

**PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
W BYDGOSZCZY**
85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00, tel./fax 345-98-40

**WOJEWÓDZKA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY**
85-031 Bydgoszcz ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00 tel./fax 345-98-40

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 86/NHK/2018

NHK.9020.2.65.2018

Bydgoszcz, dnia 6 listopada 2018 r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez Krystynę Kwaśniewską – Oddział Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi (Nr upoważnienia 41/K/2018), Elżbietę Budziak – Oddział Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi (Nr upoważnienia 42/K/2018) oraz Nr 83/2018

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracowników upoważnionych przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Upoważnienia do kontroli: Nr 41/K/2018 i Nr 42/NHK/2018 zostały okazane przed jej rozpoczęciem.

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski
tel. (54) 282 80 01 fax (54) 282 80 02 e-mail: spzcal@poczta.onet.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski
tel. (54) 282 80 01 fax (54) 282 80 02 e-mail: spzcal@poczta.onet.pl / działalność lecznicza
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski

Rada Powiatu Aleksandrowskiego – organ założycielski

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 891-153-01-26 / REGON 911344332 / PKD nie dotyczy

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Mariusz Trojanowski – Prezes Zarządu
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Anita Bolewicka – Kierownik ds. Administracyjno-Organizacyjnych
Katarzyna Jabłońska – Specjalista ds. BHP
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 25.10.2018 r. godz. 9⁰⁰

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* 4.10.2018 r.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia

nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 25.10.2018 r. godz. 12⁴⁵

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

- sprawdzenie przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych w obszarze utrzymania czystości, postępowania z bielizną i odpadami, ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych na oddziałach szpitalnych: Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wewnętrzny z Intensywną Opieką Kardiologiczną oraz stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń zaplecza szpitala,
- sprawdzenie przestrzegania zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 9 listopada 1995 r.

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych** – nr i nazwa protokołu/ów*

nie dotyczy

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*

nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- procedury higieniczno-sanitarne:
 - Procedura postępowania w przypadku stwierdzenia w szpitalu zgonu z powodu choroby zakaźnej z dnia 9.08.2014 r.,
 - Procedura postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu – z dnia 24.10.2014 r.,
 - Procedura postępowania z bielizną szpitalną – z dnia 12.12.2012 r.,
 - Procedura postępowania z odpadami medycznymi – z dnia 15.11.2017 r.,
 - Procedura postępowania z odpadami – 15.11.2017 r.,
 - Procedura zwalczania gryzoni w szpitalu – z dnia 31.10.2011 r.,
 - Procedura mycia i dezynfekcji powierzchni i pomieszczeń – 30.03.2016 r.,
 - Procedura mycia i dezynfekcji łóżek szpitalnych – 31.03.2016 r.,

