oświetlenia zewnętrznych ciągów komunikacyjnych, urządzeń sanitarnych, stanu ujęcia wody, pomieszczeń magazynowych, pomieszczeń Centrum Medycyny Inwazyjnej pod kątem zgodności ich użytkowania z przeznaczeniem określonym w planie, przeglądu stanu technicznego magazynów odpadów medycznych. Sprawozdania przekazano przewodniczącemu komisji bhp. Na kwartalnych posiedzeniach komisji składano również wnioski dotyczące m.in. naprawy nawierzchni drogi wewnętrznej, przeglądu instalacji wodno-kanalizacyjnej, wymiany klamek, udziału przedstawicieli związków zawodowych w zakupie ubrań roboczych i obuwia roboczego. Realizowane zadania wynikające z planów pracy oraz wnioski zgłaszane na posiedzeniach nie dotyczyły zagadnień bezpośrednio związanych z ekspozycją zawodową pracowników.

(akta kontroli str. 97-101)

1.5 W okresie objętym kontrolą, w UCK wykonano oraz zaktualizowano ocenę ryzyka zawodowego dla 11 komórek organizacyjnych w 2017 r., dziewięciu w 2018 r., 12 w 2019 r. oraz 16 w 2020 r.¹⁵ Analiza oceny ryzyka zawodowego dla trzech wybranych komórek organizacyjnych¹⁶ wykazała, że:

- oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny dokonano:
 - w Klinice Neonatologii na stanowiskach: ordynator; asystent lekarz, lekarz rezydent, umowy cywilnoprawne (lekarz/kontrakty); położna oddziałowa, położna nadzorująca i koordynująca; położna, starsza położna, specjalistka położna, starsza pielęgniarka, umowy cywilnoprawne położne/pielęgniarki kontrakt;
 - w Klinicznym Oddziale Ratunkowym na stanowiskach: ordynator, zastępca ordynatora, młodszy asystent, asystent, starszy asystent, lekarz rezydent, pielęgniarka oddziałowa, pielęgniarka koordynująca, pielęgniarka, starsza pielęgniarka, specjalistka pielęgniarka, ratownik medyczny;
 - w Klinice Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii na stanowiskach: kierownika, młodszego asystenta, asystenta, starszego

¹⁵ Do 25 listopada.

¹⁶ Klinika Neonatologii, Kliniczny Oddział Ratunkowy oraz Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii.

asystenta, lekarza rezydenta, pielęgniarki oddziałowej, pielęgniarki i starszej pielęgniarki;

- w ocenie uwzględniono, odpowiednio do wymogów § 3 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych¹⁷, stan zdrowia pracowników, rodzaje ostrych narzędzi wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, warunki pracy, sposób organizacji pracy, czynności w trakcie których może dojść do narażenia na zranienie, możliwe niebezpieczne wydarzenia i przyczyny zagrożeń dotyczących narażenia na zranienie i określenie narażenia, w tym rodzaj, stopień oraz czas jego trwania;
- w okresie objętym kontrolą ocenę ryzyka zawodowego przeprowadzono:
 - w Klinice Neonatologii w 2017 r.¹⁸ i w związku ze zmianą siedziby w 2019 r. oraz dwukrotnie (w 2018 r. i 2019 r.) przeprowadzono ocenę aktualności ryzyka związanego z pracą z ostrymi narzędziami, w wyniku których ryzyko pozostało bez zmian;
 - w Klinicznym Oddziale Ratunkowym w 2017 r.¹⁹ i 2018 r. oraz pięciokrotnie (w latach 2018-2020²⁰) przeprowadzono ocenę aktualności ryzyka związanego z pracą z ostrymi narzędziami, w wyniku których ryzyko pozostało bez zmian;
 - w Klinice Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii w 2017 r.²¹ oraz dwukrotnie (w 2018 r. i 2020 r.²²) przeprowadzono ocenę aktualności ryzyka związanego z pracą z ostrymi narzędziami, w wyniku których ryzyko pozostało bez zmian.

(akta kontroli str. 103-120, 132-205)

Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy wyjaśnił, że:

- w okresie objętym kontrolą nie wystąpiły zmiany mające lub mogące mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w miejscu pracy, istotne z punktu widzenia konieczności opracowania oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami przed upływem dwóch lat od daty opracowania poprzedniej wersji oceny;
- w latach 2017-2020²³ miały miejsce zmiany oceny ryzyka zawodowego spowodowane przeprowadzką jednostek organizacyjnych, jednak nie spowodowało to zmian w technologii pracy z ostrymi narzędziami. Aktualizacje jakie miały miejsce w ocenie ryzyka zawodowego dotyczące zranienia ostrymi narzędziami zwykle związane były z ekspozycjami zawodowymi personelu i wykonywane były w terminie krótszym niż dwa lata. Zdarzenia te jednak w większości spowodowane były nieuwagą samych pracowników lub innych czynników, na które stosowany sprzęt nie miał wpływu (np. ograniczona widoczność pola operacyjnego podczas szycia czy niewłaściwie przygotowanie stanowiska pracy), zatem ocena ryzyka zawodowego pozostaje bez zmian;

¹⁷ określona w Ocenie ryzyka zawodowego dla pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych w UCK z 15 kwietnia 2016 r. czterokrotnie w latach 2017-2020 przeglądanej lub aktualizowanej w związku m.in. z ujawnieniem nowych czynników biologicznych, w tym koronawirusa SARS-CoV-2.

¹⁸ aktualizacja oceny ryzyka zawodowego z 2015 r., w wyniku której nie wprowadzono zmian w zakresie oceny ryzyka dotyczącego zranień.

¹⁹ aktualizacja oceny ryzyka zawodowego z 2014 r., w wyniku której nie wprowadzono zmian w zakresie oceny ryzyka dotyczącego zranień.

²⁰ Do 18 listopada.

²¹ aktualizacja oceny ryzyka zawodowego z 2015 r., w wyniku której nie wprowadzono zmian w zakresie oceny ryzyka dotyczącego zranień.

²² Do 18 listopada.

²³ Wyjaśnień udzielono 26 listopada.

- do Zakładowego Społecznego Inspektora Pracy nie wpłynęły pisma od pracowników dotyczące konieczności zmiany oceny ryzyka zawodowego dla poszczególnych stanowisk pracy.

Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych wyjaśnił, że w okresie objętym kontrolą nie wystąpiły okoliczności, które uzasadniałyby aktualizację oceny ryzyka zranienia ostrym narzędziem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Kompletna ocena ryzyka zawodowego składająca się m.in. z oceny ryzyka biologicznego, chemicznego czy zranienia ostrym narzędziem aktualizowana jest w momencie istotnych zmian w klinice. Do takich istotnych zmian należały np. zmiana lokalizacji klinik Urologii, Położnictwa, Ginekologii i Neonatologii w latach 2017-2020²⁴ z obiektów przy ul. Klinicznej na obiekt przy ul. Smoluchowskiego w Gdańsku. Zmiana lokalizacji poprawiła funkcjonowanie oraz warunki pracy tych jednostek. Zespół ds. oceny ryzyka zawodowego opracował aktualizację ocen ryzyka zawodowego dla ww. klinik uwzględniającą zmianę warunków pracy. W aktualizacjach rozpatrzono również zakres związany z oceną ryzyka zranienia ostrym narzędziem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i stwierdzono, że zdarzenia związane ze zranieniem są spowodowane w większości nieuwagą pracowników, na które stosowany sprzęt nie ma wpływu.

(akta kontroli str. 453-461)

1.6 Z wyjaśnień Dyrektora Naczelnego dotyczących stosowanych środków eliminujących lub ograniczających stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami oraz analiz dostępności ostrych narzędzi zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem wynikało, że w UCK:

- zapewniano w miarę możliwości stosowanie przez personel bezpiecznego sprzętu, a decyzje o jego zakupie podejmowano na podstawie analiz przeprowadzanych przez Dział Zaopatrzenia Medycznego we współpracy z personelem medycznym oraz z udziałem lub na wniosek Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Inspektoratem bhp;
- zapewniono personelowi udział w cyklicznych szkoleniach przeprowadzanych przez służbę bhp oraz Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
- personel brał udział w szkoleniach zewnętrznych, konferencjach i sympozjach, na których prezentowane były również możliwości eliminacji zagrożeń poprzez używanie sprzętu bezpiecznego, jak i bezpiecznego używania sprzętu;
- prowadzono działania związane ze zmianą organizacji stanowisk pracy, infrastrukturą techniczną miejsc pracy oraz dostępem do nowoczesnych rozwiązań medycznych, które uwzględniały wydane przez Inspektorat bhp zalecenia pokontrolne oraz wyniki przeprowadzonych ocen ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy;
- opracowano w konsultacjach z Zakładowym Społecznym Inspektorem Pracy procedurę bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym będącymi odpadami medycznymi, która promuje dobre praktyki zapobiegania zranieniu ostrymi narzędziami;
- wybudowano nowoczesne budynki szpitalne (ich rozbudowa nadal trwa), co znacznie poprawiło bezpieczeństwo funkcjonowania oraz warunki pracy personelu. Nowoczesne sale operacyjne, gabinety zabiegowe oraz najnowszej generacji sprzęt medyczny miały również wpływ na ograniczenie stopnia narażenia na zranienie ostrymi narzędziami;
- zabezpieczono personel medyczny w przypadku ekspozycji zawodowej m.in. poprzez zawarcie umowy z Pomorskim Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy w Gdańsku (dalej: „PCChZiG”);

²⁴ Wyjaśnień udzielono 7 grudnia.

