



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA. 410.033.03.2020

Pan  
Włodzimierz Dziubdziela  
Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego  
im. Andrzeja Mielęckiego  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
ul. Francuska 20-24, 40-027 Katowice

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/061 – „Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia”

## I. Dane identyfikacyjne

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jednostka kontrolowana              | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach <sup>1</sup> ,<br>ul. Francuska 20-24, 40-027 Katowice                                                                                                                     |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Włodzimierz Dziubdziela, Dyrektor Szpitala od 2009 r.<br>(akta kontroli str. 3)                                                                                                                                                                                                            |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | 1. Przygotowanie świadczeniodawców do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.<br>2. Prawdliwość działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego. |
| Okres objęty kontrolą               | Od 1 stycznia 2017 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych <sup>2</sup> .                                                                                                                                                                                                             |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli   | Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                    |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura w Katowicach                                                                                                                                                                                                                                         |
| Kontroler                           | Dariusz Bienek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/287/2020 z 13 października 2020 r.<br>(akta kontroli str.1-2)                                                                                                                                      |

---

<sup>1</sup> Dalej „Szpital”.

<sup>2</sup> Do 18 grudnia 2020 r.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200; dalej: „ustawa o NIK”.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli<sup>5</sup> pozytywnie ocenia działalność Szpitala w zakresie realizacji zadań mających na celu identyfikację i minimalizację ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem jonizującym przy udzielaniu świadczeń, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

Prawidłowo została powołana Komisja Bezpieczeństwa i Higieny Pracy<sup>6</sup>, a pracownicy Służby Bezpieczeństwa i Higieny Pracy<sup>7</sup> byli zatrudnieni w liczbie spełniającej warunki określone w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy<sup>8</sup> oraz posiadali wymagane kwalifikacje. Służba BHP systematycznie opracowywała analizy stanu bhp w Szpitalu, w których zawierała propozycje mające na celu poprawę warunków pracy.

W okresie objętym kontrolą, w miarę możliwości finansowych, dokonywano zakupu bezpiecznych materiałów medycznych, a pracownicy systematycznie uczestniczyli w szkoleniach z zakresu ekspozycji zawodowej na zranienia.

Szpital podejmował prawidłowe działania przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego, jednak NIK zauważa, że brak jednoznacznie określonego nadzoru nad realizacją przez pracowników obowiązków wynikających z „Procedury postępowania po ekspozycji zawodowej na HBV, HCV i HIV obowiązującej pracowników Szpitala”<sup>9</sup> mógł przyczynić się do niepełnego zrealizowania obowiązków wynikających z ww. procedury przez ośmiu pracowników spośród 57 (14%), którzy w okresie objętym kontrolą ulegli zranieniu.

Terminowo opracowano „Raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w Szpitalu w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych”<sup>10</sup>, jednak nie zawierano w nich tabelarycznych wykazów ostrych narzędzi (z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem)<sup>11</sup>. W „Indywidualnej karcie ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał (IPIM)”<sup>12</sup> brak było informacji o osobie przyjmującej zgłoszenie, co w trakcie niniejszej kontroli zostało poprawione poprzez wprowadzenie do wzoru ww. karty stosownego zapisu.

Szpital posiadał zezwolenia wydane przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, jak również na wykorzystywanie aparatury diagnostycznej.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywał wdrożony zgodnie z wymogiem art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe<sup>13</sup> program zapewnienia jakości pn. „Program bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w pracowniach radiologicznych Zakładu Radiologii”<sup>14</sup>. Z kolei zgodnie

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>5</sup> Dalej „NIK”.

<sup>6</sup> Dalej: „Komisja BHP”.

<sup>7</sup> Dalej: „Służba BHP”.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2020 r., poz. 1320, dalej „Kodeks pracy”.

<sup>9</sup> Dalej „Procedura PJ 44”.

<sup>10</sup> Dalej „Raport o BHP”.

<sup>11</sup> Mimo wymogu określonego w § 11 ust. 2 pkt 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych Dz. U. poz.696, dalej „rozporządzenie ws. zranień”.

<sup>12</sup> Dalej „Indywidualna karta zgłoszenia”.

<sup>13</sup> Dz. U. z 2019, poz. 1792 ze zm., dalej „Prawo atomowe”.

<sup>14</sup> Dalej „Program Bezpieczeństwa RTG”.

z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych<sup>15</sup> w Szpitalu wdrożono „Zakładowy plan postępowania awaryjnego zdarzeń radiacyjnych”<sup>16</sup> oraz przeprowadzono stosowne ćwiczenia. Wszyscy pracownicy narażeni na promieniowanie jonizujące mieli zapewnione niezbędne środki ochrony indywidualnej, w tym dozymetry indywidualne, a niektórzy również pierścionkowe. Pracownicy zostali zaznajomieni ze środkami ochrony indywidualnej przed promieniowaniem jonizującym. Funkcję inspektora ochrony radiologicznej<sup>17</sup> powierzono osobie spełniającej wymagania określone w art. 7 ust. 6 Prawa atomowego, posiadającej aktualne uprawnienia w tym zakresie.

Dyrektor Szpitala, przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, nie występował do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki<sup>18</sup> w celu pozyskania stosownych informacji z Centralnego Rejestru Dawek w zakresie ilości przyjętych dawek promieniowania jonizującego w ostatnich czterech latach. Powyższe zaniechanie było niezgodne z przepisami art. 22 ust.1 Prawa atomowego.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>19</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W latach 2017-2020 w Szpitalu zatrudnionych było (odpowiednio w roku): 1044<sup>20</sup>, 1028<sup>21</sup>, 1043<sup>22</sup> oraz 1068<sup>23</sup> pracowników<sup>24</sup>. Komisję BHP powołano w Szpitalu w 1999 r. W ramach Służby BHP zatrudnionych było dwóch głównych specjalistów, którzy stanowili odrębną komórkę organizacyjną podległą bezpośrednio pracodawcy.

(akta kontroli str. 4-44, 53-59, 62-68, 82-86)

1.2. Pracownicy Służby BHP zostali zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, natomiast członkowie Komisji BHP zostali powołani Zarządzeniem Dyrektora nr 17/2015 z dnia 30 marca 2015 r.<sup>25</sup>. Liczba etatów pracowników Służby BHP<sup>26</sup> oraz składy osobowe Komisji BHP odpowiadały uregulowaniom w tym zakresie.

<sup>15</sup> Dz. U. z 2005 Nr 20, poz. 169 ze zm., uchylony z dniem 23 września 2019 r.

<sup>16</sup> Dalej „Plan awaryjny”.

<sup>17</sup> Dalej „IOR”.

<sup>18</sup> Dalej „PAA”.

<sup>19</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>20</sup> Wg stanu na 31 grudnia 2016 r. oraz 1039 wg stanu na 30 czerwca 2017 r.

<sup>21</sup> Wg stanu na 31 grudnia 2017 r. oraz 1031 wg stanu na 30 czerwca 2018 r.

<sup>22</sup> Wg stanu na 31 grudnia 2018 r. oraz 1058 wg stanu na 30 czerwca 2019 r.

<sup>23</sup> Wg stanu na 31 grudnia 2019 r. oraz 1083 wg stanu na 30 czerwca 2020 r.

<sup>24</sup> Pracowników w rozumieniu *Kodeksu pracy*,

<sup>25</sup> Aneksowanego 18 kwietnia 2016 r., 7 marca 2018 r. i 5 listopada 2019 r. w zakresie składu osobowego Komisji BHP.

<sup>26</sup> Zatrudnionych na 1,5 etatu.

W latach 2017-2020 Państwowy Inspektor Pracy nie wydał decyzji w sprawie zwiększenia liczby pracowników Służby BHP.