- Plan Higieny,
- karty przekazania odpadów medycznych
o kodzie 18 01 02, 18 01 03 i 18 01 04 z września (3, 5, 7, 10, 12, 14, 17, 19, 21, 24, 26, 28),
października (1, 3, 5, 8, 10, 12, 15, 17, 19, 22, 24) 2018 r.,
o kodzie 18 01 01 z czerwca (8, 15) 2018 r.,
o kodzie 18 01 06 z września (14) 2018 r.,
- umowy z dnia 3.09.2018 r. z Komunalnym Przedsiębiorstwem Użyteczności Publicznej „EKOCIECH” Sp. z o.o. w Ciechocinku, ul. Wojska Polskiego 33, 87-720 Ciechocinek nr 59/T/18 (na wywóz odpadów komunalnych niesegregowanych), nr 60/T/18 (na wywóz i recykling odpadów plastikowych), nr 61/T/18 (na wywóz i recykling opakowań szklanych), nr 62/T/18 (na wywóz i recykling papieru) – umowy obowiązują do 2.09.2019 r.,
- umowa na odbiór odpadów medycznych w celu ich unieszkodliwiania nr 65/T/18 z dnia 2.10.2018 r. z firmą Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka, ul. I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz – umowa zawarta na 12 miesięcy,
- umowa nr W.Sz.Z.:NM-DIA-4/2018 w zakresie diagnostyki laboratoryjnej oraz mikrobiologicznej zawarta w dniu 21.12.2017 r. w Toruniu z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu; ul. Św. Józefa 53-59, 87-100 Toruń na wykonywanie badań w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej (badania epidemiologiczne środowiska szpitalnego) – umowa zawarta na okres od dnia 1.01.2018 r. do dnia 31.12.2018 r.,
- wyniki badań bielizny z: Oddziału Wewnętrznego z Intensywną Opieką Kardiologiczną, Oddziału Rehabilitacyjnego z dnia 26.09.2018 r. (wynik ujemny),
- wyniki badań bielizny z: ZOL, OIT Bloku Operacyjnego z dnia 4.10.2018 r. (wynik ujemny),
- wyniki badań bielizny z Oddziału Dziecięcego z dnia 11.10.2018 r. (wynik ujemny),
- protokół nr 2 z dnia 1.03.2018 r. z okresowej kontroli instalacji wewnętrznej, kominów i wentylacji, w ramach „Przeglądu technicznego obiektu” wykonanego przez firmę „Norkowski Budownictwo” Maciej Norkowski, ul. Piaskowa 22a, Odolin, 87-700 Aleksandrów Kujawski,
- pozwolenie wodnoprawne na pobór wód podziemnych (ujęcie własne, awaryjne) decyzja Starosty Aleksandrowskiego z dnia 28.09.2016 r. – pozwolenie ważne do 28.09.2036 r.,
- „Rejestr monitoringu pomieszczeń szpitala w kierunku deratyzacji i dezynsekcji” – dezynfektor p. Remigiusz Prysak.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli: KRS 0000199929

Obecnie toczy się wobec kontrolowanego obiektu postępowanie administracyjne przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej – aktualna jest decyzja Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 351/2018 z dnia 23 lipca 2018 r. w obszarze higieny komunalnej i epidemiologii.

Zgodnie z oświadczeniem dyrekcji podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne przed innymi organami administracji publicznej.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Stan faktyczny obiektu

1. Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. zlokalizowany jest przy ul. Słowackiego 18. W strukturze placówki znajduje się: 243 łóżkowy szpital z: 7 oddziałami (Oddziałem Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Oddziałem Intensywnej Terapii, Oddziałem Wewnętrznym z Intensywną Opieką Kardiologiczną, Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym, Oddziałem Pediatriczno-Neonatologicznym,

- Oddziałem Rehabilitacyjnym, Oddziałem Psychiatrycznym), Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym, Izłą Przyjęć, Poradniami Specjalistycznymi, Pracownikami.
2. Szpital posiada opracowane procedury higieniczno-sanitarne, weryfikowane i aktualizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Na oddziałach są one dostępne dla pracowników w formie papierowej.
 3. W placówce utrzymaniem czystości oraz transportem wewnętrznym zajmuje się personel pomocniczy placówki.
 4. Obiekt zaopatrzonej jest w instalację: wodociągową, ciepłej wody, grzewczą, elektryczną, kanalizacyjną, wentylacyjną.
 5. Szpital zaopatrywany jest w wodę do spożycia z wodociągu publicznego w Aleksandrowie Kujawskim, natomiast rezerwowym źródłem zaopatrzenia w wodę jest ujęcie własne, oparte na studni głębinowej.
 6. Nieczystości płynne odprowadzane są do miejskiej sieci kanalizacyjnej.
 7. Obiekt zaopatrywany jest w ciepłą wodę i ciepło z własnej kotłowni olejowej oraz pomp ciepła.
 8. W placówce prowadzony jest monitoring bytowania gryzoni (zgodnie z procedurą) i wykonywane są w miarę zaistniałych potrzeb zabiegi DDD. Zabiegi te wykonuje pracownik szpitala, odnotowując każdorazowo przeprowadzone czynności w Rejestrze monitoringu pomieszczeń szpitala w kierunku deratyzacji i dezynsekcji.
 9. W szpitalu przeważa system wentylacji grawitacyjnej, w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych zainstalowana jest wentylacja mechaniczna. System klimatyzacyjny funkcjonuje wyłącznie w Sterylizatorni (czyszczenie systemu prowadzone jest w ramach pięcioletniej gwarancji). W dniu kontroli Blok operacyjny w związku z trwającą modernizacją (remontem generalnym) był zamknięty (przewidywany czas zakończenia remontu 31.03.2019 r.).
 10. Kontrolę i oględziny przewodów kominowych i wentylacyjnych wykonano w ramach kontroli okresowej obiektu, którą przeprowadziła firma „Norkowski i Budownictwo” Maciej Norkowski, ul. Piaskowa 22a, Odolin, 87-700 Aleksandrów Kujawski (protokół nr 2 z dnia 1.03.2018 r.).

