

ZACHODNIOPOMORSKI
PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
w Szczecinie
70-632 Szczecin, ul. Spedytorska 6/7
Tel. 91 462 40 60; fax 91 462 46 40

*Artykuł
17.03.16 Kandydaci*

Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.
wpłynęła dnia2016-03-17
sekretariat L. dz. 1171

PROTOKÓŁ KONTROLI

NEP.9020.1.4.2016

Świnoujście, dnia 16.03.2016r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

Annę Misiewicz – Asystenta Oddziału Epidemiologii, upoważnienie nr ZPWIS.057.3.20.2016 z dnia 15.03.2016r.;

Alicję Tandek – Młodszego Asystenta Oddziału Epidemiologii, upoważnienie nr ZPWIS.057.3.20.2016 z dnia 15.03.2016r.;

Agnieszkę Golisz – Starszego Asystenta Oddziału Higieny Komunalnej, upoważnienie nr ZPWIS.057.3.20.2016 z dnia 15.03.2016r.;

Joannę Januszkiewicz – Starszego Asystenta Oddziału Higieny Komunalnej, upoważnienie nr ZPWIS.057.3.20.2016 z dnia 15.03.2016r.;

Małgorzatę Owczarek – Starszego Asystenta Oddziału Higieny Żywności, Żywnienia i Przedmiotów Użytku, upoważnienie nr ZPWIS.057.3.20.2016 z dnia 15.03.2016r.;

pracowników upoważnionych przez **Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie**

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 1412) w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Szpital Miejski im. Jana Garduły Sp. z o.o.
ul. Mieszka I 7, 72-600 Świnoujście

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Ryszard Chmurowicz – p.o. Prezes Zarządu, Przewodniczący Rady Nadzorczej
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

I.3. NIP 855-15-83-467 REGON 812046670 PESEL: nie dotyczy

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Ryszard Chmurowicz – p.o. Prezes Zarządu, Przewodniczący Rady Nadzorczej

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę*
(imię i nazwisko, stanowisko)

██████████ – Naczelną Pielęgniarką
██████████ – Pielęgniarką Epidemiologiczną
██████████ – Kierownik Sekcji Gospodarczej
██████████ – Pielęgniarką Oddziałową Oddziału Wewnętrznego
██████████ – Kierownik Działu Technicznego

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 16.03.2016r. godz. 10:00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

- kontrola tematyczna z zakresu przestrzegania procedur przeciwepidemicznych oraz ocena stanu sanitarno- higienicznego w Oddziale Wewnętrznym;

- przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące utrzymania należytego stanu sanitarno - higienicznego obiektów służby zdrowia z zakresu postępowania z bielizną szpitalną, postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi, postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, zaopatrzenia w wodę,
- przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczących: przechowywania żywności oraz warunków żywienia zbiorowego;
- sprawdzenie przestrzegania przepisów dotyczących zakazu palenia tytoniu na terenie szpitala zgodnie z ustawą z dn. 09.11.1995r. *o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* (tj. Dz. U z 2015r.,poz.298).

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie *(stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):*

W zakresie Epidemiologii:

W trakcie kontroli stwierdzono, iż stan formalno - prawny szpitala nie uległ zmianie w stosunku do poprzedniej kontroli, t.j. od dnia 15.12.2015r. szpital funkcjonuje jako Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu Spółka z o.o. przy ul. Mieszka I 7.

W stosunku do kontrolowanego podmiotu prowadzone jest postępowanie administracyjne w związku z:

- decyzją Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie znak: NEP.9020.7.2011 z dnia 14.10.2011r. zmienioną decyzjami znak: NEP.9020.7.2011 z dnia 27.12.2011r., znak: NEP.9020.7.2011 z dnia 03.01.2013r. i znak: NEP.9020.7.2011 z dnia 02.08.2013r., znak: NEP.9020.7.2011 z dnia 26.03.2014r., NEP. 9020.7.2011 z dnia 13.01.2016r. w niżej wymienionym punkcie:
 - pkt 2. zapewnienie składu osobowego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych zgodnego z ustawą z dnia 5 grudnia 2008r. *o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2013, poz. 947 z późn. zm.) z terminem realizacji **do dnia 31.12.2016r.**

Przeprowadzono kontrolę tematyczną z zakresu przestrzegania procedur przeciwepidemicznych oraz ocenę stanu sanitarno-higienicznego w Oddziale Wewnętrznym.

Oddział Wewnętrzny zlokalizowany jest na 3 piętrze budynku Szpitala i składa się z następujących pomieszczeń:

-13 sal chorych, w tym 4 sale-2 osobowe oraz 9 sal 3- osobowych. W każdej sali wyodrębniony węzeł sanitarny, w którym zamontowana jest umywalka z dozownikiem z mydłem w płynie, pojemnikiem z ręcznikami jednorazowego użycia, pojemnik na zużyte ręczniki oraz miska ustępowa i prysznic, w węzłach tych zastosowano poręcze dla niepełnosprawnych. **W węzłach sanitarnych przy salach chorych (nr 8,9,10,11,12), wokół brodzików przy prysznicach zagrzybiona, z ubytkami fuga.** Trzy sale chorych 2- osobowe z przedsionkiem i węzłem sanitarnym w razie potrzeby spełniają funkcję izolatki. Podczas kontroli na jednej z takich sal izolowano pacjenta z rozpoznaną grypą typu B. Przed salą znajdował się stolik z fartuchami jednorazowego użytku i масечkami, a także pojemniki na medyczne odpady zakaźne.

- 1 sala intensywnego nadzoru - 4 stanowiskowa, wyposażona m.in. w szafki do przechowywania sprzętu i leków, w umywalkę z dozownikiem na mydło w płynie, dozownikiem ze środkiem do dezynfekcji rąk, podajnikiem na ręczniki jednorazowe i pojemnikiem na zużyte ręczniki, ssaki, a także niezbędny sprzęt do monitorowania stanu pacjenta. **W oddziale brak pomieszczenia higieniczno- sanitarnego, które jest ogólnodostępne dla wszystkich pacjentów, dlatego pacjenci chodzący przebywający na**

sali intensywnego nadzoru korzystają z węzłów sanitarnych wyodrębnionych w poszczególnych salach chorych.

-gabinet zabiegowy – wyposażony m.in. w umywalkę z dozownikiem na mydło w płynie, zlew dwukomorowy, dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, podajnik na ręczniki jednorazowe i pojemnik na zużyte ręczniki, 2 lodówki: na leki i resztki poprzetoczeniowe, szafki do przechowywania sprzętu i leków, stanowisko komputerowe. W oddziale używany jest głównie sprzęt jednokrotnego użycia, dezynfekcji wstępnej poddawane są jedynie kieliszki do leków, nożyczki oraz statywy na próbówki. Wg oświadczenia Pielęgniarki Oddziałowej igły stosowane do penów insulinowych wymieniane są każdorazowo dla jednego pacjenta. **Gabinet zabiegowy usytuowany jest poza obrębem oddziału (oddzielony od oddziału drzwiami szklanymi). Lokalizacja gabinetu poza bezpośrednim sąsiedztwem dyżurki pielęgniarek i sal chorych uniemożliwia prawidłowe wykorzystanie tego pomieszczenia, a także wpływa na dezorganizację pracy personelu medycznego ponieważ jednorazowy sprzęt medyczny nie jest usytuowany w podręcznym miejscu, a krew pacjentów pobierana jest wyłącznie na salach chorych. W szpitalu nie pobiera się krwi w systemie zamkniętym, krew pobierana jest do strzykawki następnie rozlewana do poszczególnych próbek co wpływa na duże ryzyko kontaktu z materiałem biologicznym personelu pobierającego krew od pacjenta. Na korytarzu usytuowane otwarte szafki (półki) z podręcznym sprzętem jednorazowym (koreczki jednorazowe), miskami dla chorych (miski w workach foliowych).**

- punkt pielęgniarski połączony bezpośrednio z ciągiem komunikacyjnym oddziału, w którym znajduje się szafa z lekami doustnymi, a także monitory rejestrujące parametry życiowe pacjentów znajdujących się na sali intensywnego nadzoru. Punkt połączony bezpośrednio z pokojem socjalnym.

-brudownik – składa się z 2 pomieszczeń. W jednym pomieszczeniu usytuowana umywalka, w drugim pomieszczeniu również usytuowana jest umywalka z dozownikiem na mydło w płynie, dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, podajnik na ręczniki jednorazowe i pojemnik na zużyte ręczniki, nisko usytuowany zlew, szafka na baseny, kaczki, szafka na preparaty myjąco – dezynfekujące, płuczka- dezynfektor oraz pojemnik do dezynfekcji kaczek i basenów w razie awarii płuczki, a także pomocniczo w przypadku stosowania dużej ilości kaczek i basenów.

-3 pomieszczenia gospodarcze, w których znajdują się osobno: materiały medyczne, sprzęt jednokrotnego użycia oraz zapasy leków wykorzystywanych w oddziale.

-magazyn pościeli czystej;

Poza obrębem oddziału zlokalizowane są ponadto:

-gabinety lekarskie;

-pomieszczenie gospodarcze służące do mycia wózków z nisko usytuowanym zlewem;

-pokój socjalny;

-toaleta przystosowana dla osób niepełnosprawnych;

-toaleta dla personelu.

Ostatnia kontrola wewnętrzna w oddziale przeprowadzona była przez pielęgniarkę epidemiologiczną w dniu 15.10.2015 r. dot. stanu sanitarno-technicznego, wykazano liczne nieprawidłowości, wydano zalecenie (zał.)

Ponadto sprawdzono prowadzenie kart pacjentów w zakresie stosowania procedur przeciwepidemicznych tj. sprawdzono indywidualną dokumentację pielęgniarską pacjentów, karty procesu pielęgnowania pacjentów, gdzie odnotowywana jest obserwacja i założenie cewników moczowych. Natomiast obserwacja i złożenie wkłuc obwodowych odnotowywane jest na specjalnie do tego przystosowanej karcie gorączkowej. Do obserwacji wkłuc centralnych stosowana jest indywidualna karta wkłucia centralnego (zał.).

Szczegółowy opis Oddziału znajduje się w załączniku do protokołu F/EP/14 „Ocena oddziału szpitalnego” (wyd. z dn. 8.05.2012r.).

W zakresie higieny komunalnej:

W stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjne i egzekucyjne. W dniu 16.03.2016 r. skontrolowano obiekt szpitala w zakresie: postępowania z bielizną szpitalną, miejsce mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego, miejsce gromadzenia odpadów komunalnych, prosektorium i postępowanie ze zwłokami, zaopatrzenie w wodę wraz z rezerwowym źródłem wody.

Zaopatrzenie w wodę:

Podstawowym źródłem zaopatrzenia Szpitala w wodę jest wodociąg sieciowy, obowiązuje umowa na zaopatrzenie w wodę i odprowadzanie ścieków, zawarta na czas nieokreślony z Zakładem Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o. o. w Świnoujściu, ul. Kołłataja 4, Nr 108/2004 z dnia 19.08.2004 r.

Rezerwowe źródło zaopatrzenia szpitala w wodę stanowi zbiornik retencyjny o pojemności 210 m³ napełniany wodą pochodzącą z sieci miejskiej. Budynek jest jednokondygnacyjny, częściowo zagłębiony, poniżej poziomu terenu, o dł. 11,89 m i szer, 8,24m o pow. zabudowy łącznej 97,97m². Zbiornik umożliwia pokrycie pełnego zapotrzebowania na cele gospodarcze szpitala przez co najmniej 1 dobę.

Woda jest uzdatniana ditlenkiem chloru dozowanym automatycznie do zbiornika retencyjnego w pomieszczeniu hydroforni. Ściany hydroforni od wewnątrz wybielkowane na białą, lecz z widocznymi śladami łuszczącej się farby z tynkiem, które wymagają odnowienia. Teren wokoło hydroforni jest utrzymany czysto.

Postępowanie z bielizną szpitalną:

Pranie bielizny szpitalnej i odzieży wykonuje pralnia zewnętrzna. Szpital posiada umowę z firmą Zakładem Usług Pralniczych Sp. J. Henryka Różalska Katarzyna Karasiewicz, ul. Lipowa 11, 76-032 Mielenko, Nr 10/Pranie/2015 z dnia 02.01.2015 r. ważną od 02.01.2015 r. do 31.12.2016 r. na pranie, napraw, dezynfekcji bielizny szpitalnej i odzieży operacyjnej, bielizny i odzieży noworodkowej oraz własnej odzieży roboczej pracowników. Usługi te obejmują odbiór, transport bielizny czystej i brudnej oraz usług naprawczych bielizny szpitalnej i bielizny.

Magazyn bielizny czystej: W szpitalu znajduje się 1 centralny magazyn bielizny czystej na parterze budynku, utrzymany jest w dobrym stanie sanitarno – technicznym. Posiada podłogę (wykonaną z terakoty) i ściany (pomalowane farbą emulsyjną). Bielizna czysta z pralni składowana jest w magazynie bielizny czystej na metalowych regałach. Bielizna ułożona jest asortymentowo (poszewki, powłóczki, piżamy, fartuchy, itp.) i zafoliowana. Stan sanitarno – techniczny i sanitarno – porządkowy zachowany. Na oddziały szpitalne bielizna czysta dostarczana jest zamykanym, oznakowanym wózkiem na kółkach (kontener). Wózek w chwili kontroli w stanie sanitarno – technicznym dobrym. W dniu kontroli skontrolowano magazyn bielizny czystej na oddziale chirurgii. Pomieszczenie posiada posadzkę z terakoty, ściany pomalowane farbą w stanie sanitarno – technicznym dobrym. Bielizna czysta ułożona asortymentowo w workach na metalowych regałach. Stan sanitarno – techniczny zachowany.

Magazyn bielizny brudnej: W szpitalu znajduje się 1 centralny magazyn bielizny czystej na parterze budynku, utrzymany jest w dobrym stanie sanitarno – technicznym. Posiada podłogę (wykonaną z terakoty) i ściany (wykonane z glazury) z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję. Bielizna brudna z oddziałów zapakowana w foliowych workach, lokowana jest w magazynie na metalowych regałach. Półki regałów wygięte, z widocznymi śladami rdzy, korozji, wymagają odnowienia lub wymiany.

Na oddziałach szpitalnych bielizna brudna składowana jest w zamykanych pojemnikach w przystosowanych pomieszczeniach – brudownikach. (w workach na stelażu).

W obiekcie obowiązuje Instrukcja nr I-68/13 pt. Postępowanie w magazynie bielizny brudnej w zakresie utrzymania właściwego stanu sanitarno – higienicznego pomieszczenia” oraz bielizny czystej- Instrukcja nr I-67/13 pt. Postępowanie w magazynie bielizny czystej w zakresie utrzymania właściwego stanu sanitarno – higienicznego pomieszczenia” oraz Instrukcja nr I-66/13 pt. Postępowanie z bielizną czystą i brudną w oddziałach szpitalnych”.

Postępowanie z odpadami medycznymi:

Szpital posiada umowę na odbiór odpadów medycznych, niebezpiecznych z firmą posiadającą wymagane zezwolenie, tj. z firmą Z.T.H. KONCA z siedzibą w Szczecinie, ul. Asnyka 9a, Nr 73/TrOMed/2013 z dnia 10.06.2013 r. obowiązującą do dnia 31.05.2016 r.

Umowa obejmuje odbiór (zbieranie i transport) i unieszkodliwianie odpadów medycznych uznanych za odpady niebezpieczne o kodach: 18 01 01, 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 04*, 18 01 06*, 18 01 09*. Odbiór odpadów następuje trzy razy w tygodniu (poniedziałek, środa, piątek) od 7:00 do 13:00 oraz na zgłoszenie telefoniczne wg potrzeb.

Odpady medyczne wytwarzane na oddziałach szpitalnych zbiera się w gabinecie zabiegowym w foliowych czerwonych workach i pojemnikach o sztywnych ściankach przeznaczonych na odpady o ostrych końcach. W obiekcie szpitala wyróżnia się 2 magazyny odpadów medycznych. Pomieszczenia te są zamykane, zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni, powierzchnie ścian, podłóg są gładkie, równe odporne na działanie środków dezynfekcyjnych, wyposażone w kontenery (w 1 magazynie stoją 3 kontenery w drugim magazynie stoją 2 kontenery). Kontenery o poj. 1100 l każdy, zamykane klapą. Odpady medyczne w kontenerach są opisane. Temperatura w obu magazynach wynosiła: 4°C i 5°C. W pobliżu, obok magazynów znajduje się pralnia do prania mopów, wyposażona w 1 pralkę i 1 suszarkę. Ponadto znajduje się tam umywalka z bieżącą ciepłą i zimną wodą oraz środkami do mycia i dezynfekcji rąk.

W obiekcie znajduje się ponadto pomieszczenie przeznaczone do przechowywania szczątków ludzkich o kodzie 18 01 02* w specjalnej zamrażarce. Temp. w zamrażarce -2°C. Ściany i podłogi magazynu wykonane z materiałów gładkich, zmywalnych (płytki, terakota). Ww. pomieszczenia utrzymane w stanie sanitarno – technicznym dobrym.

W dniu kontroli skontrolowano gabinet zabiegowy na oddziale chirurgii.

Odbiór odpadów medycznych ze szpitala odbywa się co 3 dni.

Odpady medyczne o kodzie 18 01 02 *, 18 01 03 *. Okazano do wglądu karty przekazania:

- Nr 26/2016/02.02 dla kodu odpadu 18 01 02*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 29.02.2016;
- Nr 24/2016/02.02 dla kodu odpadu 18 01 02*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 26.02.2016.
- Nr 22/2016/02.02 dla kodu odpadu 18 01 02*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 24.02.2016.
- Nr 20/2016/02.02 dla kodu odpadu 18 01 02*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 22.02.2016.
- Nr 18/2016/02.02 dla kodu odpadu 18 01 02*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 19.02.2016.
- Nr 16/2016/02.02 dla kodu odpadu 18 01 02*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 17.02.2016
- Nr 14/2016/02.02 dla kodu odpadu 18 01 02*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 15.02.2016
- Nr 25/2016/02.03 dla kodu odpadu 18 01 03*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 29.02.2016
- Nr 23/2016/02.03 dla kodu odpadu 18 01 03*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 26.02.2016
- Nr 21/2016/02.03 dla kodu odpadu 18 01 03*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 24.02.2016

- Nr 19/2016/02.03 dla kodu odpadu 18 01 03*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 22.02.2016
- Nr 17/2016/02.03 dla kodu odpadu 18 01 03*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 19.02.2016
- Nr 15/2016/02.03 dla kodu odpadu 18 01 03*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 17.02.2016
- Nr 29/W/57/2/I/GR dla kodu odpadu 18 01 02*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 29.01.2016;
- Nr 29/W/57/1/I/GR dla kodu odpadu 18 01 02*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 27.01.2016;
- Nr 25/W/48/1/I/GR dla kodu odpadu 18 01 02*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 25.01.2016;
- Nr 22/W/42/2/I/GR dla kodu odpadu 18 01 02*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 22.01.2016;
- Nr 22/W/42/1/I/GR dla kodu odpadu 18 01 02*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 20.01.2016;
- Nr 29/W/58/1/I/GR dla kodu odpadu 18 01 03*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 29.01.2016;
- Nr 29/W/58/2/I/GR dla kodu odpadu 18 01 03*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 27.01.2016;
- Nr 22/W/49/4/I/GR dla kodu odpadu 18 01 03*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 25.01.2016;
- Nr 22/W/43/3/I/GR dla kodu odpadu 18 01 03*, przekazanie i przejęcie odpadu ZTH Konca w dniu 22.01.2016.

Na podstawie ww. dokumentów stwierdzono, że odpady o kodach 18 01 03* oraz 18 01 02* odbierane są z częstotliwością nie przekraczającą 72 godzin. Karty wystawiane są oddzielnie wg kodu odpadu 18 01 03* oraz 18 01 02*. Powyższe dokumenty są zgodne z zał. Nr 1 do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 12.12.2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz. U. z 2014 poz.1973). Ponadto okazano dokument potwierdzający unieszkodliwienie odpadów medycznych, z dnia 17.02.2016 r. nr 64/01/2016 za styczeń 2016. Spalanie odpadów medycznych dokonywane jest w spalarni szpitala Gryfice, ul. Niechorska 27. W obiekcie obowiązuje Instrukcja nr I-40/13 pt. „Postępowanie w magazynie czasowego przechowywania odpadów medycznych” oraz Procedura nr P-30/14 pt. „Postępowanie z odpadami medycznymi”.

Postępowanie z odpadami komunalnymi:

Szpital posiada umowę na odbiór odpadów komunalnych nr 31/SM/2016 z dnia 04.01.2016 r. z Remondis Szczecin Sp. z o. o. ul. J. Smoleńskiej, 71-005 Szczecin, Oddział w Świnoujściu, na czas określony do dnia 31.12.2016 r. w zakresie wywozu odpadów stałych komunalnych. Odpady komunalne gromadzone są w 2 kontenerach, (1 kontener o poj. 1100 l-makulatura, 1 kontener 7m³) które ulokowane są na twardym podłożu. Stan sanitarno – techniczny kontenerów jest dobry, teren wokoło nich nie budzi zastrzeżeń.

Kontener na makulaturę wywożony jest 1 raz w tygodniu, drugi kontener na odpady komunalne wywożony jest z częstotliwością 2 razy w tygodniu.

Mycie i przechowywanie środków transportu:

Pomieszczenie przeznaczone do mycia, dezynfekcji i przechowywania wewnętrznych środków transportu wielokrotnego użytku, znajduje się w wydzielonym miejscu. Posiada ściany wykafelkowane, posadzkę z terakoty, wpust do kanalizacji zabezpieczony kratką, nisko zawieszoną umywalkę, z bieżącą wodą, środki do mycia i dezynfekcji, kosz na odpady, mydło w płynie, ręczniki papierowe.

Postępowanie ze zwłokami i szczątkami ludzkimi:

Prosektorium zlokalizowane jest na parterze budynku. Dojazd wózków ze zwłokami odbywa się ciągiem komunikacyjnym zewnętrznym. Budynek posiada osobne wejścia dla personelu, przywożonych zwłok, rodziny zmarłego i wydawania zwłok. W skład zakładu wchodzi: prosekтура (część sekcyjna) pomieszczenie chłodni (liczba miejsc w chłodni 6), pomieszczenie do ubierania zwłok, biuro. We wszystkich pomieszczeniach okna są zabezpieczone, wykonane ze szkła mrożonego. Transport zwłok odbywa się przy użyciu środka transportu (wózka) o przestrzeni ładunkowej zamkniętej. Wózków jest 3, w stanie sanitarno – technicznym dobrym. Sekcji się nie przeprowadza. Bieżący stan sanitarny w kontrolowanym zakresie zachowany. W szpitalu znajduje się 1 pomieszczenie pro morte, na oddziale wewnętrznym. Ściany i podłoga wyłożona jest płytkami terakotą. Na wyposażeniu jest umywalka z bieżącą ciepłą i zimną wodą, płynami do mycia i dezynfekcji rąk, regał metalowy, gdzie półki regałów są z widocznymi śladami rdzy, korozji, wymagają odnowienia lub wymiany, lampa bakteriobójcza.

W obiekcie obowiązuje Instrukcja nr I-14/14 pt. „Postępowanie ze zwłokami osoby zmarłej w szpitalu”.

W obiekcie obowiązuje m. In. Instrukcja:

1. Instrukcja nr I-60/13 pt. „Ogólne zasady utrzymania czystości w szpitalu wraz z planem higienicznym utrzymania czystości toalet, łazienek, brudowników, pomieszczeń gospodarczych i pomieszczenia pro morte.

Zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. *o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* (t.j. Dz.U. z 2015r., poz. 298), obiekt wyposażono w oznakowanie słowne i graficzne informujące o zakazie palenia na terenie Szpitala Miejskiego *im. Jana Garduły* w Świnoujściu Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Mieszka I 7. W dniu kontroli nie stwierdzono naruszenia przepisów ww ustawy.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: Laptop, drukarka,

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki:

nie dotyczy

III.4. Korzystano z wyników badań i pomiarów:

nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- wybrane procedury obowiązujące w oddziale wewnętrznym;
- indywidualną dokumentację pielęgniarstwa pacjentów.

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

1. w węzłach sanitarnych przy salach chorych (nr 8,9,10,11,12), wokół brodzików przy prysznicach zagrzybiona, z ubytkami fuga;
2. gabinet zabiegowy usytuowany jest poza obrębem oddziału (oddzielony od oddziału drzwiami szklanymi). Lokalizacja gabinetu poza bezpośrednim sąsiedztwem dyżurki pielęgniarek i sal chorych uniemożliwia prawidłowe wykorzystanie tego pomieszczenia, a także wpływa na dezorganizację pracy personelu medycznego ponieważ jednorazowy sprzęt medyczny nie jest usytuowany w podręcznym miejscu, a krew pacjentów pobierana jest wyłącznie na salach chorych.
3. w szpitalu nie pobiera się krwi w systemie zamkniętym, krew pobierana jest do strzykawki następnie rozlewana do poszczególnych próbek co wpływa na duże ryzyko kontaktu z materiałem biologicznym personelu pobierającego krew od pacjenta.
4. Na korytarzu usytuowane otwarte szafki (półki) z podręcznym sprzętem jednorazowym (koreczki jednorazowe), miskami dla chorych (miski w workach foliowych).

Nieprawidłowość w pkt. 1 stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5.12.2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2013r. poz. 947 z późn. zm.).

Nieprawidłowość w pkt. 2 stanowi naruszenie zał. nr 1 pkt II Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012, poz. 739);

Nieprawidłowość w pkt. 3 i 4 stanowi naruszenie art. 11, 14 ustawy z dnia 5.12.2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2013r. poz. 947 z późn. zm.).

Z zakresu higieny komunalnej:

1. Ściany hydroforni od wewnątrz, wybialkowane na biało, lecz z widocznymi śladami łuszczącej się farby z tynkiem, które wymagają odnowienia.

Powyższe stanowi naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (j. t. Dz. U. z 2013 r. poz. 947) właściciel, posiadacz lub zarządzający nieruchomością są zobowiązani utrzymywać ją w należytym stanie higieniczno - sanitarnym w celu zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym.

Czynności kontrolne w zakresie ustalenia nieprawidłowości, tj. lustracja, omówienie oraz opisanie pomieszczeń, w których stwierdzono nieprawidłowości prowadzono łącznie w czasie 30 minut.

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

- załącznik F/EP/14 „Ocena oddziału szpitalnego” (wyd. z dn. 8.05.2012r.) - do wglądu w siedzibie ZPWIS w Szczecinie;
- protokół kontroli wewnętrznej z dnia 15.10.2015 r. nr 25;
- karta włączenia centralnego;
- protokół kontroli znak: NHŻ.9020.1.18.2016 z dnia 16.03.2016 r.

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Nie dotyczy

Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt nie nałożono/ nałożono**

mandat karny na

.....
 (imię i nazwisko, stanowisko)
w wysokości..... na podstawie art.....
 (nr mandatu karnego) (podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

Dokonano/nie dokonano wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli****

Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski**

zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli ** :

- przeprowadzić szkolenie wewnętrzne z okresu utrzymania u pacjentów cewników do pęcherza moczowego, stosowanych w Oddziale Wewnętrznym;
- zaktualizować procedurę dotyczącą stosowania staz wykorzystywanych w Oddziale;
- doprowadzić do właściwego stanu sanitarno technicznego w magazynie bielizny brudnej półki metalowych regałów które są wygięte, z widocznymi śladami rdzy, korozji .

Data i godz. zakończenia kontroli: 16.03.2016r. godz. 15:00

Czynności kontrolne z zakresu Epidemiologii, dot. nieprawidłowości tj. lustrację, omówienie oraz opisanie tych nieprawidłowości prowadzono łącznie w czasie 1 godz. 30 min.

Czynności kontrolne z zakresu Higieny Komunalnej, dot. nieprawidłowości tj. lustrację, omówienie oraz opisanie tych nieprawidłowości prowadzono łącznie w czasie 30 min.

(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)
 (podpis i/lub pieczęć osoby(osób) kontrolującej(ych))
 STARSZY ASYSTENT
 ODDZIAŁU HIGIENY KOMUNALNEJ
 Działu Nadzoru Sanitarnego
 Woj. Świętokrzyskiej
 mgr [imię]
 ASYSTENT
 ODDZIAŁU EPIDEMIOLOGII
 SANITARNEGO
 Działu Nadzoru Sanitarnego
 Woj. Świętokrzyskiej
 mgr [imię]

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 16.03.2016

Szpital Miejski im. Jana Garduły
 w Bydwinoujściu sp. z o.o.
 p.o. [imię]
 (podpis i pieczęć osoby)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli. Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”
 ** - właściwe zakreślić