(akta kontroli str.36-44, 53-72, 82-86, 87, 448)

**1.3.** Pracownicy Szpitala wchodzący w skład Służby BHP (zatrudnieni na stanowiskach głównego specjalisty ds. bhp) spełniali wymogi kwalifikacyjne określone w § 4 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy<sup>27</sup> oraz uczestniczyli w obowiązkowym szkoleniu w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracowników tej służby zgodnie z art. 237<sup>11</sup> § 2 Kodeksu pracy.

(akta kontroli str. 235)

**1.4.** Służba BHP w okresie objętym kontrolą wywiązywała się z obowiązku sporządzania okresowych analiz stanu bhp w Szpitalu. W analizach zawarte były propozycje rozwiązań mających na celu poprawę warunków pracy. W okresie objętym kontrolą organ ten wraz z członkami Komisji BHP przeprowadzał kontrole warunków pracy oraz przestrzegania przepisów bhp, w tym w odniesieniu do stanowisk pracy, na których zatrudnione osoby narażone są na zranienia bądź promieniowanie jonizujące. W powyższym zakresie nie były formułowane wnioski pokontrolne.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w celu zapewnienia przekazywania Służbie BHP odpowiednich informacji regularnie organizował spotkania z pracownikami tej służby, podczas których omawiano zagadnienia związane z bezpieczeństwem pracy w tym dotyczące zranień oraz narażenia na promieniowanie jonizujące. Wydawał także ustne polecenia natychmiastowego usunięcia ewentualnych uchybień. Współpraca Służby BHP z Dyrektorem Szpitala była prowadzona na bieżąco, przede wszystkim w formie ww. spotkań. Jak podała Główna Specjalistka Służby BHP, w okresie objętym kontrolą Służba BHP miała możliwości realizowania wszystkich zadania należących do jej obowiązków, a wynikających z obowiązujących przepisów. W okresie objętym kontrolą Służba BHP nie formułowała zaleceń i wniosków pokontrolnych odnoszących się do ekspozycji zawodowej na zranienia oraz promieniowanie jonizujące. Pracownik Służby BHP, będący jednocześnie wiceprzewodniczącym Zespołu ds. Zranień Ostrymi Narzędziami<sup>28</sup>, uczestniczył oraz doradzał w procesie przygotowania procedur postępowania z ostrymi narzędziami oraz używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej

Współpraca Komisji BHP z Dyrektorem Szpitala polegała przede wszystkim na informowaniu go (m.in. poprzez zapoznanie z protokołami pokontrolnymi) o wynikach przeprowadzonych kontroli m.in. w zakresie zranień oraz promieniowania jonizującego. W okresie objętym kontrolą Komisja BHP nie formułowała zaleceń pokontrolnych.

(akta kontroli str. 54-59, 63-68, 73-81, 88-105, 449, 454, 457)

**1.5.** W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzano przeglądy ocen ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami minimum co dwa lata dla następujących stanowisk pracy: lekarza, pielęgniarki oraz sanitariusza/salowej. Aktualizacji ww. ocen dokonano w 2019 r. a następnie w 2020 r. Przy ich dokonywaniu uwzględniono elementy wyszczególnione w § 3 ust. 1 rozporządzenia ws. zranień.

(akta kontroli str. 457-558)

<sup>27</sup> Dz. U. Nr 109, poz. 704 ze zm., dalej „rozporządzenie ws. Służby BHP”.

<sup>28</sup> Powołanym przez Dyrektora Szpitala Zarządzeniem nr 22/2013 z dnia 3 września 2013 r. aneksowanym w 2015 r. Dalej: „Zespół ds. zranień”.

Spółeczny Inspektor Pracy<sup>29</sup> oraz Służba BHP stwierdzili, że w okresie objętym kontrolą na stanowiskach pracy (na których występowało narażenie na zranienie ostrym narzędziem) nie wystąpiły zmiany mogące mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika, a tym samym wymagające aktualizacji stosownych „Ocen ryzyka zawodowego” przed upływem dwóch lat od daty opracowania poprzedniej wersji.

(akta kontroli str. 232, 457)

**1.6.** W okresie objętym kontrolą w Szpitalu stosowano środki ochrony pracowników przed zranieniami, eliminujące lub ograniczające stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami w zależności od rodzaju czynnika, na który byli narażeni. Przewodnicząca Zespołu ds. Zranień wyjaśniła: „(...) Jako ochronę przed zranieniami, ich eliminacją oraz w ramach ograniczenia stopnia narażenia na zranienie ostrym narzędziem, pracodawca zapewniał dostęp (z przeznaczeniem do obowiązkowego stosowania) do rękawic: chirurgicznych sterylnych, diagnostycznych oraz rękawic do cytostatyków i do procedur wykonywanych w Centralnej Sterylizatorni spełniających wymogi ochrony przed działaniem czynnika mechanicznego, biologicznego i chemicznego”. Dodała, że w przypadku zabiegów chirurgicznych pacjentów z potwierdzonym „alert patogenem” członkowie zespołu zabiegowego, w ramach zabezpieczenia przed ekspozycją zawodową, stosowali podwójne rękawice chirurgiczne. Podejmowane działania uwzględniały wyniki „Oceny ryzyka zawodowego” związanego ze zranieniami. Szpital posiadał „Procedurę stosowania ochron indywidualnych” – PJ-55<sup>30</sup>, w której zawarto „Szczegółowy wykaz środków ochrony indywidualnej” oraz wskazano jakie środki należy używać przy różnych rodzajach wykonywanych prac i istniejącym przy nich zagrożeniu.

(akta kontroli str.108-110, 173-184)

Szpital w latach 2017-2020 na zakup bezpiecznego sprzętu medycznego<sup>31</sup> poniósł koszty w wysokości 478 883,87 zł, co stanowiło 59,4% wartości całego zakupionego sprzętu (w tym również ostrego)<sup>32</sup>.

Z porównania ilościowego zakupionego medycznego sprzętu<sup>33</sup> wynikało, że w okresie objętym kontrolą:

- bezpieczne igły do pobierania krwi stanowiły: w 2019 r. - 1,7% wszystkich zakupionych w tym roku, a w 2020 r. (do 15 października) - 2,8%, natomiast w latach 2017-2018 nie zakupiono takich igieł;
- bezpieczne kaniule dożylnie stanowiły w 2017 r. - 26,8% wszystkich zakupionych w tym roku, w 2019 r. – 0,7%, a w 2020 r. (do 15 października) – 18,6%. W 2018 r. nie zakupiono bezpiecznych kaniul dożylnych;
- bezpieczne: skalpele, igły do penów oraz nakłuwacze łącznie stanowiły w 2017 r. - 71,6% wszystkich zakupionych w tym roku, w 2018 r. - 37,3%, w 2019 r. - 93,1%, natomiast w 2020 r. (do 15 października) -20,8%.

<sup>29</sup> Przedstawiciel społecznej inspekcji pracy, o której mowa w art. 1 ustawy z dnia 24 czerwca 1983 r. o społecznej inspekcji pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 567, ze zm.).

<sup>30</sup> Wdrożoną 16 marca 2020 r. Wcześniejsze wydanie z 13 stycznia 2014 r.

<sup>31</sup> Bezpieczny sprzęt to igła lub ostrze, które posiada wbudowany mechanizm zabezpieczający przed ryzykiem zakłucia lub zranienia. Dane dotyczą następującego sprzętu: bezpieczne igły do pobierania krwi, bezpieczne kaniule dożylnie, bezpieczne cewniki obwodowe, ampułki bezigłowe, tępe igły chirurgiczne, tępe nożyczki chirurgiczne i inne (nakłuwacze, igły do penów i skalpele).

<sup>32</sup> Wartość zakupionego bezpiecznego sprzętu wyniosła: 159 785,1 zł w 2017 r. (70,7% łączna wartość zakupionych bezpiecznych i ostrych narzędzi), 116 349,1 zł w 2018 r.( 54,8%), 117 500,1 zł w 2019 r. (58,9%) i 85 240,6 zł w 2020 r. (50,5%).

<sup>33</sup> Porównano następujący rodzaj bezpiecznego sprzętu medycznego: igły do pobierania krwi, kaniule dożylnie, skalpele; igły do penów i nakłuwacze.