Ocena sanitarna zaplecza szpitalnego

1. Skontrolowano: pomieszczenie magazynowania odpadów medycznych, miejsce gromadzenia odpadów komunalnych, zakład patomorfologii, pomieszczenie mycia i dezynfekcji wózków, pralnię szpitalną, pomieszczenie przechowywania czystych wózków, pomieszczenie Promorte.
2. Pomieszczenie magazynowania odpadów medycznych znajduje się w wydzielonej części budynku „L” (Prosektorium). Posiada ono niezależne wejście i jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych. Pomieszczenie posiada podłogę i ściany z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, wentylację grawitacyjną, a odpady magazynowane są w szczelnie zamykanych kontenerach, oznakowanych w zależności od rodzaju magazynowanych odpadów medycznych. Odpady o kodzie 18 01 03 magazynowane są w kontenerach, odpady o kodzie 18 01 02 magazynowane są w lodówce, natomiast odpady o kodach 18 01 01 i 18 01 06, ze względu na ich niewielką ilość, gromadzone w niewielkich kontenerach w wydzielonym miejscu. W pomieszczeniu zainstalowany jest termometr do pomiaru temperatury wewnątrz pomieszczenia, zastosowana jest wentylacja grawitacyjna oraz dostępna jest woda ciepła i zimna do celów porządkowych. Do pomieszczenia magazynowania odpadów medycznych prowadzi przedsionek, w którym znajduje się umywalka z ciepłą i zimną wodą, wyposażona w dozownik z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk, ręczniki jednorazowego użytku, wydzielone miejsce na czystą odzież ochronną oraz kosz do zbierania brudnej odzieży ochronnej. Stan sanitarno-techniczny pomieszczeń w dniu kontroli właściwy.
3. Odpady komunalne niesegregowane gromadzone są w 2 kontenerach typu KP-7, natomiast odpady segregowane w 3 kontenerach o pojemności 1100 dm³ (plastik, szkło, papier) usytuowanych na utwardzonej powierzchni (tymczasowo przy budynku H). Stan sanitarno-porządkowy miejsca gromadzenia odpadów i sanitarno-techniczny kontenerów był prawidłowy. Placówka posiada umowę na odbiór ww. odpadów z Komunalnym Przedsiębiorstwem Użyteczności Publicznej „EKOCIECH” Sp. z o.o. w Ciechocinku. Odbiór odpadów odbywa się średnio raz w tygodniu i jest każdorazowo uzgadniany telefonicznie.
4. Zakład Patomorfologii zlokalizowany jest w wydzielonym budynku – L. W jego skład wchodzi następujące pomieszczenia:
 - pracownia histopatologiczna: wykrawalnia (pracownia formalinowa), laboratorium (pracownia obróbki preparatów histologicznych, pracownia cytologiczna, pracownia technik specjalnych), pracownia mikroskopowa, sekretariat,
 - prosektura: śluza umywalkowo-szatniowa przed salą sekcijną, sala sekcyjna – 2 stanowiskowa, przedsionek sali sekcyjnej, pomieszczenie z chłodniami (chłodnia przeznaczona na 3 ciała),

pomieszczenie przygotowywania zwłok (z chłodnią na 1 ciało), pomieszczenie przechowywania preparatów (wycinków), sala wydawania zwłok (kaplica), pomieszczenie socjalne, ustęp, pomieszczenia administracyjno-socjalne: ustęp, jadalnia oraz szatnia w piwnicy.

Do transportu zwłok na terenie szpitala używane są 3 wózki zamknięte, natomiast w prosektorium dodatkowo znajdują się 4 wózki do przechowywania zwłok. Stan sanitarno-techniczny i porządkowy pomieszczeń oraz wózków do transportu zwłok był właściwy.