- analizy dotyczące dostępności ostrych narzędzi zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniami oraz innego bezpiecznego sprzętu były dokonywane w UCK na bieżąco przed postępowaniami przetargowymi i konsultowano je z Zarządem UCK.

Dyrektor Naczelny wyjaśnił ponadto, że decyzje o zakupie (ilości i rodzaju) środków ochrony indywidualnej podejmowane były na podstawie analizy wytycznych, przepisów prawa, zaleceń, a także dostępności produktów na rynku, cen, szacunków ilości w oparciu o dotychczasowe zużycie oraz ewentualne uwagi użytkowników.

(akta kontroli str. 462-468)

Na zakup środków ochrony indywidualnej, w tym masek chirurgicznych, masek ochronnych, fartuchów chirurgicznych, fartuchów ochronnych włókninowych, fartuchów ochronnych foliowych, ubrań lekarskich jednorazowych, czepków, rękawic i pojemników na odpady medyczne poniesiono koszty w wysokości: 2.358,4 tys. zł w 2017 r., 2.490,8 tys. zł w 2018 r., 2.871,6 tys. zł w 2019 r. i 8.260,9 tys. zł w 2020 r.²⁵

(akta kontroli str. 470)

Kierownik Działu Zaopatrzenia Medycznego wyjaśniła, że w UCK od wielu lat planuje się rozsądne działania związane z używaniem ostrych wyrobów medycznych. Współpraca pomiędzy Działem Zaopatrzenia Medycznego, Epidemiologią, Inspektorem bhp oraz użytkownikami w szpitalu opiera się na wypracowaniu najbardziej optymalnych dla UCK działań organizacyjnych i ekonomicznych. Przy podejmowaniu decyzji brane są pod uwagę m.in. rzeczywista liczba zakłuc w szpitalu, używanie bezpiecznych rozwiązań w procedurach obejmujących dużą liczbę pracowników i większą możliwość wystąpienia zakłucia, dostępność wyrobów, poziom niezawodności bezpiecznych rozwiązań, cena produktów bezpiecznych w relacji do wyrobów klasycznych, dane czy produkt nie traci na jakości w wyniku zastosowania bezpiecznego rozwiązania (np. dodatkowe elementy w budowie wyrobu mogą przeszkadzać przy wykonywaniu procedur medycznych). Ponadto tworzone są procedury i instrukcje postępowania w celu właściwego i bezpiecznego używania wyrobów oraz prowadzona jest edukacja pracowników w tym zakresie. Pierwsza decyzja o używaniu bezpiecznych wyrobów medycznych – bezpiecznych kaniul dożylnych została w UCK podjęta około 14-15 lat temu. Analiza wykazała, że dochodziło do zakłuc przy zakładaniu wkłuc obwodowych (procedura powszechnie wykonywana w wielu miejscach w szpitalu, przez bardzo dużą grupę personelu medycznego, czasami w trudnych warunkach, np. przy łóżku chorego, w pośpiechu). Od tego czasu kupowane są bezpieczne kaniule dożylnie dla całego szpitala, a przy wyborze oprócz ceny kierowano się oceną jakości próbek przeprowadzaną przez wykwalifikowany personel medyczny. Niektóre zastosowane rozwiązania nie są bowiem do końca bezpieczne i może dojść do zakłucia mimo zastosowanego zabezpieczenia. Analiza cen igieł iniekcyjnych używanych w szpitalu wykazała, że koszty wdrożenia tego rozwiązania będą za wysokie. Wprowadzono więc procedury postępowania, szkolono personel, zastosowano używanie na szeroką skalę twardych pojemników na odpady medyczne. Dla długich i ostrych wyrobów takich jak trokary, igły do biopsji kości, tkanek miękkich kupowane są bardzo wysokie i sztywne pojemniki na odpady medyczne. Kilka lat temu rozpoczęto używanie bezpiecznych rozwiązań przy próżniowym pobieraniu krwi. Aktualnie wszystkie uchwyty do igieł w tym systemie posiadają zabezpieczenie przed zakłuciem. Przy podejmowaniu decyzji brano pod uwagę stanowisko Laboratorium Centralnego. Do niektórych bardzo

²⁵ Do 7 grudnia.

dużych zabiegów operacyjnych (np. duże zabiegi onkologiczne, przeszczep wątroby) zakupywane są pudełka magnetyczne na odpady, które pomagają w lepszej ochronie personelu i organizacji pracy (używanych jest bardzo dużo szwów chirurgicznych z igłami). Przy planowaniu zakupów wysokospecjalistycznych wyrobów medycznych, w tym ostrych wyrobów medycznych, brane są pod uwagę stanowiska pielęgniarek i lekarzy, biorących udział w tym procesie oraz ceny wyrobów.

(akta kontroli str. 240-244)

Udział liczby sztuk zakupionego bezpiecznego sprzętu medycznego (bezpiecznych igieł do pobierania krwi i bezpiecznych kaniul dożylnych) w łącznej liczbie zakupionego sprzętu poszczególnych rodzajów (bezpiecznego i ostrego) w latach 2017-2020²⁶ wyniósł dla:

- bezpiecznych igieł do pobierania krwi i holderów: 79% w 2017 r. i po 100% w latach 2018-2020;
- bezpiecznych kaniul dożylnych: 94% w 2017 r., po 95% w latach 2018-2019, oraz 96 % w 2020 r.;
- ampułek bezigłowych: 22% w 2017 r., po 23% w latach 2018-2019 oraz 21% w 2020 r.

W UCK ponadto zakupiono w ww. okresie następujący ostry sprzęt medyczny, w tym zawierający zabezpieczenia:

- 137,5 tys. szt. w 2017 r., 134,9 tys. szt. w 2018 r., 140,7 tys. szt. w 2019 r. i 116,1 tys. szt. w 2020 r. igieł chirurgicznych o wartości odpowiednio w latach: 1.298,5 tys. zł, 1.215,5 tys. zł, 1.168,3 tys. zł i 1.095,3 tys. zł;
- 70 szt. w 2017 r., 84 szt. w 2018 r., 68 szt. w 2019 r. oraz 180 szt. w 2020 r. nożyczek chirurgicznych o wartości odpowiednio w latach 22,0 tys. zł, 55,2 tys. zł, 44,3 tys. zł i 26,8 tys. zł;
- 30,7 tys. szt. w 2017 r., 30,0 tys. szt. w 2018 r., 29,4 tys. szt. w 2019 r. oraz 24,0 tys. szt. w 2020 r. igieł iniekcyjnych, igieł mammotonicznych, igieł do biopsji, trokarów, igieł do punkcji, wkłuc centralnych i skalpeli o wartości odpowiednio w latach: 130,5 tys. zł, 111,7 tys. zł, 133,9 tys. zł i 105,1 tys. zł.

Udział kwoty kosztów na zakup bezpiecznego sprzętu (bezpiecznych igieł do pobierania krwi i bezpiecznych kaniul dożylnych) w łącznej kwocie kosztów na zakup sprzętu ostrego i bezpiecznego wyniósł 20% w 2017 r., 25% w 2018 r. 26% w 2019 r. oraz 25% w 2020 r.

(akta kontroli str. 206-239)

Dyrektor Naczelny wyjaśnił, że UCK zapewnia pracownikom wykonującym czynności, w trakcie których może dojść do kontaktu z materiałem biologicznym dostęp do szczepień ochronnych przeciw WZW typu B oraz do dawek przypominających w przypadku niskiego poziomu przeciwciał. O fakcie zaszczepienia lub doszczepienia pracownika decyduje lekarz profilaktyk. Dyrektor Naczelny wyjaśnił również, że na podstawie oświadczenia Koordynator Medycyny Pracy uznaje, że wszyscy pracownicy UCK narażeni na kontakt z materiałem biologicznym są odpowiednio zabezpieczeni. Dodatkowo dla osób chętnych zapewniane są szczepienia ochronne przeciw grypie.