Ponadto latach 2017-2020 (do 15 października) zakupiono: tępe igły chirurgiczne<sup>34</sup> w ilości (odpowiednio): 1140, 768, 1380 i 810 oraz ampułki bezigłowe w ilości (odpowiednio): 60 020, 111 860, 98 120 i 74 640.

Łącznie w okresie objętym kontrolą zestawiony powyżej bezpieczny sprzęt medyczny stanowił 22,8% całkowitej ilości zakupionego sprzętu medycznego w tych trzech rodzajach<sup>35</sup>.

Przewodnicząca Zespołu ds. Zranień wyjaśniła, że apteka Szpitalna składa zamówienie zgodnie z zapotrzebowaniami dostarczającymi przez użytkowników z jednostek/oddziałów Szpitala. Ze względu na wysokie koszty zakupu sprzętu bezpiecznego oraz ograniczone limity finansowe oddziałów, zamawiana ilość sprzętu bezpiecznego jest minimalna, tzn. konieczna dla zabezpieczenia pracowników w nietypowych sytuacjach (np. przyjęcia pacjenta w trybie ostrym, wykonanie świadczeń medycznych u pacjentów z potwierdzonym zakażeniem krwiopochodnym, itp.).

(akta kontroli str. 108-110, 169-172, 627)

Jak wyjaśniła przewodnicząca Zespołu ds. zranień zakupy środków ochrony indywidualnej były dokonywane na podstawie analiz przeprowadzanych przez ww. Zespół podczas zebrań, na których były omawiane dostępne na rynku bezpieczne wyroby medyczne stanowiące alternatywę m.in. dla narzędzi medycznych ostrych. Od chwili powołania Zespołu ds. zranień, jego członkowie wyszukiwali i analizowali dostępne na rynku medycznym alternatywne - bezpieczne wyroby medyczne. W wyniku analiz określano realne potrzeby Szpitala w zakresie bezpiecznych wyrobów medycznych, odnoszące się do ilości i rodzaju sprzętu. Przewodnicząca Zespołu ds. zranień wyjaśniła, że ze względu na wysoką cenę nowego, bezpiecznego wyrobu medycznego w Szpitalu tylko dla niektórych obszarów został on wprowadzony. Dodała, że w założeniu Zespół ds. zranień jest ukierunkowany na sukcesywne zwiększanie ilości bezpiecznego sprzętu w Szpitalu, co było uzależnione od jego sytuacji finansowej. W okresie objętym kontrolą Zespół ds. zranień przeprowadzał zebrania, podczas których (min. co dwa lata) dokonywano analizy w zakresie konieczności zakupu bezpiecznych wyrobów medycznych<sup>36</sup>.

NIK zwraca uwagę by podejmowanie decyzji o zakupie większej ilości bezpiecznych wyrobów medycznych nie było tak istotnie warunkowane możliwościami finansowymi szpitala, bowiem użytkowanie sprzętów uznanych jako bezpieczne, znacząco redukuje prawdopodobieństwo zranienia się personelu.

(akta kontroli str. 108-110, 451, 563-568)

W Szpitalu zapewniono szczepienia ochronne pracowników wykonujących czynności, w trakcie których narażeni są na kontakt z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego (krew i inne płyny ustrojowe oraz wydaliny i wydzieliny) lub sprzętem skażonym tym materiałem biologicznym. Dane o wyszczepieniu personelu Szpitala narażonego na szkodliwy czynnik biologiczny gromadzone były w imiennych arkuszach szczepień. Jak zapewnił lekarz zakładowy na koniec lat 2017-2019 zatrudniony personel medyczny był w 100% zaszczepiony. W poszczególnych latach liczba osób zaszczepionych wynosiła: trzy w 2017 r., dziewięć w 2018 r., 12 w 2019 r. i trzy w 2020 r.

(akta kontroli str. 111-112, 116-123, 452)

<sup>34</sup> Przeznaczone do szcicia chirurgicznego bardzo kruchych tkanek, między innymi wątroby.

<sup>35</sup> W poszczególnych latach objętych kontrolą wynosił: 32,8%, 12,4%, 31,8% i 14,1%.

<sup>36</sup> Zebrania takie zostały przeprowadzone m.in. w 2015, 2017 i 2019 roku.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w latach 2017-2020 Szpital korzystał z usług firm zewnętrznych, w ramach umów o udzielanie świadczeń medycznych, w zakresie opisywania wyników badań wykonywanych tomografem komputerowym i rezonansem magnetycznym oraz w zakresie obsługi aparatury do odzyskiwania krwi (perfuzjonistów). Dodał, że przedsiębiorcy świadczący usługi nie byli objęci ochronnymi szczepieniami przez Szpital.

(akta kontroli str. 450)

1.7. Szpital posiadał opracowane i wdrożone procedury postępowania z ostrymi narzędziami oraz procedurę używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej (PJ-55)<sup>37</sup>. W okresie objętym niniejszą kontrolą w Szpitalu obowiązywały następujące procedury postępowania z narzędziami ostrymi: PJ-56 obowiązująca w oddziałach i poradniach<sup>38</sup>, PJ-57 obowiązująca w blokach operacyjnych<sup>39</sup>, PJ-ZAP/03 dla Zakładu Anatomii Patologicznej<sup>40</sup>, PJ -RTG/42 dla Zakładu Radiologii<sup>41</sup>, PJ-CS/01 dla Centralnej Sterylizatorni<sup>42</sup> i PJ-LKD/05 obowiązująca w Gabinetach Dermatologii<sup>43</sup>. Procedury zostały zatwierdzone przez lekarza naczelnego bądź naczelną pielęgniarkę Szpitala.

Procedury te obejmowały cały personel Szpitala uczestniczący w udzielaniu świadczeń narażających na zranienie ostrymi narzędziami. Pełnomocnik ds. jakości Szpitala rozprawdzał je zgodnie z rozdzielnikiem do poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala. Z kolei kierownik danej jednostki organizacyjnej przekazywał ww. procedury podległemu personelowi do zapoznania się. Pracownicy potwierdzali zapoznanie się z aktualnymi wersjami procedur podpisując stosowne oświadczenie, które jednocześnie zobowiązywało do ich stosowania. Ponadto, podczas instruktażu ogólnego - wstępnego nowo zatrudniani pracownicy byli informowani przez Służbę BHP o obowiązujących procedurach i obowiązku ich stosowania.

(akta kontroli str. 108-110, 173-228, 376, 420-423 )

Procedury określające zasady postępowania z ostrymi narzędziami oraz używania środków ochrony indywidualnej, podlegały okresowej (min. raz na dwa lata) ocenie. W wyniku tych ocen procedury były w okresie objętym kontrolą aktualizowane. Pracownicy potwierdzali zapoznanie się z aktualnymi wersjami procedur podpisując stosowne oświadczenie, które jednocześnie zobowiązywało do stosowania ww. procedur.

(akta kontroli str. 173-228, 420-423, 448, 451)

Przy opracowywaniu procedur postępowania z ostrymi narzędziami uczestniczyli pracownicy zatrudnieni w danej jednostce Szpitala znający specyfikę pracy (np. bloków operacyjnych, oddziałów zabiegowych i diagnostyczno-zachowawczych) oraz pracownicy Służby BHP dysponujący wiedzą w zakresie obowiązujących przepisów w tym zakresie.

(akta kontroli str. 448, 451, 454)

---

<sup>37</sup> Zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia ws. zranień w wersji elektronicznej były udostępnione na portalu wewnętrznym Szpitala.

<sup>38</sup> Wdrożona 8 lutego 2019 r. Wcześniejsze wydanie z 5 lutego 2014 r.

<sup>39</sup> Wdrożona 6 marca 2017 r. Wcześniejsze wydanie z 5 lutego 2014 r.

<sup>40</sup> Wdrożona 26 września 2016 r. Wcześniejsze wydanie (Procedura PJ- ZAP/01) z 14 marca 2014 r.