5. Dezynfekcja i mycie wózka do transportu odpadów medycznych oraz pojemników wielokrotnego użycia, a także tymczasowo mycie i dezynfekcja wózków transportowych (pozostałych) odbywa się w specjalnie do tego przeznaczonym pomieszczeniu, w piwnicy budynku głównego (z zachowaniem rozdziału czasowego). Pomieszczenie to posiada ściany i podłogę wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych, umożliwiających dezynfekcję, wentylację grawitacyjną, dostęp do bieżącej ciepłej i zimnej wody oraz wpust podłogowy w posadzce. Przy pomieszczeniu mycia wózków znajduje się dodatkowe pomieszczenie, w którym schną czyste, umyte wózki (dotychczasowe miejsce mycia wózków transportowych w budynku K, w związku z trwającymi pracami na Bloku operacyjnym przeznaczone zostało na przechowanie sprzętu/wyposażenia Bloku operacyjnego).
6. W szpitalu dodatkowo wyznaczone jest pomieszczenie do przechowywania wszystkich czystych środków transportu wewnętrznego, zlokalizowane w piwnicy budynku głównego.
7. Na Oddziale Wewnętrznym znajduje się pomieszczenie Promorte.
8. Placówka posiada własną pralnię z barierą higieniczną, która składa się z następujących pomieszczeń:
 - po stronie brudnej: magazynu bielizny brudnej, pomieszczenia załadunku bielizny brudnej do dwóch pralnic przelotowych przeznaczonych do prania bielizny położniczo-noworodkowej i ogólnoszpitalnej. Dodatkowo w pomieszczeniu znajdują się 3 pralki automatyczne (do prania rzeczy osobistych dla Oddziału Psychiatrycznego i ZOL, prania odzieży ochronnej pracowników oraz do prania mopów). Do części czystej prowadzi śluza z umywalką i toaletą. Pomieszczenia posiadają podłogę i ściany o powierzchni umożliwiającej ich mycie i dezynfekcję,
 - po stronie czystej: pomieszczenia wyładunku bielizny czystej z pralnic, w którym znajdują się 4 suszarki automatyczne i 2 maglownice, magazynu bielizny czystej, magazynu bielizny zapasowej. Pomieszczenia posiadają podłogę i ściany o powierzchni umożliwiającej ich mycie i dezynfekcję. W magazynie bielizny czystej umieszczone są regały, na których układana jest bielizna czysta, zabezpieczona przed jej wtórnym zanieczyszczeniem.

Ponadto pralnia posiada pomieszczenie porządkowe, w którym przechowywany jest sprzęt do utrzymania czystości.

W dniu kontroli bieżący stan sanitarny pomieszczeń pralni nie budził zastrzeżeń.

W obszarze utrzymania czystości, postępowania z bielizną i odpadami, ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych skontrolowano:

1. Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej mieszczący się w budynku głównym na I piętrze: 12 pokoi łóżkowych w tym dwa z pomieszczeniami higieniczno-sanitarnymi, dwa gabinety diagnostyczno-zabiegowe, punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim, pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów, w tym przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, pomieszczenie porządkowe, brudownik (dwa pomieszczenia).
2. Oddział Wewnętrzny z Intensywną Opieką Kardiologiczną (Odcinek A i B) mieszczący się w budynku głównym na II piętrze: 14 pokoi łóżkowych w tym dwa z pomieszczeniami higieniczno-sanitarnymi, pięciostanowiskowa sala intensywnego nadzoru kardiologicznego, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, w tym przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, pomieszczenie do tymczasowego przechowywania zwłok, pomieszczenie porządkowe, magazyn bielizny czystej, brudownik (dwa pomieszczenia).

W dniu kontroli odnotowano na Oddziale Wewnętrznym z Intensywną Opieką Kardiologiczną wydzielenie dwóch pomieszczeń, w tym jednego pokoju łóżkowego, na potrzeby Intensywnego Nadzoru; ze względu na wyłączenie z użytkowania bloku operacyjnego placówki na czas jego modernizacji.