Koordynator Medycyny Pracy UCK oświadczyła, że pracownikom UCK wykonującym czynności, w trakcie których może dochodzić do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego lub sprzętem skażonym tym materiałem są zapewnione szczepienia ochronne przeciw WZW typu B oraz dawki przypominające dla osób z niskim poziomem przeciwciał. W zakresie prowadzonych badań wstępnych oraz okresowych wykonywane są pracownikom badania z oceną

²⁶ W 2020 r. według stanu na 30 listopada.

stężeń anty-HBs. Wskazywane miano przeciwciał pozwala określić potrzebę doszczepienia narażonych pracowników. Lekarz profilaktyk osobie, która nie posiada odpowiedniego poziomu przeciwciał, bądź osobie niezaszczepionej w przeszłości nie wystawiłby orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku i w konsekwencji nie zostałaby ona dopuszczona do realizacji obowiązków służbowych w UCK. Lekarz profilaktyk UCK gromadzi dane o wyszczepieniu personelu szpitala narażonego na szkodliwy czynnik biologiczny poprzez badania oceny stężeń anty-HBs. W latach 2017-2020²⁷ nie wykonano szczepień przeciw WZW typu B ani doszczepień.

(akta kontroli str. 462-469)

1.7 W UCK opracowano i wdrożono Procedurę bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym będących odpadami medycznymi²⁸ w 2013 r. (dalej: „Procedura bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami”) oraz Zasady stosowania środków ochrony indywidualnej w obszarze medycznym²⁹ w 2016 r. (dalej: „Zasady stosowania środków ochrony indywidualnej”) w formie papierowej oraz elektronicznej. Procedury zamieszczone były na wewnętrznej stronie intranetowej UCK, dostępnej z każdego komputera podłączonego do wewnętrznej sieci. Procedura bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami obejmowała pracowników i współpracowników wszystkich komórek organizacyjnych UCK, w których świadczy się usługi zdrowotne i wykorzystuje ostre narzędzia, natomiast Zasady stosowania środków ochrony indywidualnej obejmowały wszystkie komórki organizacyjne UCK. Z procedurami i ich aktualizacjami zapoznawano personel na szkoleniach wstępnych i okresowych w dziedzinie bhp. Procedury oceniane były nie rzadziej niż raz na dwa lata i w 2020 r. dokonano ich aktualizacji. Aktualne procedury zamieszczono na wewnętrznej stronie intranetowej UCK.

Procedura bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami w 2020 r. opracowana została przez pracownika Inspektoratu bhp i skonsultowana m.in. z Zakładowym Społecznym Inspektorem Pracy, który nie wniósł uwag, natomiast Zasady stosowania środków ochrony indywidualnej opracowane w 2020 r. skonsultowano m.in. z pracownikiem Inspektoratu bhp, który nie wniósł uwag.

(akta kontroli str. 245-269)

1.8 Analiza danych dotyczących szkoleń 50 wybranych osób wykonujących świadczenia zdrowotne w 2020 r.³⁰ w UCK (15 pielęgniarek, 15 położnych, 10 lekarzy i 10 ratowników medycznych)³¹ wykazała, że:

- 45 osób rozpoczynających pracę w UCK w okresie objętym kontrolą wzięło udział w szkoleniu wstępnym w dziedzinie bhp obejmującym swym zakresem zagadnienia określone w § 7 ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie dotyczące m.in. podstawowych zasad bhp związane z obsługą aparatury medycznej i ostrych narzędzi, porządku i czystości w miejscu pracy, w tym segregację odpadów i higienę osobistą pracownika, warunków pracy, czynników środowiska pracy występujących przy określonych czynnościach na stanowisku pracy oraz zagrożeń jakie mogą stwarzać te czynniki, w tym czynniki biologiczne i zagrożenia związane z obsługą ostrych narzędzi, omówienie sposobów ochrony przed zagrożeniami obejmujące m.in. przestrzeganie procedury poekspozycyjnej, procedury postępowania z odpadami i procedury

²⁷ Oświadczenie z 4 grudnia.

²⁸ nr P-BHP-09-13 zatwierdzona 3 lipca 2013 r. oraz nr PH-09 zatwierdzona 26 października 2020 r.

²⁹ nr PE-01 zatwierdzona 5 stycznia 2016 r. oraz nr PE-01 zatwierdzona 26 marca 2020 r.

³⁰ Według stanu na 17 listopada.

³¹ 42 osoby rozpoczęły pracę w UCK w okresie objętym kontrolą, cztery – przed 1 stycznia 2017 r.

- bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami oraz przydziału i stosowania środków ochrony indywidualnej; szkolenie obejmowało również m.in. pokaz przez instruktora sposobu wykonywania pracy na stanowisku, ze szczególnym zwróceniem uwagi na czynności trudne i niebezpieczne;
- 37 osób posiadało ważne zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bhp (szkolenia 29 osób przeprowadzono w UCK, natomiast szkolenia ośmiu osób wykonujących pracę w UCK na podstawie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zostały przeprowadzone przez inne podmioty); w przypadku pozostałych 13 osób – od objęcia stanowiska w UCK nie upłynęło 12 miesięcy albo zawarte z UCK umowy zakończyły się przed upływem tego okresu albo termin przeprowadzenia szkolenia okresowego został wydłużony na podstawie art. 12e ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych³²;
 - na szkoleniach okresowych przeprowadzonych w UCK omawiano m.in. zagadnienia dotyczące ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał mogący przenosić zakażenie HIV, HBV, HCV, promieniowania laserowego, elektromagnetycznego, jonizującego, środków ochrony indywidualnej, zasad działania urządzeń, oznakowania stref ochronnych, zasad postępowania z odpadami wytwarzanymi na terenie UCK, rodzajem i transportem odpadów, zagrożeń związanych z czynnikami środowiska pracy (ich wpływem na zdrowie oraz metody likwidacji lub ograniczenia oddziaływania tych czynników na pracowników), zasad postępowania w razie wypadku w czasie pracy, epidemiologii zakażeń, higieny rąk w warunkach szpitalnych, doboru i zasad używania środków dezynfekcyjnych, zasady udzielania pierwszej pomocy, a także regulacje prawne z zakresu ochrony pracy.

W okresie objętym kontrolą organizowano również szkolenia wewnętrzne obejmujące zagadnienia dotyczące ekspozycji zawodowej. Przykładowo od 24 czerwca do 8 lipca 2019 r. przeprowadzono cykl szkoleń o tematyce dotyczącej gospodarki odpadami, pracy z ostrymi narzędziami i zasad postępowania po ekspozycji, w których wzięło udział 51 osób z Klinicznego Oddziału Ratunkowego.

(akta kontroli str. 273-297)

1.9 UCK uzyskało zezwolenia Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (dalej: „PPWIS”) i Prezesa PAA na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, polegającej na uruchamianiu i stosowaniu urządzeń wytwarzających takie promieniowanie oraz uruchamianiu medycznych pracowni rentgenowskich, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 10 i 11 Prawa atomowego³³.

(akta kontroli str. 590-595)

W UCK opracowano i wdrożono Program, wymagany art. 7 ust. 2 ww. ustawy. Program ten obejmował zakres wymagany art. 7 ust. 2a pkt 1 tej ustawy. Programem została objęta cała działalność UCK związana z narażeniem na promieniowanie jonizujące. Program był okresowo przeglądany i aktualizowany. Przyczynami aktualizacji były m.in.: zmiany organizacyjne i zmiany przepisów.

Zgodnie z postanowieniami Programów Dyrektor Naczelny odpowiada za wdrożenie, utrzymanie i udoskonalanie Programu. W jednostce ustalono

³² Dz. U. poz. 1842, ze zm.

³³ Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm.).

odpowiednie procedury i instrukcje postępowania na poszczególnych stanowiskach pracy odnoszące się do zasad z zakresu ochrony radiologicznej i zasad administracyjno-prawnych wraz z uwzględnieniem wymagań systemu zarządzania, Najwyższe kierownictwo zapewni opracowanie wdrożenie i stosowanie procedur i instrukcji. Wszyscy pracownicy obsługujący aparaty emitujące promieniowanie jonizujące przed przystąpieniem do pracy zostali przeszkoleni w zakresie obsługi urządzenia oraz obowiązujących zasad ochrony radiologicznej, posiadają stosowne uprawnienia do obsługi tych urządzeń i podlegają okresowemu szkoleniu. Nowo zatrudnieni pracownicy są szkoleni z pełnego zakresu zgodnie z wymaganiami stanowiskowymi. Wszyscy pracownicy są obowiązani do przestrzegania zasad ochrony radiologicznej na stanowisku pracy oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, do stosowania środków ochrony osobistej znajdujących się w pomieszczeniu udzielania świadczeń, stosownie do narażenia podczas wykonywania procedur, podlegają okresowym badaniom lekarskim i posiadają aktualne orzeczenie o braku przeciwwskazań do pracy w narażeniu na promieniowanie jonizujące. Kierownik jednostki organizacyjnej zaliczył pracowników do odpowiedniej kategorii narażenia – dla gabinetów rtg jest to kategoria B. Wyposażenie techniczne środowiska pracy jest bardzo istotnym elementem ochrony radiologicznej pracownika i pacjenta, dlatego też zapewnia się okresowe przeglądy i naprawy techniczne wyposażenia infrastruktury UCK zgodnie z przepisami prawnymi i zaleceniami producenta. Na wyposażeniu gabinetów i pracowni znajdują się odpowiednie osłony.

Program nie obejmował zakresu określonego w art. 7 ust. 2a pkt 2-4 Prawa atomowego, tj. sposobu realizacji wymagań dotyczących funkcjonowania, konserwacji i utrzymania źródeł promieniowania jonizującego oraz dotyczących wyposażenia związanego z tymi źródłami; sposobu zabezpieczenia źródeł promieniotwórczych przed uszkodzeniem, kradzieżą i dostaniem się w ręce osób nieuprawnionych oraz systemu zarządzania sytuacjami zdarzeń radiacyjnych, o którym mowa w art. 86d tej ustawy³⁴ (kierownicy jednostek powinni dostosować programy zapewnienia jakości w terminie 2 lat od dnia wejścia w życie ustawy³⁵).

(akta kontroli str. 596-600, 694-743, 775-797)

Z wyjaśnień Kierownika Inspektoratu Ochrony Radiologicznej (dalej: „IOR”) wynikało, że nie dostosowano Programu zapewnienia jakości do wymogów art. 7 ust. 2a ww. Prawa atomowego, ale wprowadzono dwuletni okres na jego dostosowanie. Ponadto wyjaśnił, że nie napotkano przeszkód we wdrażaniu Programu zapewnienia jakości, a współpracę z kierownictwem UCK w tym zakresie ocenia pozytywnie.

(akta kontroli str. 599-600, 694, 830-831)

1.10 Wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w UCK sprawowało pięciu inspektorów nadzoru radiologicznego zatrudnionych w IOR, którzy posiadali ważne uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej, z czego trzech – uprawnienia typu R, nadane w drodze decyzji administracyjnych przez Głównego Inspektora Sanitarnego na podstawie art. 7 ust. 12 Prawa atomowego, a dwóch – uprawnienia typu IOR-3 nadane w drodze decyzji administracyjnych przez Prezesa PAA na podstawie art. 7 ust. 10 Prawa atomowego.

(akta kontroli str. 744-751)

³⁴ Opracowano zakładowy plan postępowania awaryjnego, o którym mowa w art. 86d pkt 3.

³⁵ Zgodnie z art. 20 ust. 1 pkt 3 lit. a) ustawy z 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593, ze zm.), kierownicy jednostek organizacyjnych wykonujących działalność związaną z narażeniem, w terminie 2 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy dostosują programy zapewnienia jakości do wymagań określonych w przepisach art. 7 ust. 2a Prawa atomowego.

1.11 Kierownik IOR podlegał bezpośrednio Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych.

(akta kontroli str. 832-834)

W zakresie zadań IOR oraz inspektorów ochrony radiologicznej przypisano obowiązki i uprawnienia wymienione w art. 7² Prawa atomowego.

(akta kontroli str. 752-774, 835-837)

Inspektorzy ochrony radiologicznej realizowali ww. obowiązki i korzystali z przysługujących im uprawnień dotyczących sprawowania nadzoru nad ochroną radiologiczną pracowników.

(akta kontroli str. 599-693, 775-797, 806-815, 863-871)

Z wyjaśnień Kierownika IOR wynikało, że, przy wykonywaniu swoich czynności, w okresie objętym kontrolą NIK, inspektorzy ochrony radiologicznej nie napotkali żadnych trudności uniemożliwiających mu właściwe wywiązywanie się z obowiązków i uprawnień i nie wystąpiły żadne zdarzenia negatywnie oddziałujące na zapewnienie ochrony radiologicznej pracowników.

(akta kontroli str. 596-598)

1.12 Z wyjaśnień Dyrektora Naczelnego w sprawie sposobu realizacji obowiązku zapewnienia pracownikom zatrudnionym w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące ochrony wymaganej art. 26 Prawa atomowego, wynikało, że zapewniono im badania profilaktyczne w Poradni Medycyny Pracy UCK, środki ochrony indywidualnej i sprzęt dozymetryczny. Zapewniono nadzór inspektorów ochrony radiologicznej m.in. nad wyposażeniem w środki ochrony indywidualnej, aparaturą dozymetryczną i pomiarową oraz wszelkie niezbędne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem stosownie do warunków narażenia, a także nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania. Każdego pracownika narażonego na promieniowanie wyposażono w osobisty, indywidualny dozymetr. Zapewniono prowadzenie pomiarów i rejestrację dawek indywidualnych. Zapewniono także prowadzenie dozymetrii w środowisku pracy. UCK zapewnia odpowiedni dobór przyrządów dozymetrycznych dostosowanych do rodzaju użytkowanego promieniowania oraz poddaje je wzorcowaniu w akredytowanych jednostkach. Nie wykonuje zadań, które mogą prowadzić do uwolnienia substancji promieniotwórczych do środowiska. Potrzeby w zakresie określonym w art. 26 Prawa atomowego były analizowane na bieżąco. Zatrudniony personel medyczny i techniczny z racji swoich kwalifikacji zawodowych ma pełną świadomość zagrożeń, a szkolenia w tym zakresie je uzupełniają. W momencie zatrudnienia na danym stanowisku kierownik komórki organizacyjnej, służba bhp i IOR określają stopień narażenia pracownika i odpowiednio dostosowują skierowanie na badanie u lekarza profilaktyki. Przy rozpoczynaniu nowej działalności związanej z promieniowaniem jonizującym, np. przy zakupie nowego aparatu, są przeprowadzane odpowiednie analizy już na etapie projektowania. Fakt ten potwierdzają wydane pozwolenia i zezwolenia. Dotyczy to zarówno aspektów technicznych budynków urządzeń, jak i pracowników. Za przeprowadzenie takich analiz odpowiedzialny jest IOR z kierownikiem komórki organizacyjnej. W zakresie medycyny pracy analizę prowadzi lekarz profilaktyk posiadający uprawnienia do orzekania o braku przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia. Przykładem analizy potrzeb w zakresie środków ochrony indywidualnej było przeprowadzenie postępowań przetargowych. W zakresie dozymetrii indywidualnej i środowiskowej analizowano warunki proponowane przez laboratoria prowadzące odczyty i zakresy pomiarowe oferowanych dozymetrów. Z uwagi na to, że UCK nie wykonuje zadań, które mogą prowadzić do uwolnienia substancji promieniotwórczych do środowiska

– opracowanie i wdrożenie procedur pomiaru i oceny narażenia ogółu ludności, prowadzenie pomiarów i rejestrowanie wyników – analiz w tym zakresie nie prowadzono. W sprawie zasięgania opinii IOR, o której mowa w art. 7a Prawa atomowego, na temat badania i sprawdzania urządzeń ochronnych i przyrządów dozymetrycznych Dyrektor Naczelny wyjaśnił, że przed podpisaniem wniosku o wydanie zezwolenia na użytkowanie źródła promieniowania lub uruchomienia pracowni, w której zainstalowano takie źródła, zasięga opinii w zakresie spełnienia wymagań, a IOR przedstawia dokumenty potwierdzające ich spełnienie. Zasięgał opinii w sprawie skuteczności stosowanych technik i środków przed promieniowaniem, które IOR przedstawia po analizie sprawozdań ze zleczanych pomiarów oraz dozymetrii środowiskowej, ale nie mają one sformalizowanej formy. Stanowisko IOR jest zawsze kluczowe przy podejmowaniu decyzji w ww. zakresie.

(akta kontroli str. 798-803)

Z wyjaśnień Kierownika IOR wynikało, że ustalenia dotyczące wyposażenia jednostki w środki ochrony indywidualnej oraz w sprzęt dozymetryczny, wymagane art. 7² ust. 1 pkt 10 Prawa atomowego, podejmowane są na bieżąco. Środki ochrony indywidualnej ustalane są na podstawie informacji na podstawie analizy procedur wykonywanych w danej pracowni oraz liczby osób biorących udział w procedurach. Nie mają one formy określonej w procedurze wewnętrznej.

(akta kontroli str. 599, 603-604, 805)

UCK posiadało wymagane art. 27 Prawa atomowego świadectwa wzorcowania dla wszystkich sześciu przyrządów dozymetrycznych posiadanych w trakcie kontroli NIK (trzech mierników skażeń powierzchniowych i trzech mierników mocy dawki promieniowania).

(akta kontroli str. 804, 872-888)

Analiza dokumentacji dotyczącej wszystkich 37 pracowników zatrudnionych wg stanu na 20 listopada 2020 r. w Klinicznym Centrum Kardiologii (dalej: „KCK”) i Klinice Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca, wykazała, że wszystkim przydzielono dozymetry indywidualne.

(akta kontroli str. 838-862, 889-913)

W UCK wdrożona została instrukcja „Postępowanie z dozymetrami indywidualnymi i środowiskowymi” określająca m.in. zasady: kontroli dozymetrycznej, przydzielania dozymetru indywidualnego, użytkowania dozymetru, realizacji czynności przez inspektora ochrony radiologicznej w zakresie kontroli dozymetrycznej, postępowania w przypadku stwierdzenia przekroczenia dawek indywidualnych personelu oraz regulacje w przypadkach szczególnego narażenia.

(akta kontroli str. 806-815)

1.13 Według stanu na 10 listopada 2020 r. w UCK zatrudnionych było 574 pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące. Wszyscy pracownicy byli zaliczeni do kategorii narażenia B.

W okresie objętym kontrolą przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące nie występowało do Prezesa PAA z wnioskami o informacje z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez tych pracowników.

Kierownik IOR wyjaśnił, że pracownicy są informowani o stanie ochrony radiologicznej i rozwiązaniach stosowanych w UCK w zakresie ochrony radiologicznej, a także o poziomie ich narażenia na szkoleniach wstępnych oraz okresowych. Zmiany we wszystkich procedurach i instrukcjach, w tym dotyczących ochrony radiologicznej każdorazowo wchodzi w życie zarządzeniem kierownika jednostki organizacyjnej. Każde zarządzenie rozsyłane jest do wszystkich pracowników UCK za pomocą służbowej poczty elektronicznej.

Analiza dokumentacji dziewięciu pracowników zatrudnionych w UCK od 2017 r. w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące wykazała, że:

- przed zatrudnieniem żadnego z nich nie wystąpiono do Prezesa PAA z wnioskiem o informacje z centralnego rejestru dawek, o dawkach otrzymanych przez tych pracowników;
- wszyscy wzięli udział we wstępnym szkoleniu z zakresu ochrony radiologicznej;
- pracodawca wywiązał się z obowiązku określonego w art. 32b Prawa atomowego informowania pracowników o przyjętych przez niego dawkach promieniowania jonizującego poprzez udostępnienie tych danych w portalu pracowniczym³⁶.

(akta kontroli str. 475-538, 584-585)

1.14 Weryfikacja stanu faktycznego w dwóch wybranych pracowniach: pracowni rentgenowskiej w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej KCK i pracowni rentgenowskiej w Zakładzie Radiologii, wykazała, że spełniały one wymogi określone w § 2-20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi³⁷.

(akta kontroli str. 816-825)

1.15 Weryfikacja stanu faktycznego w ww. pracowniach wykazała, że znajdowały się w nich oryginały lub uwierzytelnione kopie dokumentów wymienionych w § 22 ww. rozporządzenia, a zakres i częstotliwość przeglądów aparatury rentgenowskiej zgodne były z instrukcjami producentów.

(akta kontroli str. 816-826)

1.16 Kierownik IOR wyjaśnił, że w UCK nie wyznaczono terenów kontrolowanych. Z uwagi na to, że wszystkie pracownie zaprojektowane zostały w taki sposób aby pracownicy nie otrzymywali dawek przekraczających poziom dopuszczalny dla kategorii B, pracownie izotopowe były wyposażone w urządzenia, które uniemożliwiają rozprzestrzenianie się skażeń promieniotwórczych i nie występują w nich duże zmiany mocy dawki, dlatego wszystkie tereny, na których prowadzi się działalność z promieniowaniem, zostały zakwalifikowane do terenów nadzorowanych.

(akta kontroli str. 798-799, 827)

Weryfikacja stanu faktycznego w ww. pracowniach wykazała, że spełniały one podstawowe wymagania dla terenów nadzorowanych, określone w § 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2007 r. w sprawie podstawowych wymagań dotyczących terenów kontrolowanych i nadzorowanych³⁸.

(akta kontroli str. 816, 828-829)

1.17 W okresie objętym kontrolą PAA, Państwowa Inspekcja Pracy, Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziły w UCK łącznie 256 kontroli obejmujących swym zakresem zagadnienia mające związek z ekspozycją na zranienia ostrymi narzędziami i promieniowanie jonizujące przy wykonywaniu prac związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych lub służbą bhp, z tego:

- PAA – 20 kontroli (po dziesięć w 2017 r. i 2019 r.) w zakresie zgodności wykonywanej działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące z warunkami określonymi w zezwoleniach i z przepisami regulującymi działalność objętą zezwoleniami, w wyniku których nie sformułowano zaleceń;

³⁶ W jednym przypadku termin dokonania pierwszego odczytu z dozymetru jeszcze nie upłynął.

³⁷ Dz. U. Nr 180, poz. 1325.

³⁸ Dz. U. Nr 131, poz. 910.

- Państwowa Powiatowa Inspekcja Sanitarna – 229 kontroli (77 w 2017 r., 67 w 2018 r., 80 w 2019 r. i pięć w 2020 r.³⁹) głównie w zakresie przestrzegania procedur postępowania zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w wyniku których nie sformułowano zaleceń, uwag i wniosków dotyczących zakażeń i zranień;
- Państwowa Inspekcja Pracy – siedem kontroli (jedna w 2017 r., dwie w 2018 r., trzy w 2019 r. i jedna w 2020 r.⁴⁰), w których odniesiono się m.in. do posiadania przez osoby realizujące zadania służby bhp wymaganych kwalifikacji i aktualnych szkoleń okresowych dla służby bhp, współpracy z zakładową społeczną inspekcją pracy, opracowania oceny ryzyka zawodowego w dwóch Klinikach oraz opracowania procedury postępowania w przypadku ekspozycji zawodowej w jednej kontroli. W ich wyniku nie sformułowano zaleceń i wniosków dotyczących ww. zagadnień.

(akta kontroli str. 298-352)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2017-2020⁴¹ służba bhp podlegała Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych, zamiast bezpośrednio osobie zarządzającej – Dyrektorowi Naczelnemu, co stanowiło naruszenie § 1 ust. 5 rozporządzenia ws. służby bhp, zgodnie z którym u pracodawcy będącego jednostką organizacyjną służba bhp podlega bezpośrednio osobie zarządzającej tą jednostką. Zgodnie z § 9 i § 11 ust. 1 i 3 Statutu UCK⁴² organem UCK jest Dyrektor Naczelny, który zarządza UCK i jest przełożonym wszystkich pracowników UCK.

(akta kontroli str. 11-28)

Dyrektor Naczelny wyjaśnił, że podleganie Inspektoratu bhp Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych wynika m.in. z wielkości zakładu pracy, w którym pracę świadczy około 4000 osób, co generuje bardzo dużo spraw bieżących niewymagających osobistego zaangażowania Dyrektora Naczelnego. Dyrektor Naczelny ściśle współpracuje z posiadającym pełnomocnictwo Zastępcą Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych oraz służbą bhp i Komisją bhp. Dyrektor Naczelny jest również na bieżąco informowany o wszystkich poważnych zdarzeniach występujących w obszarze bhp. Zastępców Dyrektora Naczelnego szpitala, który jest jednym z największych pracodawców na Pomorzu, powinno się per analogia legis, traktować podobnie jak członków zarządu, dużo mniejszych spółek medycznych prowadzących szpitale, w których kompetencje kierownika zakładu są rozdzielone na podstawie regulaminu wewnętrznego pracy zarządu na poszczególnych jego członków. Dyrektor Naczelny uzasadnił również umiejscowienie Inspektoratu bhp w schemacie organizacyjnym obciążeniem zadaniami Dyrektora Naczelnego w związku z trwającym procesem restrukturyzacji i rozbudowy szpitala, doświadczeniem zawodowym Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych, który był inspektorem w PIP oraz łatwiejszego przekazu informacji.

(akta kontroli str. 462-468)

W ocenie NIK w przepisie § 1 ust. 5 ww. rozporządzenia określającym podległość służby bhp, nie przewidziano wyjątków od stosowania w okolicznościach przedstawionych w wyjaśnieniach Dyrektora Naczelnego. Skoro zgodnie ze statutem UCK Dyrektor Naczelny jest jednoosobowym organem zarządzającym to jemu, zgodnie z ww. rozporządzeniem, powinna podlegać ta służba.

³⁹ Do 30 listopada.

⁴⁰ Według stanu na 3 grudnia.

⁴¹ Do 23 grudnia.

⁴² Załącznik nr 2 do Uchwały Nr 7/2015 Senatu GUMed z dnia 23.02.2015 r. ze zm.

2. W latach 2017-2018, w składzie komisji bhp nie zapewniono równej liczby przedstawicieli pracowników i przedstawicieli pracodawcy, co stanowiło naruszenie art. 237¹² § 1 Kodeksu pracy. W skład komisji bhp wchodziło bowiem czterech przedstawicieli pracowników i pięciu przedstawicieli pracodawcy.

(akta kontroli str. 85-96, 102)

Dyrektor Naczelny wyjaśnił, że w zarządzeniu Nr 29/2013 Dyrektora Naczelnego UCK z dnia 4 listopada 2013 r. w sprawie powołania Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy wskazano, że komisja składa się z dziewięciu członków, w tym, pięciu reprezentuje pracodawcę, a czterech pracowników. Nie znał przyczyn takiej decyzji, niemniej wyjaśnił, że w 2019 r. dokonana została zmiana polegająca na włączeniu do składu Komisji dziesiątego członka (piątego reprezentanta pracowników) wprowadzona Zarządzeniem Nr 63/2019 Dyrektora Naczelnego UCK z dnia 7 marca 2019 r. w sprawie zmiany zarządzenia Nr 29/2013 Dyrektora Naczelnego UCK z dnia 4 listopada 2013 r. w sprawie powołania Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy. Tym samym zrealizowano wymóg zawarty w art. 237¹² Kodeksu pracy dotyczący równej liczby przedstawicieli pracodawcy i przedstawicieli pracowników.

(akta kontroli str. 462-468)

3. W latach 2017-2020 przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące nie występowało do Prezesa PAA z wnioskami o informacje z centralnego rejestru dawek, o dawkach otrzymanych przez tych pracowników, do czego zobowiązuje art. 22 ust. 1 Prawa atomowego.

(akta kontroli str. 477, 584-585)

Dyrektor Naczelny oraz Kierownik IOR wyjaśnili, że pracownicy zatrudniani w warunkach narażenia występujących w warunkach jednostek ochrony zdrowia są kwalifikowani do kategorii B narażenia na promieniowanie. Dla tej kategorii nie ma obowiązku przysyłania danych o otrzymanych dawkach do centralnego rejestru dawek i takie informacje tam nie figurują.

Dyrektor Naczelny wyjaśnił ponadto, że wielokrotnie przeprowadzane przez PAA i PPWIS nigdy nie wykazały w tym zakresie niezgodności.

(akta kontroli str. 584-585, 588-589)

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie mogą stanowić uzasadnienia dla zaniechania uzyskiwania informacji o otrzymanych przez pracowników dawkach, o których mowa w art. 22 ust. 1 Prawa atomowego.

OCENA CZĄSTKOWA

UCK było odpowiednio przygotowane do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń. W UCK funkcjonowała w odpowiednim składzie służba bhp. Pracownicy tej służby posiadali wymagane kwalifikacje, a zakres jej działania obejmował zadania określone przepisem § 2 ust. 1 rozporządzenia ws. służby bhp. Służba bhp sporządzała roczne analizy stanu bhp zawierające wnioski w celu poprawy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy. W UCK funkcjonowała również komisja bhp, której skład od 2019 r. spełniał wymogi art. 237¹² § 1 Kodeksu pracy. W UCK, stosownie do § 3 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie dokonano oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny (w trzech skontrolowanych komórkach organizacyjnych). Opracowano i wdrożono wymagane procedury postępowania z ostrymi narzędziami i stosowania środków ochrony indywidualnej, które były aktualizowane. Pracownikom zapewniano środki ochrony indywidualnej, w przypadku konieczności – dostęp do szczepień oraz w miarę możliwości sprzęt ostry posiadający zabezpieczenia. Systematycznie przeprowadzano szkolenia

wstępne i okresowe pracowników, mające na celu zapobieganie narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny lub w przypadku osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych wymagano przedłożenia aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w tym zakresie. Pracownicy zatrudnieni w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące (których dokumentację objęto kontrolą) zostali przeszkoleni z zakresu ochrony radiologicznej oraz informowano ich o otrzymanych dawkach promieniowania jonizującego. Nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej sprawowali inspektorzy ochrony radiologicznej posiadający odpowiednie uprawnienia. UCK uzyskało zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące. Opracowano i wdrożono wymagany Program zapewnienia jakości, którym objęto działalność związaną z tym narażeniem. Spełniono wymagania zapewniające ochronę pracownikom zatrudnionym w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, a weryfikacja stanu faktycznego w dwóch wybranych pracowniach rentgenowskich wykazała, że spełniały one wymagania bezpieczeństwa pracy z urządzeniami radiologicznymi.

Stwierdzono nieprawidłowości w zakresie:

- podległości służby bhp;
- składu komisji bhp w latach 2017-2018;
- realizacji obowiązków wynikających z art. 22 ust. 1 Prawa atomowego (przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia).

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1 W UCK opracowano i wdrożono procedurę epidemiologiczną Postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał⁴³ (dalej: „procedura poekspozycyjna”), która zgodnie z § 9 ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, uwzględniała m.in. konieczność podjęcia niezwłocznych działań profilaktycznych i określała m.in.:

- sposób postępowania w przypadkach: zacięcia (skaleczenia, zranienia) lub kontaktu z uszkodzoną skórą, zanieczyszczenia nieuszkodzonej skóry, zanieczyszczenia błon śluzowych;
- konieczność pobrania krwi od pacjenta (za jego zgodą) w celu wykonania badań na obecność przeciwciał anty HIV, anty HCV oraz HbsAg, gdy znane jest źródło zakażenia;
- konieczność zgłoszenia się do Poradni Konsultacyjnej Zakażeń Retrowirusowych, Nabytych Niedoborów Immunologicznych PCChZiG⁴⁴ lub do Lekarza Dyżurnego Izby Przyjęć specjalisty chorób zakaźnych w tym podmiocie leczniczym celem konsultacji i zastosowania profilaktyki poekspozycyjnej;

⁴³ Nr PE-02 edycja trzecia zatwierdzona 5 stycznia 2016 r. oraz edycja czwarta zatwierdzona 17 września 2020 r.

⁴⁴ UCK zawarło z PCChZiG 16 grudnia 2013 r. umowę nr 7PZ/E/P/2013 w zakresie zapewnienia świadczenia zdrowotnego – profilaktyki poekspozycyjnej dla pracowników UCK, u których doszło do ekspozycji na materiał biologiczny potencjalnie zakaźny w związku z wykonywaniem czynności zawodowych lub pracy zleconej. Świadczenie zdrowotne – profilaktyka poekspozycyjna obejmowała badanie lekarskie osoby ekspozowanej, badania laboratoryjne – w zakresie niezbędnym do podjęcia decyzji o wyborze postępowania profilaktycznego – zarówno u osoby ekspozowanej, jak i osoby będącej źródłem ekspozycji, zlecenie właściwej profilaktyki/postępowania poekspozycyjnego, w tym konieczne do zastosowania leki antyretrowirusowe lub szczepionki lub/i immunoglobuliny, wydanie na piśmie wyniku konsultacji i zalecenia, ustalenie trybu dalszego postępowania oraz wypisanie recepty na zaordynowane leki. Badania laboratoryjne obejmowały u osoby ekspozowanej: anty-HIV, anty-HCV, HBsAg, anty HBs ilościowo, AIAT, kreatyninę, morfologię krwi i test ciążowy (zgodnie z aneksem nr 2/2020 z 4 kwietnia 2020 r. – dodatkowo: fosfor), a u osoby będącej źródłem ekspozycji: anty-HIV, anty-HCV, HBsAg. Postępowanie poekspozycyjne mogło być również prowadzone na podstawie dostarczonych przez UCK wyników badań laboratoryjnych osoby będącej źródłem ekspozycji. Zgodnie z umową, UCK zapewniało we własnym zakresie środki finansowe na zakup leków niezbędnych do zastosowania w profilaktyce poekspozycyjnej lub dostęp do takich leków.

a ponadto konieczność:

- zgłoszenia zdarzenia bezpośrednio przełożonemu i w Inspektoracie bhp;
- zgłoszenia zdarzenia jako niezgodności, zgodnie z odrębną procedurą Nadzór nad niezgodnościami;
- przedłożenia dokumentacji lekarzowi profilaktykowi w Poradni Medycyny Pracy.

Czwarta edycja procedury obejmowała również zasady postępowania w przypadku ekspozycji na inne patogeny, m.in. prątki gruźlicy, wirusa grypy, wirusa odry i koronawirusa SARS CoV-2/COVID-19. Ekspozycja materiału biologicznego lub z innego potencjalnie zakaźnego materiału w obu edycjach procedury nie wymagała postępowania poekspozycyjnego w przypadku kontraktu ze skórą nieuszkodzoną lub skaleczenia igłą, narzędziem chirurgicznym lub innym ostrym przedmiotem nieskażonym krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem.

Zgodnie z procedurą Nadzór nad niezgodnościami, niezgodności, w tym dotyczące ekspozycji personelu na materiał zakaźny, podlegały analizie na spotkaniach odbywających się w komórkach organizacyjnych, w których doszło do niezgodności oraz spotkaniach Zespołu ds. Monitorowania Zdarzeń Niepożądanych.

(akta kontroli str. 353-390)

2.2 W UCK, stosowanie do § 6 pkt 3 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, prowadzono wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, który zawierał następujące informacje:

- kolejny numer zdarzenia w roku;
- data zdarzenia;
- nazwa jednostki organizacyjnej, w której doszło do zranienia;
- rodzaj i model narzędzia, które spowodowało zranienie;
- rodzaj procedury medycznej oraz czynność, w trakcie której doszło do zranienia;
- informacje dotyczące okoliczności i przyczyny zranienia;

a ponadto:

- numer identyfikacyjny pracownika i grupę zawodową.

Wykaz prowadzony był przez Inspektorat bhp. Zgodnie z opisaną w pkt 2.1 wystąpienia pokontrolnego procedurą poekspozycyjną, eksponowani pracownicy zobowiązani byli do wypełnienia formularza poekspozycyjnego stanowiącego załącznik do ww. procedury oraz zgłoszenia zdarzenia w Inspektoracie bhp. W latach 2017-2020⁴⁵ w wykazie zarejestrowano łącznie 153 przypadki zranień, z tego 40 w 2017 r., 37 w 2018 r., 47 w 2019 r. oraz 29 w 2020 r.

(akta kontroli str. 391-404)

Analiza przebiegu 60 losowo wybranych postępowań poekspozycyjnych⁴⁶ wykazała, m.in. że:

- w związku ze zranieniem lub zakłuciem doszło do ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał;
- zdarzenie, zgodnie z procedurą poekspozycyjną, zostało zgłoszone w Inspektoracie bhp oraz przełożonemu;
- postępowanie poekspozycyjne zostało wszczęte w tym samym dniu, w którym zostało zgłoszone;
- do zdarzenia doszło m.in. przy odkładaniu igły do pojemnika na ostre narzędzia po pobraniu krwi, zakładaniu wkłucia dotętniczego, zakładaniu wkłucia obwodowego, pobieraniu krwi od pacjenta, retorakotomii, zakładania lub

⁴⁵ Do 5 listopada 2020 r.

⁴⁶ Po 15 przypadków z każdego z lat 2017-2020.

- zdejmowania szwów, nakłucia jamy otrzewnej, biopsji guza piersi, iniekcji podskórnej, zabiegu cięcia cesarskiego, segregowania narzędzi;
- 29 razy do ekspozycji doszło na stanowisku pielęgniarki albo starszej pielęgniarki, 24 razy na stanowisku lekarza, lekarza stażysty albo lekarza rezydenta, dwa razy na stanowisku opiekuna medycznego i po jednym razie na stanowiskach fizyka medycznego, diagnosty laboratoryjnego, technika sterylizacji medycznej, ratownika medycznego i pomocnika operatora ciśnieniowych sterylizatorów parowych;
- w 57 przypadkach, gdy znane było źródło zakażenia, pobrano od pacjenta krew w celu wykonania badań;
- żadne zdarzenie nie zostało zakwalifikowane jako wypadek przy pracy;
- trzy osoby ekspozowane miały za sobą doświadczenie zranienia na tym samym stanowisku w tej samej komórce organizacyjnej UCK rok albo dwa lata przed zdarzeniem objętym kontrolą;
- żadna z osób ekspozowanych w związku ze zdarzeniem nie musiała udać się na zwolnienie lekarskie;
- w UCK w każdym przypadku badano przyczyny i okoliczności zranienia oraz odnotowano je w wykazie zranień;
- w związku ze zdarzeniem nie zaszła konieczność dokonania zmian w Procedurze bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami ani poinformowania pracowników o nowym ryzyku związanym z używaniem ostrego narzędzia;
- spośród osób ekspozowanych zatrudnionych na umowy o pracę – cztery osoby po zakończonym postępowaniu poinformowały o zdarzeniu lekarza profilaktyka w Poradni Medycyny Pracy i przekazały mu dokumentację dotyczącą zdarzenia⁴⁷, a 36 osób tego nie uczyniło;
- w czterech przypadkach nie doszło do zakażenia wirusem HBV, HCV, HIV, w pozostałych przypadkach w UCK nie posiadano danych w tym zakresie;
- koszt postępowania poekspozycyjnego obejmujący koszt porad konsultacyjnych i badań laboratoryjnych w PCChZiG wyniósł od 80 zł do 440 zł i został poniesiony przez pracodawcę⁴⁸;
- żaden z pracowników nie ubiegał się o odszkodowanie od pracodawcy;
- 18 zdarzeń zostało, zgodnie z procedurą Nadzór nad niezgodnościami, zgłoszonych jako niezgodności, 42 zdarzeń nie zgłoszono.

(akta kontroli str. 405-451)

2.3 W latach 2017-2020⁴⁹ koszty postępowań poekspozycyjnych wyniosły 47,9 tys. zł, z tego w poszczególnych latach odpowiednio 11,7 tys. zł, 12,9 tys. zł, 13,6 tys. zł i 9,7 tys. zł. Dotyczyły one:

- badań serologicznych krwi osoby będącej źródłem materiału biologicznego (5,8 tys. zł, z tego po 1,4 tys. zł w latach 2017-2018, 1,8 tys. zł w 2019 r. i 1,2 tys. zł w 2020 r.);
- leków antyretrowirusowych (3,0 tys. zł, z tego 2,0 tys. zł w 2018 r. i 1,0 tys. zł w 2020 r.);
- konsultacji lekarza chorób zakaźnych prowadzącego postępowanie poekspozycyjne i badań serologicznych krwi osoby ekspozowanej (39,1 tys. zł,

⁴⁷ w 13 przypadkach w UCK brak było możliwości weryfikacji danych w tym zakresie, ponieważ osoby ekspozowane zatrudnione były na innej podstawie niż umowy o pracę i indywidualnie zawierały umowy z Poradnią Medycyny Pracy, lub odbywały w UCK praktykę, a praktykanci przekazywali informacje do Poradni Medycyny Pracy właściwej dla zatrudnienia;

⁴⁸ w przypadku dwóch postępowań UCK poniosło wyłącznie koszty badań laboratoryjnych źródła ekspozycji wykonanych w UCK, ponieważ w jednym przypadku osoba ekspozowana nie zgłosiła się do PCChZiG, a w drugim przypadku pozostałe koszty poniósł podmiot kierujący osobą ekspozowaną na staż kierunkowy zgodnie z porozumieniem w sprawie prowadzenia stażu kierunkowego do specjalizacji zawartym 30 stycznia 2018 r. pomiędzy UCK a podmiotem kierującym.

⁴⁹ Do 2 grudnia.

z tego 10,3 tys. zł w 2017 r., 9,5 tys. zł w 2018 r., 11,8 tys. zł w 2019 r. i 7,5 tys. zł w 2020 r.).

W ww. okresie nie poniesiono kosztów immunoglobuliny anty-HBs, szczepionki przeciw WZW B, a także kosztów prowadzenia postępowania orzeczniczego w kierunku choroby zawodowej oraz kosztów świadczeń finansowych związanych z rozpoznaniem choroby zawodowej, ponieważ w nie rozpoznano choroby zawodowej. Ponadto nie prowadzono postępowań przeciw UCK z tytułu ekspozycji zawodowej i w związku z tym nie poniesiono z tego tytułu kosztów. UCK nie wypłaciło również odszkodowań dotyczących ekspozycji zawodowej.

(akta kontroli str. 452)

2.4 W okresie objętym kontrolą raz na sześć miesięcy (w styczniu i w lipcu) w UCK sporządzano raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zawierające informacje, wymagane § 11 ust. 2 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie. Informacje dotyczące liczby zranień oraz okoliczności zranień wynikały z rejestru zranień. Raporty udostępniono na stronie intranetowej UCK.

Zgodnie z danymi zawartymi w raportach w okresie objętym kontrolą liczba zranień utrzymywała się na podobnym poziomie i wyniosła: 29 w I półroczu 2017 r., 11 w II półroczu 2017 r., 23 w I półroczu 2018 r., 14 w II półroczu 2018 r., 26 w I półroczu w 2019 r., 21 w II półroczu 2019 r. i 14 w I półroczu 2020 r.

(akta kontroli str. 365-372, 391-404)

2.5 W UCK opracowano Zakładowy plan postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań diagnostycznych i radiologii zabiegowej w UCK⁵⁰ oraz Zakładowy plan postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań i terapii w Klinice Onkologii i Radioterapii w Zakładzie Medycyny Nuklearnej oraz przy postępowaniu z izotopami promieniotwórczymi w UCK⁵¹ zawierające informacje określone we wzorze stanowiącym załącznik do rozporządzenia ws. planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych:

- dane podstawowe dotyczące m.in. jednostki organizacyjnej, kierownika jednostki organizacyjnej, rodzaju działalności związanej z narażeniem, inspektora ochrony radiologicznej, numerów telefonów do podmiotów wymienionych w ww. rozporządzeniu, planu jednostki organizacyjnej zawierającego rozmieszczenie źródeł zagrożenia radiacyjnego, drogi ewakuacji i miejsca zbiórki pracowników;
- postępowanie pracownika stwierdzającego zaistnienie zdarzenia radiacyjnego wskazujące osoby, które należy powiadomić oraz informacje, które należy podać w powiadomieniu;
- postępowanie kierownika jednostki organizacyjnej określające podmioty, które należy zawiadomić, konieczność m.in.: zorganizowania pierwszej pomocy osobom poszkodowanym, zorganizowania zabezpieczenia miejsca zdarzenia, określenia dokładnej lokalizacji zdarzenia oraz przeprowadzenia wstępnej oceny skutków zdarzenia, określenia danych osób poszkodowanych w wyniku zdarzenia oraz dokonania wstępnej oceny stanu poszkodowanych, powiadomienia Prezesa PAA oraz organu wydającego zezwolenia, dalszego

⁵⁰ Z 22 lipca 2020 r.; poprzednio w latach 2017-2020 obowiązywał Zakładowy plan z 28 września 2015 r.

⁵¹ Z 4 lutego 2020 r., poprzednio w latach 2017-2020 obowiązywały Zakładowe plany z 12 października 2015 r. oraz 27 grudnia 2018 r.

postępowania według procedur awaryjnych. Ponadto określono działania w ramach nadzoru nad dalszym postępowaniem;

- częstotliwość ćwiczeń okresowych – przynajmniej raz w roku, jednak okres ich ważności nie może przekroczyć dwóch lat od daty wykonania.

W okresie objętym kontrolą Zakładowy plan postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań diagnostycznych i radiologii zabiegowej w UCK został zaktualizowany w 2020 r., a Zakładowy plan postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań i terapii w Klinice Onkologii i Radioterapii w Zakładzie Medycyny Nuklearnej oraz przy postępowaniu z izotopami promieniotwórczymi w UCK w 2018 r. i 2020 r. Aktualizacje dokonano w związku ze zmianami organizacyjnymi w UCK dotyczącymi przenoszenia komórek organizacyjnych do nowych lokalizacji oraz w związku ze zmianą na stanowisku Dyrektora Naczelnego.

Ćwiczenia awaryjne dotyczące Zakładowego planu postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań diagnostycznych i radiologii zabiegowej w UCK zostały przeprowadzone w 2019 r., natomiast ćwiczenia dotyczące Zakładowego planu postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań i terapii w Klinice Onkologii i Radioterapii w Zakładzie Medycyny Nuklearnej oraz przy postępowaniu z izotopami promieniotwórczymi w UCK – w 2017 r., 2019 r. i 2020 r.

Analiza protokołów z wybranych trzech ćwiczeń awaryjnych wykazała, że w ramach ćwiczeń przypomniano zasady bezpiecznej pracy ze źródłami promieniowania jonizującego, omawiano przykładowe sytuacje awaryjne oraz przeprowadzono symulację zdarzenia radiacyjnego i powiadamiania odpowiednich organów o zaistniałym zdarzeniu.

W okresie objętym kontrolą w UCK nie doszło do zdarzenia radiacyjnego.

(akta kontroli str. 539-583, 586-587)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W wyniku analizy 60 postępowań poekspozycyjnych stwierdzono przypadki nieprzestrzegania niektórych zasad określonych w procedurze poekspozycyjnej, tj.:

- po zakończeniu 36 postępowań osoby eksponowane nie przedłożyły dokumentacji lekarzowi profilaktykowi w Poradni Medycyny Pracy, do czego zobowiązywał pkt 5.1.9 w edycji nr 3 procedury;
- 42 przypadków zranienia nie zgłoszono jako niezgodności do czego zobowiązywał pkt 5.1.8 w edycji nr 3 i pkt 5.3.2 w edycji nr 4 procedury poekspozycyjnej.

(akta kontroli str. 405-422)

Z wyjaśnień Dyrektora Naczelnego dotyczących przyczyn odstępstw od stosowania procedury oraz podejmowanych działań w zakresie nadzoru nad stosowaniem procedury wynikało m.in., że wprowadzone uszczegółowienie odpowiedzialności pracownika i kierownika komórki organizacyjnej w czwartej edycji procedury PE-02 (obowiązującej od 25 września 2020 r.) było kolejnym etapem egzekwowania od personelu i osób zarządzających personelem przestrzegania procedury i postępowania zgodnie z zawartym w niej przepisami. Pomimo udostępnionych narzędzi i świadomości personelu medycznego zagrożeń wynikających z ekspozycji na materiał biologiczny, z nieznanym Dyrektorowi Naczelnemu przyczyni pracowników nie zgłosili zdarzeń w systemie niezgodności oraz nie przekazali

formularza poekspozycyjnego lekarzowi profilaktykowi. Ponadto Dyrektor Naczelny zapewnił, że w styczniu 2021 r. przy sporządzaniu przez Inspektorat bhp półrocznego raportu o bhp w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych zostanie przeanalizowana zgłaszalność ekspozycji przez pracowników i w razie potrzeby zmienione zostaną zapisy we właściwej procedurze tak, aby uwzględnić skuteczniejsze mechanizmy umożliwiające m.in. zwiększenie nadzoru nad przestrzeganiem procedur.

(akta kontroli str. 471-474)

W ocenie NIK podejmowane w UCK działania były niewystarczające, ponieważ nie zapobiegły odstępstwom od stosowania procedury poekspozycyjnej.

2. W latach 2017-2018 nie przeprowadzono ćwiczeń awaryjnych w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań diagnostycznych i radiologii zabiegowej. W 2018 r. nie przeprowadzono ćwiczeń awaryjnych w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań i terapii w Klinice Onkologii i Radioterapii i Zakładzie Medycyny Nuklearnej oraz przy postępowaniu z izotopami promieniotwórczymi. W ww. Zakładowych planach określono, że ćwiczenia odbywają się przynajmniej raz w roku, a przeprowadzenie ćwiczeń dla wszystkich pracowników wykonujących pracę w warunkach narażenia na promieniowanie przewidziano w planach szkoleń na ww. lata.

(akta kontroli str. 539-583)

Kierownik IOR wyjaśnił, że w latach 2017-2018 wstrzymano przeprowadzanie ćwiczeń awaryjnych w związku z zapowiadanymi od 2016 r. planami nowelizacji Prawa atomowego. Plany szkoleń na ww. lata tworzone były na koniec poprzedniego roku i uwzględniały ewentualną nowelizację przepisów, która nastąpiła dopiero w 2019 r. W tym okresie ograniczono się jedynie do wykonywania ćwiczeń awaryjnych zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu ws. planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych, które określa minimalną częstotliwość przeprowadzania ćwiczeń awaryjnych dla zakresu badań diagnostycznych i radiologii zabiegowej nie rzadziej niż raz na trzy lata, a dla badań i terapii w Klinice Onkologii i Radioterapii i Zakładzie Medycyny Nuklearnej nie rzadziej niż raz na dwa lata.

(akta kontroli str. 586-587)

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie mogą stanowić wystarczającego uzasadnienia dla przeprowadzania ćwiczeń z mniejszą częstotliwością niż określona w ww. Zakładowych planach (w dokumentach tych nie przewidziano w tym zakresie żadnych wyjątków).

OCENA CZĄSTKOWA

W UCK, zgodnie z rozporządzeniem ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, opracowano i wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienia. Ponadto zabezpieczono pracowników opieką specjalistyczną z zakresu ekspozycji zawodowych. W przypadkach ekspozycji zawodowych na ogół przestrzegano postanowień procedury. Rzetelnie prowadzono wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Z wymaganą częstotliwością sporządzano raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami zawierające dane zgodne z wykazami zranień. Opracowano wymagane rozporządzeniem ws. planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych, zakładowe plany postępowania awaryjnego.

Stwierdzono nieprawidłowości w zakresie:

- niewywiązywania się z obowiązku przekazywania dokumentacji lekarzowi profilaktykowi po zakończonym postępowaniu poekspozycyjnym (w 36 przypadkach spośród 60 objętych kontrolą) oraz niezgłaszania ekspozycji jako niezgodności (w 42 – spośród 60 objętych kontrolą);
- przeprowadzania ćwiczeń awaryjnych w celu ich przeglądu i aktualizacji, z mniejszą częstotliwością niż określona w wewnętrznych procedurach.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski	W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK wnosi o: 1. Ustalenie podległości służby bhp bezpośrednio osobie zarządzającej; 2. Występowanie do Prezesa PAA przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, z wnioskami o informacje z centralnego rejestru dawek, o dawkach otrzymanych przez tych pracowników; 3. Zapewnienie prawidłowego stosowania wszystkich postanowień zawartych w procedurze poekspozycyjnej; 4. Zapewnienie przeprowadzania ćwiczeń awaryjnych z częstotliwością określoną w wewnętrznych procedurach.
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.

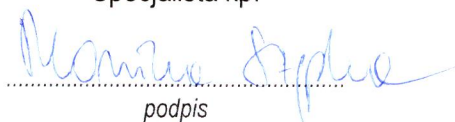
Prawo zgłoszenia zastrzeżeń	Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Gdańsku. Prawo 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 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 11 stycznia 2021 r.

Kontrolerzy:
Monika Stępka
Specjalista kp.

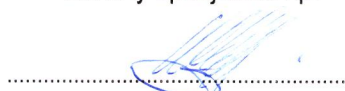

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

Dyrektor

2 up.  WICEDYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku
.....
podpis Duszka

Rafał Wieczorkowski
Główny specjalista kp.


.....
podpis