<sup>41</sup> Wdrożona 14 stycznia 2019 r. Wcześniejsze wydanie z 29 stycznia 2014 r.

<sup>42</sup> Wdrożona 3 września 2018 r. Wcześniejsze wydanie z 2 stycznia 2014 r.

<sup>43</sup> Wdrożona 19 marca 2018 r. Wcześniejsze wydanie z 17 marca 2014 r.

Członek Komisji BHP był jednocześnie Zastępcą Przewodniczącego Zespołu ds. Zranień i tym samym współpracował przy opracowywaniu procedur. Podczas tworzenia ww. procedur nie korzystano z ekspertyz specjalistów, gdyż w Szpitalu byli zatrudnieni specjaliści ds. epidemiologii, z którymi konsultowano ewentualne sporne kwestie.

(akta kontroli str. 454)

1.8. Na podstawie badania przeprowadzonego na próbie dokumentacji osobowej 50 pracowników Szpitala<sup>44</sup>, ustalono że wszyscy uczestniczyli w obowiązkowym szkoleniu bhp przed objęciem danego stanowiska, natomiast pracownicy, którzy podlegali okresowemu szkoleniu z zakresu bhp – byli objęci takimi szkoleniami. W przypadku 45 sprawdzonych dokumentacji personalnych stwierdzono, że pracownicy brali udział w odrębnych szkoleniach dotyczących ekspozycji na zranienia, natomiast pięciu pracowników zostało przeszkolonych w tym zakresie w ramach „Instruktażu stanowiskowego”. Nowo przyjęci pracownicy Szpitala podlegali także szkoleniu w ramach „Procedury PJ – 94” w zakresie higieny i epidemiologii szpitalnej. Szkolenie to miało na celu zapoznanie nowych pracowników z zagrożeniami w środowisku pracy, zapoznanie z podstawami higieny i epidemiologii podczas wykonywania procedur medycznych na stanowiskach przez nich obsługiwanych. Odbycie tych szkoleń było odnotowywane w „Zeszycie szkoleń”.

Zakres tematyczny szkoleń dotyczących ekspozycji na zranienia oraz instruktażu stanowiskowego obejmował zagadnienia określone w § 7 ust. 2 rozporządzenia ws. zranień.

(akta kontroli str. 376-411)

1.9. Szpital posiadał zezwolenia wydane przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące<sup>45</sup> w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych i diagnostycznych, leczeniu chorób nienowotworowych oraz wykonywaniu zabiegów z zakresu radiologii zabiegowej.

Zgodnie z wymogiem art. 7 ust. 2 Prawa atomowego w 2016 r. Dyrektor wdrożył „Program Bezpieczeństwa RTG”, który odpowiednio do wymogów art. 7 ust. 2a tej ustawy obejmował podział między pracownikami jednostki organizacyjnej odpowiedzialności oraz zadań w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej. Dokument nie zawierał natomiast: 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 Prawa atomowego. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „Zgodnie z art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy - Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej<sup>46</sup> kierownik jednostki organizacyjnej wykonującej działalność związaną z narażeniem ma obowiązek dostosować programy zapewnienia jakości do wymogów określonych w art. 7a i 7b ustawy Prawo atomowe, w terminie dwóch lat od wejścia w życie wskazanej powyżej ustawy, tj. do dnia 23 września 2021 r.”

<sup>44</sup> Badaniem objęto dokumentację personalną 30 pielęgniarek i 20 lekarzy specjalności zabiegowych; zatrudnionych (uczestniczących w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych) w 2020 r.

<sup>45</sup> Decyzja Nr 19 z 26 października 2018 r.

<sup>46</sup> Dz.U. z 2019 r. poz. 1593.

NIK zauważyła, że choć w przepisach zmieniających Prawo atomowe wyznaczono termin dwóch lat na dostosowanie programu zapewnienia jakości do wymagań określonych w obowiązujących przepisach, to jednak, ze względu na upływ czasu, należy zintensyfikować działania w celu dotrzymania wyznaczonych terminów.

„Program Bezpieczeństwa RTG” obejmował swym zakresem całą działalność Szpitala związaną z narażaniem na promieniowanie jonizujące i podlegał systematycznym przeglądom.

Jak wyjaśnił IOR, w okresie objętym kontrolą nie zachodziła konieczność aktualizacji programu zapewnienia jakości, a jego współpraca z osobami odpowiedzialnymi za wdrożenie ww. dokumentu przebiegała bez zastrzeżeń.

(akta kontroli str. 230, 283-294, 321-358)

**1.10.** W okresie objętym kontrolą, osoba pełniąca funkcję IOR w Szpitalu posiadała kwalifikacje wymagane do jej pełnienia, określone w art. 7 ust. 6 Prawa atomowego. Uprawnienia IOR (typu R) zostały nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego decyzjami z 4 listopada 2015 r. oraz 18 listopada 2020 r.

(akta kontroli str. 236, 243-246)

**1.11.** IOR rzetelnie wywiązał się ze swoich obowiązków oraz korzystał z przysługujących mu uprawnień dotyczących sprawowania nadzoru. W zakresie jego obowiązków było nadzorowanie i realizowanie zadań stanowiących część systemu zarządzania jakością Szpitala, związanych z bezpieczeństwem jądrowym i ochroną radiologiczną. IOR prowadził szkolenia w zakresie ochrony radiologicznej dla pracowników zatrudnionych w promieniowaniu jonizującym, nadzorował proces tworzenia instrukcji dotyczących pracy w Zakładzie Radiologii, nadzorował prace nad aktualizacją procedur obowiązujących osoby objęte dozymetrią w Zakładzie Radiologii, brał udział w tworzeniu broszury informacyjnej dla pacjentów na temat badań radiologicznych „Diagnostyka obrazowa”. W ramach swoich obowiązków prowadził kontrolę dozymetryczną osób pracujących w promieniowaniu jonizującym, realizował z Instytutem Fizyki Jądrowej kontrolę dozymetryczną (w zakresie świadectw przydatności i świadectw pomiarowych), prowadził dokumentację osób objętych dozymetrią oraz sprawował nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, jak również prowadził ewidencję przyjętej przez pracowników dawki promieniowania jonizującego dla każdej osoby objętej dozymetrią. W ramach swoich obowiązków sprawował także nadzór nad: poprawnością pracy aparatów rentgenowskich, przestrzeganiem bezpieczeństwa i higieny pracy według instrukcji Ochrony Radiologicznej Zakładu Radiologii w pracowniach radiologicznych oraz instrukcji aparatów radiologicznych, dokumentacją aparatów rentgenowskich, testami podstawowymi i specjalistycznymi aparatów rentgenowskich, wykonywaniem przeglądów okresowych sprzętu i aparatury medycznej, działaniem sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy z promieniowaniem jonizującym, wykonywaniem pomiarów skuteczności wentylacji mechanicznej w pracowniach radiologicznych. IOR występował również z wnioskami o wstrzymanie eksploatacji starych i rozpoczęcie działalności nowych aparatów rentgenowskich, sprawował nadzór nad wyposażeniem Szpitala w środki ochrony indywidualnej oraz innego wyposażenia służącego do ochrony pracowników i pacjentów przed promieniowaniem jonizującym. IOR współpracował m.in. ze Służbą BHP w zakresie organizacji szkoleń wstępnych i okresowych, z osobami wdrażającymi System Zarządzania Jakością PN-EN ISO 9001-2015 oraz służbami przeciwpożarowymi.

IOR stwierdził, że przy wykonywaniu swoich czynności, w okresie objętym kontrolą, nie napotykał na trudności uniemożliwiające mu właściwe wywiązywanie się z obowiązków i korzystania z uprawnień. Podał również, że w tym okresie w Szpitalu nie wystąpiły zdarzenia (wypadki) negatywnie oddziałujące na zapewnienie ochrony radiologicznej pracowników. IOR podlegał bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

(akta kontroli str. 230, 238-242, 247-249)

**1.12.** Pracownicy Szpitala wykonujący zadania w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące mieli zapewnioną opiekę medyczną sprawowaną przez lekarza zakładowego, który prowadził dla nich dokumentację medyczną, zawierającą niezbędne wyniki badań i konsultacji lekarskich, potwierdzających zdolność do pracy. Dla pracowników pracujących na stanowiskach, na których występowała ekspozycja na promieniowanie jonizujące, zapewniano niezbędne środki ochrony indywidualnej w postaci: fartuchów ochronnych (całych i połówkowych), ochron na tarczycę i gonady, garsonki oraz rękawice ołowiowe i okulary.

Wypożyczenie jednostki organizacyjnej w środki ochrony indywidualnej, przyrządy dozymetryczne oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, były zgodne z ustalonym przez IOR wyposażeniem określonym w pkt. 17 Programu Bezpieczeństwa RTG.

(akta kontroli str. 234, 287, 301-311, 359-366, 562)

W Szpitalu stosowano dozymetry indywidualne i pierścionkowe oraz dozymetr środowiskowy (umieszczony w pracowni tomografii komputerowej). Zgodnie z pkt. 24 Programu Bezpieczeństwa RTG, dozymetrią osobistą byli objęci wszyscy pracownicy narażeni na promieniowanie rentgenowskie. W okresie prowadzenia niniejszej kontroli w Szpitalu było to 67 osób zatrudnionych na następujących stanowiskach: pielęgniarki anesteziologiczne (10), lekarze anesteziolodzy (6), lekarze chirurdzy (11), pielęgniarki instrumentariuszki (14), lekarze radiolodzy (4), technicy elektroradiologii (18), pielęgniarki radiologiczne (2) oraz jeden fizyk. Spośród ww. osób 14 dodatkowo posiadało dozymetry pierścionkowe - PI (do pomiaru dawek na skórę dłoni w radiologii interwencyjnej, chirurgii).

(akta kontroli str. 114-115, 251-254, 287, 561-562)

Dozymetry stosowane w Szpitalu były odczytywane i wzorcowane i przez Laboratorium Dozymetrii Indywidualnej i Środowiskowej Instytutu Fizyki Jądrowej Polskiej Akademii Nauk w Krakowie na podstawie zawartej umowy<sup>47</sup>. Dane dotyczące wyników pomiarów dawek indywidualnych były gromadzone w postaci „Sprawozdań z badań”, w których dla każdego dozymetru były podane wartości dawek przyjętych w ujęciu kwartalnym<sup>48</sup>. W sprawozdaniach określona była: data wydania, numer świadectwa, typ dawkomierza, wielkość mierzona, jednostka, okres pomiarowy, liczba dawkomierzy.

Na każdego pracownika pracującego z narażeniem na promieniowanie jonizujące przypadały dwa dozymetry indywidualne (podobnie w przypadku pracowników korzystających z dozymetrów pierścionkowych).

Wszystkie dozymetry wykorzystywane przez pracowników w czasie trwania niniejszej kontroli posiadały ważne świadectwa wzorcowania i sprawności.

W Szpitalu obowiązywała „Instrukcja stosowania dozymetrów indywidualnych i pierścionkowych u osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące

<sup>47</sup> Umowa z dnia 7 marca 2019 r. Wykonawca posiadał akredytację Polskiego Centrum Akredytacji nr AB 1317.

<sup>48</sup> Ostatnia data wysłania dawkomierzy z okresu pomiarowego III kwartału 2020 r. - 12 października 2020r. Instytut Fizyki Jądrowej ostatnie sprawozdania pomiarowe przysłał za II kwartał z okresu od 1 kwietnia do 30 czerwca 2020 r.

w SPSKiM w Katowicach” zawierająca opis sposobu korzystania oraz obowiązki pracowników po zakończeniu pracy z dozymetrami.

(akta kontroli str. 114-115, 230, 250-282, 316-318, 561-562)

1.13. Zgodnie z art. 17 ust. 1 i 2 Prawa atomowego, na podstawie przedstawionych przez Instytut Fizyki Jądrowej PAN z Krakowa cokwartalnych wyników badań wartości dawek przyjętych przez pracowników Szpitala, Dyrektor zaszeregował osoby zatrudnione w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące do kategorii B.

(akta kontroli str. 622)

Na podstawie badania dokumentacji osobowej losowo wybranych 34 pracowników<sup>49</sup> zatrudnionych w ww. warunkach, stwierdzono że pracownicy mający wpływ na dawkę promieniowania jonizującego, jaką otrzymuje pacjent w trakcie wykonywania procedur medycznych, przeszli wstępne przeszkolenie z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta. We wszystkich analizowanych przypadkach pracownicy posiadali zaświadczenia o szkoleniu wstępnym z zakresu bhp oraz zostały poinformowane, w ramach szkolenia wewnętrznego, o ochronie radiologicznej pracowników. W żadnej ze zbadanych dokumentacji nie stwierdzono dokumentu potwierdzającego zasięgnięcie przez Dyrektora Szpitala przed zatrudnieniem pracownika w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, stosownych informacji z rejestru dawek PAA wskazujących na ilość przyjętego promieniowania w poprzednim miejscu zatrudnienia przez nowo zatrudnionego (opisane w sekcji wystąpienia pn. *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 367-375, 561-562)

1.14. Pracownie rentgenowskie Szpitala spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi<sup>50</sup>. Szpital nie posiadał ambulansu rentgenowskiego, aparatu mammograficznego, ani aparatu do densytometrii kości. Gabinety nie były wyposażone w rentgenowskie symulatory radioterapeutyczne ani w zestawy rentgenowskie do terapii powierzchniowej.

W pracowniach rentgenowskich zapewniono łączność głosową i wizualną pomiędzy personelem medycznym przebywającym w sterowni a pacjentem przebywającym w gabinecie rentgenowskim oraz były wyposażone w wentylację zapewniającą co najmniej 1,5-krotną wymianę powietrza w ciągu godziny. Gabinety z diagnostycznymi aparatami rentgenowskimi były wyposażone w ostrzegawczą sygnalizację świetlną umieszczoną nad drzwiami do gabinetu, włączaną równocześnie z zasilaniem generatora.

Pracownie rentgenowskie były wyposażone w indywidualny oraz ogólny (parawan) sprzęt ochronny przed promieniowaniem rentgenowskim dobrany do typu zainstalowanych aparatów rentgenowskich i rodzaju wykonywanych badań lub zabiegów radiologicznych. W widocznym miejscu znajdowała się informacja o konieczności powiadomienia, przez pacjentkę będącej w ciąży, rejestratorki i operatora aparatu rentgenowskiego, przed wykonaniem badania.

Drzwi do pracowni rentgenowskich były oznakowane tablicą informacyjną ze znakiem ostrzegawczym przed promieniowaniem jonizującym.

(akta kontroli str. 359-366)

<sup>49</sup> Stanowiło to 50% osób zatrudnionych w powyższych warunkach (67 zatrudnionych). Wyboru dokonano losowo z wykorzystaniem wyboru interwałowego.

<sup>50</sup> Dz. U. Nr 180, poz. 1325, dalej „rozporządzenie w sprawie RTG”.

**1.15.** W pracowniach rentgenowskich znajdowały się wymagane przepisami rozporządzenia w sprawie RTG następujące dokumenty:

- zezwolenia na uruchomienie pracowni, uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich znajdujących się w pracowni;
- projekty pracowni/gabinetów wraz z projektami i opisem osłon stałych oraz wentylacji,
- dokumentacje techniczne dotycząca budowy, działania i obsługi aparatów rentgenowskich, w tym także urządzeń sygnalizacyjnych i blokujących;
- instrukcje obsługi i świadectwa wzorcowania aparatury dozymetrycznej, protokoły pomiarów dozymetrycznych;
- dokumentacje pokontrolne;
- Program Bezpieczeństwa RTG, instrukcja ochrony radiologicznej, Plan Awaryjny;
- dokumentacja po wykonanych wewnętrznych testach kontroli parametrów technicznych aparatów rentgenowskich oraz „paszporty poszczególnych urządzeń”;
- ewidencja: osób zatrudnionych w pracowni rentgenowskiej w podziale na odpowiednie kategorie narażenia, dawek otrzymywanych przez pracowników oraz orzeczeń lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do pracy pracowników na określonym stanowisku;
- program szkolenia i dokumenty potwierdzające jego realizację.