Postępowanie z bielizną

1. Personel pomocniczy oddziałów dostarcza bieliznę czystą z pralni na oddziały i zabiera bieliznę brudną z oddziałów do pralni raz dziennie lub w miarę potrzeb.

2. Bielizna czysta, odpowiednio zabezpieczona, pobrana z magazynu bielizny czystej pralni jest przechowywana zgodnie z asortymentem na oddziałach (w magazynach bielizny czystej i wydzielonych szafach).
3. Każdy oddział posiada zapas bielizny. Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej posiada dodatkowo 2 komplety bielizny pościelowej na dobę na łóżko, natomiast Oddział Wewnętrzny z Intensywną Opieką Kardiologiczną posiada dodatkowo 3 komplety bielizny pościelowej na dobę na łóżko.
4. Pielęgniarka Epidemiologiczna placówki pobiera wymazy czystościowe z bielizny czystej w pralni, przynajmniej 1 raz w tygodniu.
5. Placówka posiada opracowane i wdrożone procedury postępowania: z bielizną szpitalną, z odzieżą ochronną pracowników. W br. zakupiono 60 kompletów pościeli.
6. Zmiana pościeli na oddziałach odbywa się w razie potrzeb. Pościel jest wkładana do worków płóciennych z dodatkowymi workami foliowymi na zewnątrz o właściwej kolorystyce i umieszczonych na stelażach. Stosowana kolorystyka worków: do bielizny skażonej materiałem biologicznym – worek foliowy koloru czerwonego, do bielizny ogólnoszpitalnej – worek foliowy koloru niebieskiego. Poduszki, koce, kołdry oddawane są do prania i dezynfekcji po zakończonej hospitalizacji każdego pacjenta, po zgonie pacjenta lub w zależności od potrzeb. Materace są dezynfekowane po hospitalizacji każdego pacjenta, po zgonie pacjenta lub w miarę potrzeb.
7. Stelaże z odpowiednio opisanymi workami z bielizną brudną są tymczasowo magazynowane w brudownikach oddziałów, skąd są transportowane do magazynu bielizny brudnej pralni szpitalnej.
8. Transport wewnętrzny bielizny odbywa się przy użyciu wózków o zamkniętej przestrzeni ładunkowej.
9. Wszyscy pracownicy są przeszkoleni w zakresie stosowania opracowanych procedur.

Postępowanie z bielizną szpitalną i odzieżą ochronną pracowników na oddziałach podczas kontroli było prawidłowe.

Postępowanie z odpadami ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych

1. W placówce wytwarzane są odpady medyczne o kodzie: 18 01 01, 18 01 02, 18 01 03, 18 01 04, 18 01 06. Odpady medyczne odbierane są z magazynu odpadów medycznych placówki przez firmę zewnętrzną (Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy), z częstotliwością zgodną z obowiązującymi przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U z 2017 r. poz. 1975), o czym świadczą sprawdzone podczas kontroli karty przekazania odpadów. W dniu kontroli brak było odpadów medycznych o kodzie 18 01 09.
2. W placówce opracowane są i wdrożone procedury: postępowania z odpadami oraz postępowania z odpadami medycznymi, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Postępowanie z odpadami w oddziałach jest zgodne z opracowanymi procedurami.
3. Pomieszczenia oddziałów zaopatrzone są w pojemniki wyłożone workami o kolorystyce zgodnej z opracowanymi procedurami. Segregacja odpadów w miejscu ich powstawania jest prawidłowa.
4. Pojemniki na ostre odpady medyczne o kodzie 18 01 03 w gabinetach diagnostyczno-zabiegowych są odpowiednio opisane i o odpowiednim kodzie kolorystycznym.
5. W pomieszczeniach oddziałów pojemniki na odpady zarówno komunalne jak i medyczne są oznaczone właściwym kodem odpadów, a worki z odpadami medycznymi są właściwie opisane.
6. Odpady medyczne gromadzone są tymczasowo w brudownikach i następnie są zabierane przez personel pomocniczy o określonej godzinie i transportowane (na ogół dwa razy dziennie lub w miarę potrzeb) bezpośrednio do magazynu odpadów medycznych, gdzie są tymczasowo gromadzone, a następnie odbierane przez ww. firmę zewnętrzną.
7. Odpady komunalne podobnie jak odpady medyczne gromadzone są tymczasowo w brudownikach, a następnie zabierane przez personel pomocniczy o określonej godzinie i transportowane (na ogół dwa razy dziennie i w razie potrzeb) do kontenerów usytuowanych na zewnątrz budynku.
8. Do transportu wewnętrznego odpadów medycznych i odpadów komunalnych używa się odrębnych wózków o zamkniętej przestrzeni ładunkowej.