Zakres przeglądów i ich częstotliwość były zgodne z instrukcją producenta aparatury.

(akta kontroli str. 320, 359-362)

**1.16.** Dyrektor Szpitala, na podstawie otrzymywanych z Instytutu Fizyki Jądrowej PAN w Krakowie raportów z pomiarów dozymetrycznych wykonywanych podczas wzorcowania dozymetrów indywidualnych oraz środowiskowego, zaliczył obszar działania Zakładu Radiologii do terenu nadzorowanego. Ustalenie terenu Zakładu Radiologicznego jako terenu nadzorowanego było zgodne z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2007 r. w sprawie podstawowych wymagań dotyczących terenów kontrolowanych i nadzorowanych<sup>51</sup>.

(akta kontroli str. 561, 622)

**1.17.** W latach 2017-2020 (do 14 października) w Szpitalu zostały przeprowadzone trzy kontrole w zakresie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące. Jedną kontrolę przeprowadził Departament Ochrony Radiologicznej Państwowej Agencji Atomistyki<sup>52</sup>, a dwie Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny w Katowicach<sup>53</sup>. W wyniku przeprowadzonych kontroli nie wydano zaleceń pokontrolnych, jak również nie wydano żadnych decyzji administracyjnych. Żadna z kontroli przeprowadzonych przez Państwowego Inspektora Pracy nie dotyczyła tematyki niniejszej kontroli.

(akta kontroli str. 113, 233)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

<sup>51</sup> Dz. U. Nr 131, poz. 910.

<sup>52</sup> Kontrola została przeprowadzona 12 grudnia 2018 r. Dotyczyła zgodności wykonywanej działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, polegającej na stosowaniu urządzenia izotopowego z warunkami określonymi w zezwoleniu i z przepisami regulującymi działalność objętą zezwoleniem.

<sup>53</sup> Kontrola w dniach 13-15 lutego 2018 r. dotyczyła przestrzegania warunków ochrony radiologicznej w jednostkach organizacyjnych stosujących aparaty rentgenowskie do celów medycznych. Kontrola w dniu 24 sierpnia 2018 r. dotyczyła spełniania wymagań ochrony radiologicznej w Szpitalu w związku z wnioskiem o wydanie zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych, badań diagnostycznych i leczenia chorób nienowotworowych oraz zabiegów z zakresu radiologii zabiegowej.

W Szpitalu, przed zatrudnieniem pracownika w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, nie występowało z wnioskiem o uzyskanie stosownych informacji z rejestru dawek PAA wskazujących na ilość przyjętego promieniowania w poprzednim miejscu zatrudnienia przez nowo zatrudnionego.

(akta kontroli str. 373-375)

Tymczasem, zgodnie z art. 22 ust.1 Prawa atomowego kierownik jednostki organizacyjnej przed zatrudnieniem pracownika w warunkach narażenia jest obowiązany wystąpić do Prezesa PAA z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez tego pracownika w roku kalendarzowym, w którym występuje z wnioskiem, oraz w okresie czterech poprzednich lat kalendarzowych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „Zgodnie z zapisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 marca 2007 r. w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych, Prezes Państwowej Agencji Atomistyki prowadzi centralny rejestr dawek, obejmujący pracowników zaliczonych do kategorii A. Zatem nie posiada danych dotyczących pracowników niezaliczonych do tej kategorii, a pracownicy Szpitala są zaliczeni wyłącznie do kategorii B. Stąd też nie zwracano się o jakiegokolwiek informacje do Prezesa Agencji Atomowej.”

(akta kontroli str. 622)

Zdaniem NIK art. 22 ust. 1 Prawa atomowego wskazuje na pozyskanie informacji za czteroletni okres poprzedzający czas zatrudnienia nowego pracownika Szpitala, a nie pracowników już zatrudnionych. Ponadto, przepis nie ogranicza obowiązku uzyskania stosownych informacji wyłącznie do osób zaliczonych do kategorii A i wskazuje, że przed zatrudnieniem pracownika w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, kierownik jednostki winien zasięgnąć informacji w PAA.

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu została powołana Komisja BHP, która wraz z pracownikami Służby BHP przeprowadzała kontrole m.in. w zakresie ochrony pracowników przed narażeniem na promieniowanie jonizujące oraz na zranienia. Służba BHP sporządzała analizy stanu bhp, w których zawierała propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy. Oceny ryzyka zawodowego były aktualizowane zgodnie z przepisami. Szpital, w miarę możliwości finansowych, dokonywał zakupu bezpiecznych wyrobów medycznych w celu wywiązania się z obowiązku ochrony pracowników przed zranieniami. Pracownicy, których akta personalne zostały poddane analizie, byli systematycznie szkoleni w zakresie ekspozycji zawodowej na zranienia oraz w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym. W Szpitalu opracowano, wdrożono i aktualizowano procedury postępowania z ostrymi narzędziami oraz procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej. Pracownicy Służby BHP oraz IOR posiadali wymagane kwalifikacje. Szpital posiadał zezwolenia na prowadzenia działalności wykorzystującej promieniowanie jonizujące oraz na uruchomienie aparatury diagnostycznej ją wykorzystującej. IOR wypełniał swoje obowiązki zgodnie z określonymi obowiązkami oraz uprawnieniami.

Nieprawidłowym było zaniechanie przez Dyrektora Szpitala obowiązku uzyskania informacji z centralnego rejestru dawek w zakresie ilości dawek przyjętych przez kandydatów na pracowników wykonujących czynności zawodowe w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące.

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

Opis stanu faktycznego

**2.1.** Szpital posiadał Procedurę PJ – 44 zawierającą wszystkie elementy wymagane przepisami § 9 rozporządzenia ws. zranień. W ww. procedurze ustalono tryb postępowania pracownika w przypadku zaistnienia zdarzenia zranienia i narażenia, z godnie z którym natychmiast po zranieniu należało zdezynfekować i zaopatrzyć opatrunkiem wodoszczelnym ranę, zgłosić ekspozycję przełożonemu oraz skonsultować ją z Zespołem Komisji Zakażeń Szpitalnych lub lekarzem medycyny pracy. Następnie pracownik był zobowiązany do uzupełnienia formularza<sup>54</sup> oraz dokonania stosownego wpisu do raportu lekarskiego lub pielęgnarskiego. W dniu ekspozycji pracownik był także zobowiązany zgłosić się do „Punktu koordynującego gospodarką krwi” w celu wykonania badań, z kolei u osoby będącej źródłem ekspozycji należało przeprowadzić badania w kierunku: HBs – Ag, p/ciała anty – HCV oraz HBe – Ag, p/ciała HIV.

Zapoznanie się z ww. procedurą oraz zobowiązanie do stosowania jej zasad pracownicy potwierdzali poprzez podpisanie się na liście, stanowiącej załącznik do Procedury PJ 44. Wyegzekwowanie powyższego obowiązku należało do kierowników jednostek Szpitala. W taki sam sposób było potwierdzane zaznajomienie się pracowników ze zmianami w tej procedurze.

(akta kontroli str. 376, 396-399, 420-423, 451, 569-570)

**2.2.** W Szpitalu, odpowiednio do wymogu § 6 pkt 3 rozporządzenia ws. zranień, prowadzono wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w postaci „Tabeli zranień”. „Tabela zranień” zawierała kompletne zapisy oraz wszystkie elementy określone w § 10 ust. 1 tego rozporządzenia. Zapisy były dokonywane chronologicznie. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie „Tabeli zranień” był Zastępca Przewodniczącego Zespołu ds. Zranień. Wszystkie zranienia były także odnotowywane w zeszycie pn. „Ekspozycje zawodowe pracowników Szpitala”, w którym oprócz informacji dotyczących zdarzenia odnotowywano także informacje o zaleceniach lekarza zakładowego (rodzaj badania i wyniki), szczepieniach pracownika oraz wynikających z obserwacji ewentualnego leczenia. W celu zgłoszenia ekspozycji zawodowej polegającej na zranieniu opracowano Indywidualną kartę zgłoszenia. Zgodnie z procedurą PJ 44 pracownik w dniu ekspozycji zawodowej był zobowiązany do zgłoszenia zdarzenia przełożonemu oraz konsultacji z Zespołem ds. Zranień bądź lekarzem zakładowym. Następnie do jego obowiązków należało wypełnienie ww. Indywidualnej karty zgłoszenia oraz zgłoszenie się do „Punktu koordynującego gospodarkę krwi” celem wykonania badań.

(akta kontroli str. 129-168, 412-419, 434-445, 563, 590-606)

Oceny prawidłowości przeprowadzonych w kontrolowanym okresie postępowań poekspozycyjnych dokonano na podstawie wyników przeprowadzonego badania<sup>55</sup>, w których stwierdzono, że we wszystkich 57 przypadkach wszczęcie postępowania poekspozycyjnego nastąpiło w tym samym dniu lub po zakończeniu pracy (zmiany nocnej), wszystkie zdarzenia polegające na zranieniu zostały zakwalifikowane jako wypadek przy pracy, żaden ze zranionych pracowników nie potrzebował zwolnienia od pracy, w każdym przypadku zranienia pracodawca badał przyczyny i okoliczności zranienia i odnotował je w „Tabeli zranień” oraz poinformował o zdarzeniu lekarza

<sup>54</sup> „Indywidualna karta ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalnie infekcyjny materiał (IPIM)”

<sup>55</sup> Badaniu poddano wszystkie 57 przypadków zranień z lat 2017-2020.

sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną. W żadnym ze zbadanych przypadkach ekspozycji na zranienia nie doszło do zakażenia wirusem (HBV, HCV, HIV). Pracodawca w każdym analizowanym przypadku ponosił koszty profilaktyki poekspozycyjnej. W związku ze zdarzeniami nie zachodziła konieczność dokonania zmian w procedurach bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami. Dwóch pracowników spośród badanych przypadków miało za sobą doświadczenie zranienia bądź zakłucia<sup>56</sup>.

W czterech przypadkach (7% zbadanych zdarzeń) jego zgłoszenie bądź wypełnienie Indywidualnej karty zgłoszenia nastąpiło z opóźnieniem od jednego do 10 dni. Zastępca Przewodniczącego Zespołu ds. Zranień wyjaśnił, że opóźnienia wynikały przede wszystkim z późnej pory zakończenia pracy lub jej zakończenia przed weekendem, a zgłoszenie zdarzenia nastąpiło natychmiast po powrocie do pracy. W jednym przypadku opóźnienie 10-dniowe wystąpiło z powodu wykonywania w dniu zranienia szeregu zabiegów przez lekarza, a następnie dni wolnych z tytułu wziętego przez niego urlopu. Zgłoszenie zostało uzupełnione natychmiast po powrocie do pracy.

NIK zauważa, że zgodnie z Procedurą PJ 44 zgłoszenie zdarzenia powinno nastąpić w tym samym dniu, w którym wystąpiło, a nadzór nad realizacją postanowień ww. Procedury pełnią lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa lub koordynator danej jednostki organizacyjnej.

Stwierdzono także, że we wzorze Indywidualnej karty zgłoszenia brak było miejsca na wprowadzenie informacji o zgłoszeniu ekspozycji przełożonemu. Specjalista ds. epidemiologii Szpitala wyjaśniła, że w Procedurze PJ 44 nie określono w jaki sposób pracownik ma zgłosić przełożonemu przypadek ekspozycji zawodowej, a przyjętą w Szpitalu praktyką było powiadomienie ustne z możliwością wykorzystania połączenia telefonicznego. Dodała, że w wyniku niniejszej kontroli do Indywidualnej Karty zgłoszeniowej została dodana pozycja „Zgłoszenie przełożonemu” oraz „Odnutowano w raporcie”.

W ośmiu przypadkach (14% wszystkich zbadanych postępowań) pracownicy Szpitala nie wykonali wszystkich trzech badań kontrolnych krwi przewidzianych Procedurą PJ 44<sup>57</sup>. Wyjaśniając brak realizacji obowiązkowych badań Zastępca Przewodniczącego Zespołu ds. Zranień stwierdził, że „pracodawca zapewnił pracownikom eksponowanym wykonanie niezbędnych badań, których koszty pokrywał w całości Szpital, przeszkolił oraz poinformował pracowników o konieczności wykonania w/w badań oraz stosowania Procedury PJ 44”. Stwierdził także, że pracownicy zobowiązywali się do przestrzegania powyższej procedury, w tym do wykonania w terminie wszystkich trzech badań profilaktycznych. Dodał, że „do pracowników, którzy nie dostosowali się do procedury PJ 44 zostanie skierowane pismo celem wyjaśnienia nie wykonania badań w terminie ujętym w procedurze”.

W opinii NIK, brak odpowiedniego nadzoru nad realizacją profilaktyki poekspozycyjnej pracownika, przy jednoczesnym niewypełnieniu przez niego zaleceń, może w efekcie negatywnie wpłynąć na stan zdrowia takiego pracownika i jego zdolność do wykonywania zawodu.

---

<sup>56</sup> Pierwsza osoba - pielęgniarka, która uległa zakłuciu igłą w 2020 r. wcześniej uległa zakłuciu wenflonom w 2017 r. na tym samym oddziale laryngologicznym. Na tym samym oddziale lekarz dwukrotnie zakłuł się igłą: w 2017 i w 2020 roku.

<sup>57</sup> Procedura PJ 44 przewidywała badania kontrolne krwi w dniu ekspozycji, trzy miesiące i sześć miesięcy po zdarzeniu.

Zgodnie z Procedurą PJ 44 (pkt 4.1.) osobami odpowiedzialnymi za nadzór nad postępowaniem zgodnym z ww. Procedurą są: lekarz kierujący oddziałem szpitalnym, pielęgniarka oddziałowa, pielęgniarka koordynująca oraz kierownicy jednostek organizacyjnych Szpitala. Natomiast uprawnionym do nadzoru i kontroli sposobu postępowania poekspozycyjnego jest Zespół kontroli zakażeń Szpitalnych, lekarz medycyny pracy, pielęgniarki punktu koordynującego gospodarkę krwi oraz specjaliści BHP Szpitala.

Zdaniem NIK brak jednoznacznego wyznaczenia odpowiedzialności za nadzór nad sposobem przeprowadzenia postępowania poekspozycyjnego mogło przyczynić się do tego, że pracownicy po ekspozycji zawodowej nie wypełnili wszystkich swoich obowiązków wynikających z Procedury PJ 44 (w zakresie trzykrotnego wykonania badania krwi oraz niedopełnianie obowiązku wskazania osoby przyjmującej zgłoszenie o ekspozycji zawodowej).

Zastępca Przewodniczącego Zespołu ds. Zranień oświadczył, że „Pracodawca dołoży wszelkich starań w celu wzmożenia kontroli nad terminowością wykonywanych badań wynikających ze zranień. Pracownik wyznaczony przez Pracodawcę do nadzoru będzie informował poszkodowanego o zbliżającym się terminie kolejnych badań”.

(akta kontroli str. 412-419, 563, 573-606, 623-626)

**2.3.** Szpital w okresie objętym kontrolą poniósł łączne koszty postępowań poekspozycyjnych<sup>58</sup> w wysokości 23 095 zł, z czego 5 115 zł poniesiono w 2017 r., 6 235 zł w 2018 r., 8 770 zł w 2019 r. i 2 975 zł w I półroczu 2020 r. Koszty profilaktyki poekspozycyjnej zostały poniesione z tytułu porad uzyskanych przez pracowników Szpitala w Poradni Diagnostyki i Terapii AIDS Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie<sup>59</sup> wyniosły w okresie objętym kontrolą 3 542,3 zł z czego 1 116,3 zł w 2017 r., 2 306 zł w 2018 r. i 120 zł w 2019 r. W okresie objętym kontrolą nie były prowadzone przeciwko Szpitalowi żadne postępowania sądowe z tytułu ekspozycji zawodowej, jak również nie zostały wypłacone żadne odszkodowania z tytułu ekspozycji zawodowej na zranienia.

(akta kontroli str. 563, 574-589, 607-618)

**2.4.** W Szpitalu był realizowany obowiązek sporządzania „Raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w Szpitalu w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych”<sup>60</sup>, określony w § 11 ust. 1 rozporządzenia ws. zranień. Odpowiednio do postanowień § 12 tego rozporządzenia pierwszy Raport o BHP został opracowany 27 lutego 2014 r. Kolejne Raporty były opracowywane nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy oraz zawierały większość wymaganych elementów określonych w § 11 ust. 2 ww. rozporządzenia. W ww. raportach brak było tabelarycznych zestawień stosowanych w Szpitalu rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem. W raportach wskazano, że ww. zestawienia są umieszczone na wewnętrznym portalu Szpitala.

Raporty o BHP udostępniano pracownikom w wersji papierowej oraz na portalu wewnętrznym Szpitala. Kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala byli

<sup>58</sup> Do kosztów postępowań poekspozycyjnych zaliczane były koszty poniesione z tytułu wszystkich badań krwi, w tym dodatkowych na obecność wirusa HIV.

<sup>59</sup> Porady były udzielane na podstawie umowy NR CRU/615/2009 zawartej pomiędzy Szpitalem a Szpitalem Specjalistycznym w Chorzowie 15 marca 2009 r. Umowa była Aneksowana w 2011 r.

<sup>60</sup> Dalej „Raport o BHP”.

zobowiązani do przekazywania swoim podwładnym ww. raportów w celu zapoznania się z ich treściami.

(akta kontroli str. 129-158, 563, 569-572)

Na podstawie informacji zawartych w ww. raportach za lata 2017-2020 (do 30 czerwca) oraz danych zawartych w „Tabelach zranień” za ww. okres stwierdzono, że w Szpitalu doszło (łącznie) do 57 zranień<sup>61</sup>.

W obowiązującym „Wykazie ostrych narzędzi stosowanych w Szpitalu” wskazano odpowiedniki bezpiecznych narzędzi dla: „igieł ze światłem”, kaniuli dożylnych, nakłuwaczy-lancetronów, nożyczek, skalpeli oraz strzykawek.

W Raportach o BHP zalecano przeprowadzanie dodatkowych szkoleń przypominających wymogi związane z zachowaniem bezpieczeństwa podczas prac z zastosowaniem ostrego sprzętu medycznego. Wskazywano także na konieczność dokonywania zakupów bezpiecznych wyrobów medycznych. Powyższe zalecenia zostały wykonane poprzez przeprowadzenie dodatkowych szkoleń z zakresu zranień oraz dokonanie zakupów bezpiecznych wyrobów medycznych w wyniku przeprowadzonych przetargów.

(akta kontroli str. 129-158, 630-639)

**2.5.** Szpital posiadał Plan awaryjny opracowany w 2016 r. Jego przeglądu dokonano w grudniu 2017 r., a następny został zaplanowany zgodnie z założeniami określonymi w Planie awaryjnym po trzech latach, tj. w grudniu 2020 r. Ćwiczenia awaryjne przeprowadzono 18 grudnia 2017 r., z przeprowadzenia których sporządzono raport. Plan awaryjny zawierał następujące elementy:

- dane podstawowe odnoszące się do: jednostki organizacyjnej, jej kierownika, rodzaju działalności związanej z narażeniem, inspektora ochrony radiologicznej, miejsca przechowywania planów jednostki organizacyjnej zawierających rozmieszczenie źródeł zagrożenia radiacyjnego, oraz numery telefonów i faksów różnych instytucji ratunkowych;
- postępowanie pracownika stwierdzającego zaistnienie zdarzenia radiacyjnego;
- opis potencjalnych sytuacji i procedur awaryjnych;
- postępowanie kierownika jednostki organizacyjnej polegające na powiadomieniu odpowiednich służb oraz podjęciu wstępnych działań organizacyjnych i czynności końcowych;
- informacje dotyczące ćwiczeń okresowych.

Treść Planu awaryjnego była zgodna ze wzorem zawartym w Załączniku Nr 1 B do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych<sup>62</sup>.

Dyrektor ds. ekonomicznych Szpitala stwierdziła, że ze względu na brak aktualnych przepisów wykonawczych Plan awaryjny nie został dostosowany do obowiązujących wymagań. Dodała, że „po ukazaniu się stosownych wytycznych (...) Plan awaryjny zostanie zgodnie z nimi aktualizowany”.

W okresie objętym kontrolą na terenie Szpitala nie doszło do zdarzenia radiacyjnego.

(akta kontroli str. 290-300, 561, 641)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W Raportach o BHP opracowywanych w poszczególnych latach objętych kontrolą brak było tabelarycznych zestawień stosowanych w Szpitalu rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem tych, które zawierały rozwiązania chroniące przed

<sup>61</sup> Z czego w 2017 r. – 13, w 2018 r. – 17, w 2019 r. 20 i w 2020 r. – 7.

<sup>62</sup> Dz. U. Nr 20, poz. 169 ze zm., uchylony z dniem 23 września 2019 r.

zranieniem. Powyższe zestawienia były wymagane przepisem § 11 ust. 2 pkt 2) rozporządzenia ws. zranień. W Raportach o BHP znajdowała się informacja o tym, że „wykaz ostrych narzędzi jest dostępny na portalu szpitalnym”.

(akta kontroli str. 129-158)

Przewodnicząca Zespołu ds. Zranień wyjaśniła, że brak tabelarycznych zestawień w Raportach o BHP wynikał z faktu, że wykazy ostrych narzędzi stosowanych w Szpitalu nie ulegały zmianom, a ponadto były one na bieżąco udostępniane na internetowym portalu wewnętrznym Szpitala. Dodała, że w publikowanych na portalu Szpitala wykazach zaznaczano pozycje dla odpowiedników bezpiecznych narzędzi i wyrobów medycznych. Zobowiązała się także do zamieszczania w przyszłych Raportach o BHP tabelarycznych zestawień ostrych narzędzi stosowanych w Szpitalu.

Raporty o BHP były przygotowywane przez przewodniczącą Zespołu ds. Zranień, a zatwierdzane przez Dyrektora Szpitala bądź lekarza naczelnego Szpitala

(akta kontroli str. 129-158, 569-572, 630)

NIK zauważyła, że przepisy rozporządzenia ws. zranień jednoznacznie określają jakie informacje winien zawierać Raport o BHP, w tym tabelaryczne zestawienie rodzajów ostrych narzędzi.

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu opracowano i wdrożono Procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienie PJ-44, choć nie wszystkie jej postanowienia były właściwie wypełniane przez pracowników. Rzetelnie prowadzono wykazy zranień i terminowo sporządzano Raporty o BHP. Jako nieprawidłowe działanie NIK oceniła niezamieszczanie w Raportach o BHP wymaganych przepisami tabelarycznych wykazów ostrych narzędzi stosowanych w Szpitalu.

## IV. Wnioski

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

#### Wnioski

- 1. Zapewnienie występowania 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.**
- 2. Zapewnienie sporządzania Raportów o BHP zawierających wszystkie wymagane informacje.**

## 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 Katowicach. 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.

Katowice, dnia 31 grudnia 2020 r.

**Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Katowicach**

**Kontroler  
Dariusz Bienek  
Gł. specjalista kontroli państwowej**

.....