W trakcie kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami.

Utrzymanie czystości

1. W placówce opracowany jest Plan Higieny z podziałem na strefy.
2. Sprzątaniem na oddziałach zajmuje się personel pomocniczy.

3. Do sprzątania oddziałów używane są profesjonalne wózki serwisowe. Każdy oddział posiada swój wózek serwisowy. Na oddziałach była wystarczająca ilość mopów zapasowych. Mopy były odpowiednio opisane i przydzielone do pokoi łóżkowych, gabinetów diagnostyczno-zabiegowych, pomieszczeń sanitarnych i innych na oddziałach.
4. Ponadto do utrzymania czystości używa się ściereczek o zróżnicowanej kolorystyce:
 - niebieskie (umywalki i powierzchnie wokół nich, glazury, sale chorych, strefa brudna centralnej sterylizatorni),
 - pomarańczowe (pozostałe „czyste” powierzchnie sprzętów, szafek, pomieszczeń administracyjnych, socjalnych, magazynów, strefy czystej centralnej sterylizatorni, kuchenek oddziałowych),
 - różowe (WC, brudowniki, pojemniki na odpady, sprzęt do sprzątania).
5. Sprzątanie i dezynfekcja powierzchni odbywa się na ogół dwa razy na dobę lub w miarę potrzeb. Używane są następujące środki:
 dezynfekcyjne: Chloramix DT, Desam Effekt, Desprej, Incidin Plus, Actichlor Granules, NDO DES 90/136P, Meliseptol Foam Pure;
 czystości: Cilit – płyn do usuwania kamienia i rdzy, Domestos, Tytan płyn do mycia muszli ustępowych, Dix - mleczko i inne
6. Sprzęt do utrzymania czystości, środki czystości i dezynfekcyjne, mopy, ściereczki (przechowywane w wydzielonych szafkach) znajdują się w pomieszczeniach porządkowych.
7. Brudne mopy, w opisanych czerwonych workach, składowane są tymczasowo w brudownikach, skąd trafiają do magazynu bielizny brudnej pralni.

Nie stwierdzono nieprawidłowości w utrzymaniu czystości podczas kontroli.

W dniu kontroli w placówce przestrzegany był zakaz palenia. Zarządzający obiektem umieścił w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych na danym terenie.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*
nie dotyczy
4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*
nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**
.....
2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
.....
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono**.....
.....
(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)
4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit. nie nałożono/~~nałożono~~** grzywnę w drodze mandatu karnego na
.....
(imię i nazwisko/stanowisko)
w wysokości..... słownie.....
(nr mandatu karnego).....
(podstawa prawna)
5. Upoważnienie Krystyny Kwaśniewskiej do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr 9/G/2018 z dnia 2.01.2018 r. i Elżbiety Budziak nr 15/G/2018 z dnia 2.01.2018 r. wydane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy.
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała** nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu
nie dotyczy
(imię i nazwisko/adres)
8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się**
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

Specjalista ds. ONP i P/POŻ.

mgr Katarzyna Jabłońska
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Kierownik
ds. administracyjno-organizacyjnych

mgr Anita Polewiczka

Asystent Oddziału
Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi

WSSE w Bydgoszczy
Krzysztof Kucakowski
Krzyszyna Kwaśniewska

Asystent Oddziału
Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi
WSSE w Bydgoszczy

Budziak
Ełżbieta Budziak

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 09.11.2018

POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim
Spółka z o.o.
87-700 Aleksandrów Kujawski
ul. Słowackiego 18. tel. 54 282 80 01
NIP 891-15-30-126

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

PREZES

mgr Mariusz Trojanowski

(nazwa/nr)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić