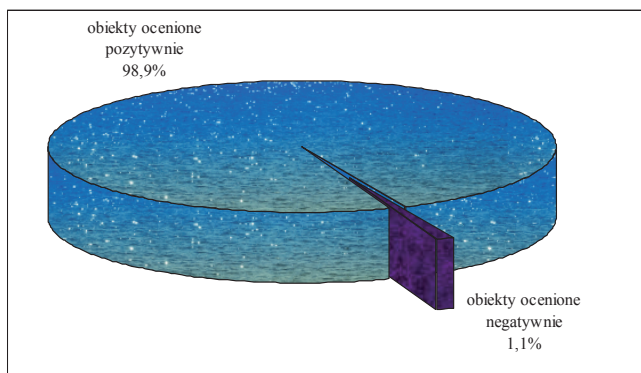


Rys. 13. Ocena obiektów basenowych na terenie woj. wielkopolskiego w 2012 r.



W roku 2012 służby sanitarne woj. wielkopolskiego wykonały 819 badań jakości wody (3431 próbek) w ramach kontroli jakości wody w basenach, dokonując oceny jakości wody w 90 basenach (98,9 % obiektów). Kwestionowano 95 (11,6 %) badań z uwagi na zanieczyszczenia bakteriologiczne. Najczęściej stwierdzano ogólną liczbę mikroorganizmów w 36⁰C (niechorobotwórczych), natomiast najrzadziej stwierdzano obecności bakterii *Escherichia coli*. Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi kontrole jakości wody w nieckach basenowych z częstotliwością 1 raz na miesiąc. Oceny jakości wody dokonano na podstawie:

- ogólnej liczby mikroorganizmów w 36⁰C po 48h,
- liczby bakterii gronkowców koagulazo-dodatnich,
- liczby bakterii grupy coli,
- liczby bakterii *Escherichia coli*.

W wodzie basenowej oprócz analizy mikrobiologicznej sprawdzano także stężenie zawartości chloru wolnego.

Ze względu na brak krajowych przepisów określających wymagania sanitarne dla wody w nieckach basenowych, w przypadku gdy badanie próbek wykazywało obecność mikroorganizmów, służby sanitarne przekazywały jedynie informacje oraz zalecenia poprawy jakości wody właścicielowi basenu.

III.10. Hałas komunalny

W 2012 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przyjęły 12 interwencji (o 17 mniej niż w roku ubiegłym) dotyczących hałasu w miejscu zamieszkania oraz rozpatrzone skargę na działania podejmowane przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego w sprawie uciążliwości hałasowych związanych z działalnością pubu. Przyczyną interwencji mieszkańców był najczęściej hałas pochodzący od pracy urządzeń i maszyn zamontowanych w zakładach

handlowo-usługowych takich jak: sklepy spożywcze, zakład produkcyjny, ośrodek kultury, pub oraz urządzenia instalacyjne budynków mieszkalnych (brama garażowa, węzeł ciepły, instalacja wentylacyjna, agregaty chłodnicze, działalność kulturalno-rozrywkowa), a także hałas komunikacyjny.

Przeprowadzono 16 kontroli, w tym 4 kontrole pomiarowe. W jednej sprawie w związku z niewykonaniem decyzji administracyjnej nakazującej ograniczenie hałasu przenikającego do mieszkania do poziomu niepowodującego przekroczeń norm akustycznych dla lokali mieszkaniowych określonych w normie PN-87/02151/02, wszczęte zostało postępowanie egzekucyjne.

W roku sprawozdawczym 2012 przeprowadzono pomiary natężenia dźwięku w salach kinowych 5 kin (na terenie Poznania - 4 i w Gnieźnie - 1). Przedmiotem dokonanych pomiarów było wyznaczenie wskaźników oceny hałasu przedstawionych w aktach prawnych i polskich normach celem porównania ich wartości z wartościami dopuszczalnymi ze względu na ochronę słuchu oraz porównanie poziomu dźwięku występującego podczas projekcji reklam i filmu. Przeprowadzone pomiary nie wykazały przekroczeń.

Podsumowanie

1. Stan sanitarno-higieniczny domów pomocy społecznej uległ nieznacznemu pogorszeniu w stosunku do roku ubiegłego, stąd nieco wyższy odsetek obiektów ocenionych negatywnie (2011 rok – 2,8%, 2012 rok – 3,3%). Stan bloków żywienia domów pomocy społecznych należy uznać za zadowalający. W większości są to obiekty funkcjonalne posiadające odpowiednią ilość pomieszczeń produkcyjnych o właściwym stanie technicznym, odpowiednio wyposażone w sprzęt i urządzenia produkcyjne. W 2012 roku odnotowano kolejny wzrost liczby obiektów, które opracowały i przestrzegają zasad GHP/GMP. Wzrósł również odsetek bloków żywienia, w których zasady systemu HACCP są wdrożone i utrzymywane.
2. W porównaniu do ubiegłego roku odsetek obiektów świadczących usługi w zakresie fryzjerstwa, kosmetyki, tatuażu i odnowy biologicznej ocenionych negatywnie zmniejszył się (2011 rok – 1 %; 2012 rok – 0,4%).
3. Brak aktualnego aktu prawnego określającego wymagania dla zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej utrudniające prawidłowe sprawowanie nadzoru nad tą grupą obiektów.
4. Liczba obiektów komunikacji publicznej z roku na rok się zmniejsza. Likwiduje się je ze względu na brak odpowiedniej infrastruktury lub przekwalifikowuje na przystanki kolejowe. Sukcesywnie przeprowadzane remonty obiektów kolejowych częściowo przyczyniają się do

poprawy stanu sanitarno-technicznego. Jednak większość istniejących obiektów to nadal obiekty stare, wyeksploatowane, pozbawione stałego nadzoru.

5. Z roku na rok wzrasta liczba toalet publicznych o dobrym standardzie, dostosowanych również dla osób niepełnosprawnych, jednak ich liczba nie zaspakaja potrzeb, zwłaszcza w miejscowościach wypoczynkowych, przy szlakach turystycznych oraz przy cmentarzach.

6. Brak zainteresowania organizowaniem kąpielisk spełniających wymagania określone w przepisach krajowych i Dyrektywie kąpieliskowej, które zapewniłyby pełne bezpieczeństwo dla osób z nich korzystających. Miejsca wykorzystywane do kąpieli nie są systematycznie kontrolowane, a tym samym nie gwarantują całkowitego bezpieczeństwa zdrowotnego kąpiącym.

7. Wykrycie bakterii z rodzaju *Legionella* w instalacji wody ciepłej w obiektach hotelarskich, świadczy o potrzebie badań wody w tego typu obiektach.



IV. STAN SANITARNY PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Podstawę działalności podmiotów leczniczych publicznych, jak i niepublicznych stanowi ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217). W dniu 1 lipca 2012 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 26 czerwca 2012 r. (Dz. U. poz. 739), które wprowadziło jednolite wymogi sanitarne dla wszystkich grup placówek służby zdrowia, tj. dla podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz praktyk zawodowych lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. podmiot wykonujący działalność leczniczą niespełniający wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. powinien dostosować pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2016 roku. Termin przedstawienia organowi prowadzącemu rejestr programu dostosowania zaopiniowanego przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej upłynął dnia 31 grudnia 2012 roku.

W 2012 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna skontrolowała 3801 podmiotów wykonujących działalność leczniczą (47%) spośród 8020 ujętych w ewidencji (Tab.1).

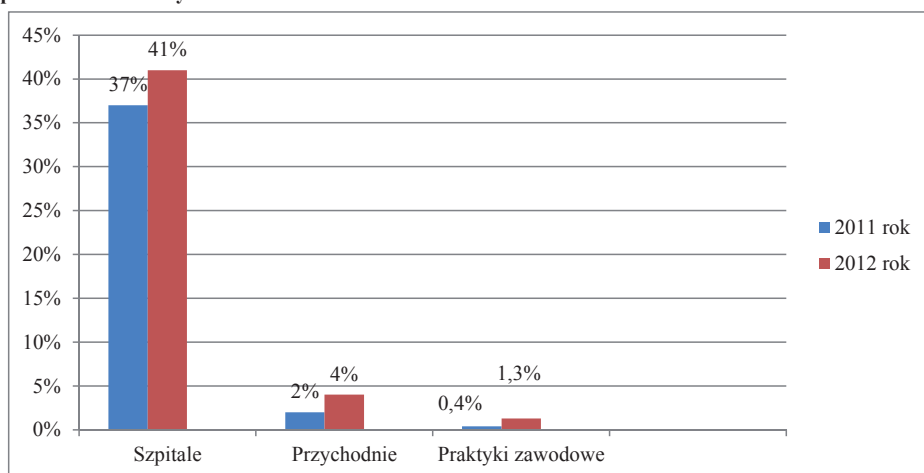
Zły stan sanitarny stwierdzono w 118 podmiotach (w tym 86 pod względem technicznym), co stanowi 3,1% skontrolowanych w 2012 roku placówek.

Tab. 1. Działalność kontrolna w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w 2012 roku

Rodzaj placówki		Skontrolowano	Liczba w ewidencji	% obiektów ujętych w ewidencji
Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze	Ogółem	1726	2775	62%
	Wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	83	103	80%
	Wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	1643	2672	61%

Działalność lecznicza wykonywana przez praktyki zawodowe	Ogółem	2075	5245	39%
	Indywidualna, Indywidualna specjalistyczna oraz grupowa praktyka lekarska	773	2556	30%
	Indywidualna, Indywidualna specjalistyczna oraz grupowa praktyka lekarzy dentystów	873	1768	49%
	Indywidualna, Indywidualna specjalistyczna oraz grupowa praktyka pielęgniarska	297	674	44%
	inne	132	247	53%
Ogółem – podmioty wykonujące działalność leczniczą		3801	8020	47%

Rys. 1. Odsetek negatywnie ocenionych pod względem stanu sanitarnego placówek w poszczególnych grupach podmiotów leczniczych w latach 2011-2012



IV.1. Podmioty lecznicze – ogółem

W roku 2012 skontrolowano 1726 podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, co stanowi 62% ogółu ujętych w ewidencji. Zły stan sanitarny stwierdzono w 91 jednostkach, tj. w 5,3% skontrolowanych.

IV.2. Szpitale

W 2012 roku skontrolowano 68 placówek szpitalnych spośród 84 ujętych w ewidencji. Negatywnie oceniono stan sanitarny i techniczny 28 szpitali (41,2%).

Wielkopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny sprawował nadzór w ramach I instancji nad 30 placówkami szpitalnymi woj. wielkopolskiego. Pod bezpośrednim nadzorem Państwowych Powiatowych Inspektów Sanitarnych były 54 szpitale (33 na terenie powiatu poznańskiego).

W 2012 roku do ewidencji wpisanych zostało 16 szpitali, z czego 11 stanowią szpitale jednego dnia z terenu powiatu poznańskiego (13,1% liczby wszystkich szpitali).

Negatywnie pod względem stanu sanitarnego jak i technicznego oceniono 28 szpitali (w 2011 roku - 21).

Tab. 2. Liczba szpitali w porównaniu z 2011 rokiem

Rok	Liczba szpitali	Liczba skontrolowanych	Ze złym stanem sanitarnym (%)
2011	69	57	21 (37%)
2012	84	68	28 (41,2%)

IV.2.1. Stan techniczny i funkcjonalny szpitali

Stan techniczny i funkcjonalny szpitali na terenie woj. wielkopolskiego jest bardzo zróżnicowany. W dalszym ciągu placówki dokonywały weryfikacji programów dostosowawczych wydłużając termin dostosowania do obowiązujących przepisów (najczęściej do 2016 roku). Prace remontowe i modernizacyjne w roku sprawozdawczym prowadzone były w 41 szpitalach (60%), czyli w większości skontrolowanych placówek.

Remontowane komórki organizacyjne szpitala niezwykle rzadko są w całości wyłączane z udzielania świadczeń. Stosowanym rozwiązaniem stały się dyslokacje pacjentów z wyłączonych i objętych remontem sal do innych, na terenie danej komórki, bądź przesunięciu pacjentów do innych komórek.

W szpitalach prowadzone są także prace budowlane obejmujące nowe konstrukcje lub rozbudowę już istniejących budynków, celem przeniesienia komórek organizacyjnych do nowych dostosowanych do aktualnych wymogów prawa pomieszczeń (m.in. w Szpitalu Powiatowym we Wrześni, Pleszewskim Centrum Medycznym w Pleszewie, NZOZ Klinice Promienista w Poznaniu).

W 2012 roku w placówkach szpitalnych prowadzone były prace termo-modernizacyjne obiektów (NZOZ Szpital w Puszczykowie, SPZOZ w Wolsztynie, SPZOZ w Turku).

Niemal wszystkie szpitale, tj. 67 spośród 68 skontrolowanych obiektów (99%), posiadają co najmniej jeden oddział w dobrym lub bardzo dobrym stanie sanitarno-technicznym. Wiele spośród tych oddziałów zostało kompleksowo wyremontowanych i zmodernizowanych m.in. oddział wewnętrzny, oddział anestezjologii i intensywnej terapii w Szpitalu Powiatowym w Chodzieży, oddział ortopedyczny Szpitala w Śremie.

Rys. 2. Szpital Powiatowy w Chodzieży - oddział wewnętrzny, OAiIT



Pomieszczenia tych oddziałów posiadają meble, ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, zmywalnych umożliwiające ich mycie i dezynfekcję, a także wyposażone są w nowoczesny sprzęt.

Nieprawidłowości stwierdzono w 37 obiektach szpitalnych, czyli w 54% skontrolowanych szpitali. Najgorszy stan sanitarno-techniczny stwierdzono w Specjalistycznym Szpitalu Klinicznym UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, który został włączony pod nadzór PPIS w Poznaniu. W placówce zakwestionowano stan sanitarno-techniczny wszystkich oddziałów, a także bloku operacyjnego, izby przyjęć, centralnej sterylizatorni oraz poradni specjalistycznych. Większość oddziałów jest przechodnia, przy salach chorych brak węzłów sanitarnych, a te które funkcjonują w ramach oddziałów wymagają modernizacji. W części sal chorych brak umywałek, znaczna część mebli jest zniszczona o powierzchniach trudnych do mycia i dezynfekcji.

W podmiotach leczniczych na oddziałach szpitalnych stwierdzano niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian, futryn drzwiowych i sprzętów (łóżek, stolików przyłóżkowych) w salach chorych będący skutkiem zbyt małej powierzchni manewrowej dla ruchu łóżek. Tylko nieliczne oddziały posiadają właściwą powierzchnię sal i szerokość drzwi, która umożliwia swobodny ruch łóżek szpitalnych.

Poprawa stanu sanitarno-technicznego nastąpiła na skutek decyzji administracyjnych oraz zaleceń wydanych przez właściwych państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.

IV.2.2. Utrzymanie czystości pomieszczeń i porządku w otoczeniu szpitali

Podobnie jak w latach poprzednich za utrzymanie czystości w ponad połowie skontrolowanych placówek odpowiedzialny był personel obiektu, firmy zewnętrzne - w około 27%, w pozostałych przypadkach wprowadzony był system mieszany, tzn. utrzymaniem czystości zajmowała się zarówno firma zewnętrzna, jak i pracownicy obiektu.

W placówkach opracowano procedury sprzątania bądź plan higieny pomieszczeń. Osoby sprzątające miały do dyspozycji odpowiedni sprzęt – najczęściej wózki higieniczne wyposażone w wiaderka, ścierki, nakładki do mopów. Mycie, dezynfekcja oraz przygotowanie sprzętu odbywało się na terenie oddziałów szpitalnych w brudownikach, pomieszczeniach porządkowych lub centralnych miejscach mycia i dezynfekcji sprzętu.

W większości podmiotów stwierdzono dbałość o właściwy stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń i urządzeń. Uchybienia w zakresie utrzymania czystości stwierdzono w ok. 32% placówek. Kwestionowano:

- niedoczyszczone, brudne kratki i wywietrzniki wentylacyjne na oddziałach szpitalnych (w szpitalu powiatowym w Kępnie, Międzychodzie, Wolsztynie oraz Zespole Poradni Szpitala Klinicznego im. H. Święickiego w Poznaniu),
- brudne osłony lamp, kloszy (w szpitalu powiatowym w Śremie),
- brudne parapety, kaloryfery, wiszące pajęczyny w toalecie dla pacjentów (w Zespole Poradni Szpitala Klinicznego im. H. Święickiego UM w Poznaniu),
- kartony ze sprzętem, materiały opakowaniowe przechowywane w gabinetach zabiegowych na oddziałach (w szpitalu powiatowym w Wolsztynie, Międzychodzie),
- zniszczone, niezmywalne powierzchnie mebli, zakamienione powierzchnie armatury sanitarnej, popękane, zapadnięte kratki ściekowe (m. in. w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym przy ul. Polnej w Poznaniu, Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi w Poznaniu).

Uchybienia wynikały zarówno z zaniedbań personelu w zakresie utrzymania bieżącej czystości, jak i pośrednio mają związek ze złym stanem technicznym mebli, podłóg itp., które były w znacznym stopniu wyeksploatowane i trudne w utrzymaniu czystości (Specjalistyczny Szpital Kliniczny UM przy ul. Grunwaldzkiej w Poznaniu oraz w NZOZ Centrum Medycznym HCP w Poznaniu).

Nieprawidłowości dotyczące braku czystości pojawiały się także w pomieszczeniach

prosektoriów (w szpitalu powiatowym w Szamotułach, Międzychodzie, Gostyniu), magazynach sprzętu czystościowego (w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu). Każdorazowo w przypadku stwierdzenia uchybień wydawano nakazy ich usunięcia.

Problemy z utrzymaniem należytej czystości pojawiały się także w placówkach, w których prowadzono prace remontowe. Zalecano wówczas zwiększenie częstości sprzątanía oraz wprowadzenie zmian w obowiązujących procedurach.

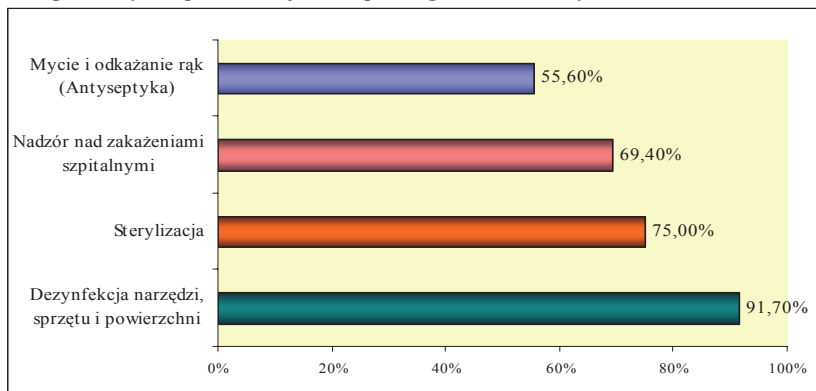
IV.2.3. Nadzór epidemiologiczny nad stanem sanitarnym podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych świadczeń zdrowotnych i ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

W roku 2012 nadzorem epidemiologicznym objęto 83 podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych (szpitalne i inne niż szpitalne), spośród 103 ujętych w ewidencji (80,6%), w tym 67 szpitali, 4 zakłady opiekuńczo-lecznicze, 4 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, 2 zakłady rehabilitacji leczniczej, 5 hospicjów oraz 1 inny podmiot leczniczy.

IV.2.3.1. Szpitale

Wzmocnionym nadzorem epidemiologicznym objęto 67 szpitali (37 publicznych i 30 niepublicznych), co stanowi 79,8% wszystkich szpitali ujętych w ewidencji. Kontrole placówek dotyczyły działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych ze szczególnym uwzględnieniem następujących obszarów: antyseptyki, dezynfekcji, sterylizacji, monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenia kontroli wewnętrznych w zakresie realizacji tych działań. W 36 placówkach (30 publicznych i 6 niepublicznych) stwierdzono uchybienia, co stanowi 53,7% wszystkich objętych nadzorem epidemiologicznym szpitali (Rys. 3).

Rys. 3. Udział nieprawidłowości w zakresie zabiegów sanitarno-higienicznych w 30 publicznych i 6 niepublicznych szpitalach woj. wielkopolskiego skontrolowanych w 2012 roku



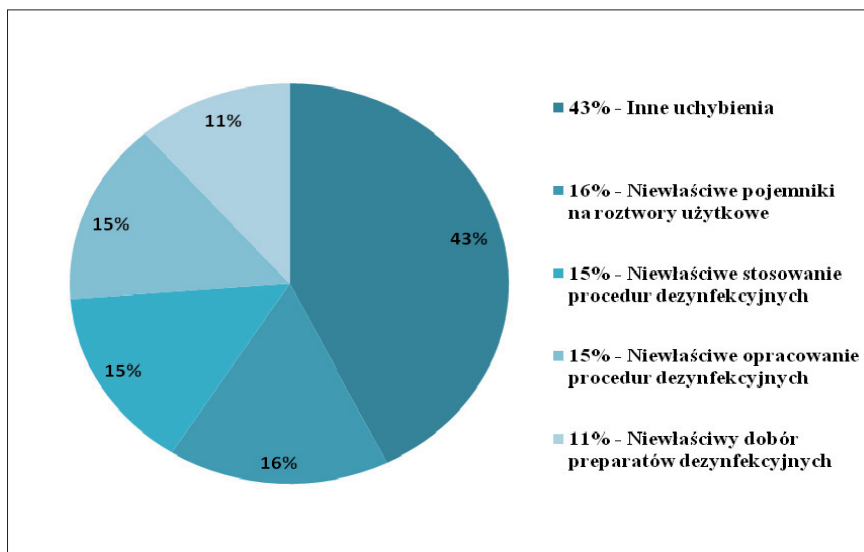
IV.2.4. Dezynfekcja i komory dezynfekcyjne

Do dezynfekcji stosowano wyłącznie preparaty zarejestrowane i dopuszczone do obrotu przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Uchybienia w zakresie dezynfekcji stwierdzono w 33 placówkach – 49,3% skontrolowanych szpitali (Rys. 4). Dotyczyły one w głównej mierze:

- niepoddawania dezynfekcji wstępnej skażonego sprzętu medycznego,
- stosowania niekompletnych, uszkodzonych pojemników do dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego,
- niewłaściwego stosowania preparatów dezynfekcyjnych (przeterminowanych, o zbyt wąskim spektrum działania, za długi czas używania roztworu roboczego do dezynfekcji narzędzi),
- nieprzestrzegania zalecanego przez producenta czasu dezynfekcji w urządzeniu myjąco-dezynfekującym,
- braku dezynfekcji pojemników służących do transportu narzędzi do sterylizacji,
- niezapewnienia łatwo zmywalnych sprzętów (łóżek, blatów roboczych, szafek przyłóżkowych, krzeseł itp.),
- braku oznakowania pojemników na roztwory użytkowe środków dezynfekcyjnych.

Rys. 4. Odsetek nieprawidłowości w zakresie zabiegów dezynfekcyjnych stwierdzonych w 33 z 67 skontrolowanych w 2012 roku szpitali woj. wielkopolskiego



Istotnym problem jest przygotowanie narzędzi do sterylizacji w placówkach, które nie posiadają centralnych sterylizatori. Sukcesywnie zwiększa się liczba obiektów wyposażonych w automatyczne myjnie-dezynfekторы. Trend ten ma szczególne znaczenie w jednostkach organizacyjnych szpitala, w których wykonywane są zabiegi przy użyciu endoskopów nie podlegających sterylizacji.

Liczba szpitali wyposażonych w komory dezynfekcyjne, w porównaniu z 2011 rokiem nie uległa istotnym zmianom. Z eksploatacji wyłączono jedną komorę. Dezynfekcji komorowej poddaje się głównie wyposażenie łóżek, tj. koce, poduszki, materace, z których korzystali chorzy na choroby zakaźne.

W 3 placówkach tj. Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym UM w Poznaniu, Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo - Leczniczym oraz Szpitalu Specjalistycznym w Pile komory dezynfekcyjne stanowią wyposażenie nowoczesnych stacji przygotowania łóżek, gdzie rutynowej dezynfekcji poddaje się łóżka pacjentów ze wszystkich oddziałów. W nielicznych szpitalach funkcjonują również punkty mycia i dezynfekcji łóżek, natomiast większość placówek nie posiada takich punktów, mycie i dezynfekcja łóżek odbywa się w oddziałach na korytarzach bądź salach chorych.

IV.2.5. Sterylizacja

W 2012 roku 31 obiektów szpitalnych (36,9%) posiadało w swoich strukturach centralne sterylizatornie składające się z wyodrębnionych stref (brudnej, czystej i sterylnej) wraz ze śluzami umywalkowo-fartuchowymi. Lokalne sterylizatornie zlokalizowane w 20 placówkach, wykonują najczęściej końcową obróbkę, tj. pakowanie i sterylizację sprzętu poddawanego wcześniej procesom mycia i dezynfekcji w oddziałach, co stanowi 23,8% ogółu placówek leczenia stacjonarnego ujętych w ewidencji.

Rys. 5. Rozmieszczenie centralnych sterylizatori w woj. wielkopolskim w 2012 roku

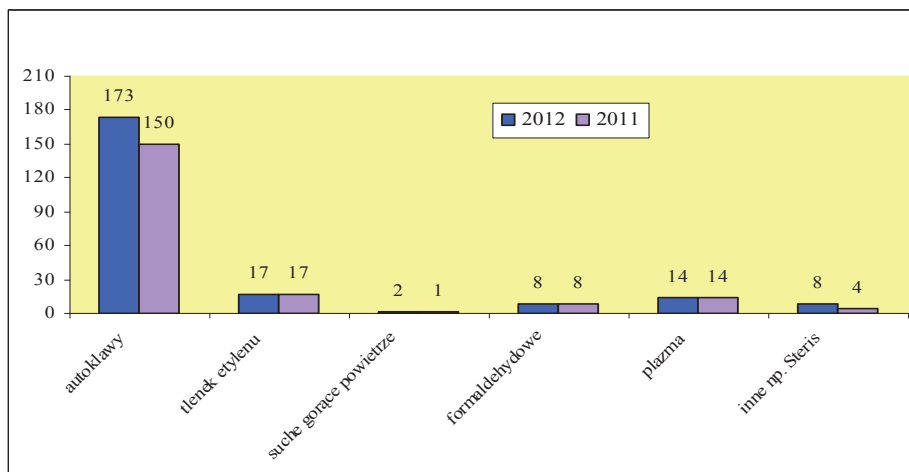


Liczba zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej zlecających sterylizację narzędzi innym placówkom, posiadającym wdrożony system zarządzania jakością ISO lub GMP w stosunku do poprzedniego roku zmalała z 14 do 11 placówek (13,1%). Zaledwie 4 placówki szpitalne (4,8%) korzystają z narzędzi jednorazowego użytku. W części zakładów (21,4%) funkcjonują sterylizatornie lokalne przy blokach operacyjnych lub punkty sterylizacji, w których wyłącznie

sterylizuje się sprzęt, materiały i narzędzia wcześniej przygotowane w oddziałach i innych punktach szpitala.

Nadal najbardziej rozpowszechnioną formą sterylizacji w placówkach leczenia stacjonarnego jest sterylizacja parowa (autoklawowanie). W 2012 roku procesy sterylizacji przeprowadzano w 173 autoklawach stanowiących 77,9% wszystkich urządzeń sterylizacyjnych. W porównaniu do 2011 roku ich liczba zwiększyła się o 23. Tak samo jak w roku poprzednim, zarejestrowano 39 sterylizatorów niskotemperaturowych, spośród których 17 to urządzenia na tlenek etylenu (43,6%), 14 to sterylizatory plazmowe (35,9%), 8 urządzeń formaldehydowych (20,9%). Korzystne jest sukcesywne wycofywanie z użycia sterylizatorów na suche gorące powietrze, które obecnie wykorzystywane są wyłącznie w dwóch placówkach.

Rys. 6. Liczba eksploatowanych urządzeń sterylizacyjnych w szpitalach woj. wielkopolskiego w latach 2011-2012

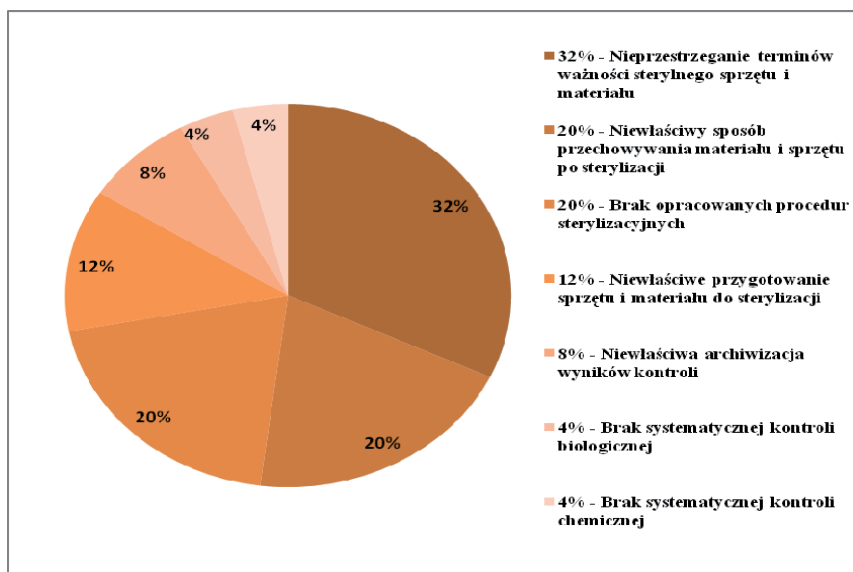


Skuteczność sterylizacji jest systematycznie monitorowana przez użytkowników urządzeń w ramach kontroli wewnętrznej prowadzonej za pomocą testów, wskaźników biologicznych, chemicznych oraz fizycznych. Wyniki kontroli, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi podlegają archiwizacji. Nieprawidłowości w zakresie kontroli procesów sterylizacji w 2012 roku stwierdzono w prawie połowie skontrolowanych placówek (27 szpitali). Przeważnie dotyczyły:

- nieprawidłowego sposobu przechowywania wysterylizowanego sprzętu i materiałów, (wspólnie z niesterylnym, w uszkodzonych opakowaniach lub pozostawiony bez opakowań, zbyt duża ilość opakowań pozostawiona na wierzchu, zbyt ciasne upakowanie w szafkach, przechowywanie w otwartych, zakurzonych kartonach znajdujących się na podłodze),

- niewłaściwego przygotowania sprzętu i materiałów do sterylizacji (np. zbyt ciasno ułożone narzędzia w opakowaniach, stosowanie nieodpowiednich opakowań do sterylizacji),
- braku właściwych pojemników lub kontenerów transportowych do sprzętu brudnego i jałowego,
- nieprzestrzegania terminów ważności wysterylizowanego sprzętu,
- braku odpowiedniego oznakowania pakietów (bez daty sterylizacji, daty ważności) uniemożliwiającego identyfikację wysterylizowanego sprzętu,
- sterylizacji w opakowaniach zbiorczych materiałów, które po otwarciu pakietu nie są używane od razu.

Rys. 7. Odsetek nieprawidłowości w zakresie wykonywania procedur sterylizacyjnych stwierdzonych w 27 z 67 skontrolowanych w 2012 roku szpitali woj. wielkopolskiego



IV.2.6. Zaopatrzenie w wodę

Lecznictwo stacjonarne zaopatrywane było w wodę w większości obiektów szpitalnych (75%) z wodociągów publicznych sieciowych (WP), dla pozostałych placówek podstawowym źródłem zaopatrzenia w wodę były własne wodociągi lokalne (WL).

W 17% szpitali zainstalowane zbiorniki retencyjno-przepływowe traktowano jako rezerwę zaopatrzenia w wodę zapewniające co najmniej 12 – godzinny zapas.

Szpital w Kowanówku (powiat obornicki) od połowy 2012 roku zaopatrywany był w wodę z wodociągu publicznego. Obiekt posiada własne ujęcie – wodociąg zakładowy, który aktualnie stanowi dla obiektu rezerwowe źródło zaopatrzenia w wodę.

Szpital Ars Medical Sp. z o. o. w Pile, po uzyskaniu pozwolenia wodno-prawnego, oczyszczeniu studni i sieci, wymianie elementów technicznych, dezynfekcji, płukaniu sieci, zastosowaniu lamp UV oraz uzyskaniu jakości wody zgodnej w wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.03.2007 r. rozpoczął użytkowanie własnego ujęcia. Rezerwowe źródło zaopatrzenia w wodę dla szpitala stanowi wodociąg publiczny.

Z powodu modernizacji instalacji wodociągowej i wyłączenia z eksploatacji własnego wodociągu lokalnego Wielkopolski Specjalistyczny Szpital Chorób Płuc i Gruzlicy SP ZOZ w Chodzieży w 2012 roku zaopatrywany był w wodę z wodociągu publicznego.

Szpital nie posiadające rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę uwzględniły w programach dostosowawczych konieczność zapewnienia awaryjnego zaopatrzenia obiektu w wodę w terminie do 2016 roku.

Placówki lecznictwa zamkniętego zaopatrywane były w wodę o jakości zgodnej z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417 ze zm.). Sporadycznie stwierdzano w obiektach ponadnormatywne wartości fizykochemicznych parametrów m. in.: żelazo i mętność (w szpitalu w powiecie gnieźnieńskim), mangan, żelazo, mętność (w szpitalu w powiecie złotowskim).

Tylko nieliczne szpitale wykonały badania próbek wody z instalacji wody ciepłej w kierunku bakterii z rodzaju *Legionella*. Kwestionowane wyniki próbek wody stwierdzono w szpitalu: w Szamotułach, w Kowanówku (powiat obornicki) w Wonieściu (powiat kościański), w Ostrowie Wlkp., w Ostrzeszowie.

Podczas kontroli sanitarnych placówek nie stwierdzano braków w zaopatrzeniu w bieżącą wodę zimną i ciepłą.

IV.2.7. Żywnienie pacjentów w szpitalach

W 2012 roku na terenie woj. wielkopolskiego Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawowała nadzór nad bezpieczeństwem żywienia oraz warunkami higieniczno-sanitarnymi 89 szpitalnych bloków żywienia. Ogółem przeprowadzono 99 urzędowych kontroli sanitarnych i rekontroli, w tym 7 interwencyjnych.

Podobnie jak w latach poprzednich część nadzorowanych szpitali prowadziła żywienie pacjentów w oparciu o własny blok żywieniowy (37,1%), a część z nich korzystała z systemu

cateringowego zlecając usługi żywienia pacjentów wyspecjalizowanym firmom zewnętrznym (62,9%), zapewniającym produkcję, dowóz tych posiłków oraz ich dystrybucję. W porównaniu z rokiem ubiegłym odsetek takich obiektów nie uległ zmianie (60,7%). Na przestrzeni lat obserwuje się bardzo powolną tendencję przejmowania żywienia w szpitalach przez firmy cateringowe.

W 2012 roku skontrolowano 61 bloków żywienia, 47 z nich zostało ocenionych na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego dla obiektów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, z czego 1 obiekt uznano jako niezgodny z obowiązującymi wymaganiami sanitarnymi. Podczas urzędowych kontroli w szpitalnych blokach żywienia sprawdzano bieżący stan sanitarno-higieniczny i techniczny obiektów. Zwracano uwagę na warunki przechowywania surowców i posiłków, pochodzenie i znakowanie żywności, prawidłowość prowadzonych procesów technologicznych, sposób gromadzenia odpadów poprodukcyjnych i pokonsumpcyjnych. Dokonywano weryfikacji temperatury w urządzeniach chłodniczych przy użyciu wzorcowanych termometrów oraz oceniano stopień wdrożenia zasad GHP/GMP, systemu HACCP wraz z dokumentacją w tym zakresie.

Podczas przeprowadzanych kontroli stwierdzano szereg nieprawidłowości. W celu ich usunięcia wydano 9 decyzji administracyjnych, które dotyczyły stanu sanitarno-technicznego zarówno bloków żywienia jak i kuchenek oddziałowych.

Najczęściej odnotowywane uchybienia sanitarno-techniczne stwierdzane podczas kontroli:

- zły stan sanitarno-techniczny pomieszczeń kuchni centralnej i pomieszczeń przyległych dotyczący powierzchni ścian, sufitów i podłóg,
- zniszczony i wyeksploatowany drobny sprzęt kuchenny i transportowy,
- niesprawny system wentylacyjny lub jego brak,
- brak zainstalowanych osłon na lampach,
- brak zabezpieczeń przed dostępem szkodników,
- brak segregacji żywności oraz monitoringu temperatur w urządzeniach chłodniczych,
- nieprawidłowe gromadzenie odpadów poprodukcyjnych i pokonsumpcyjnych.

Uchybienia stwierdzane w trakcie kontroli były usuwane zgodnie z ustalonymi terminami w wydanych decyzjach lub wyznaczonymi w protokołach kontroli.

Na podstawie przeprowadzonych kontroli stwierdzono, iż stan sanitarno-techniczny bloków żywienia w szpitalach woj. wielkopolskiego można określić jako zróżnicowany. W wielu obiektach prowadzone były systematyczne prace remontowe pomieszczeń bloków żywienia oraz naprawy i konserwacja wykorzystywanego sprzętu. Obok wyposażonych w odpowiednie urządzenia i sprzęt, zapewniających prawidłowe warunki do produkcji i dystrybucji posiłków,

funkcjonują również bloki żywienia w starych, niedostosowanych do obowiązujących wymogów budynkach.

W 2012 roku skontrolowano również 34 firmy cateringowe świadczące usługi w zakresie produkcji posiłków dla pacjentów szpitali. Na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego zostały ocenione 23 obiekty. Wszystkie uznano jako zgodne z obowiązującymi wymaganiami. Łącznie w w/w obiektach przeprowadzono 36 kontroli oraz wydano 4 decyzje administracyjne.

Stwierdzono, iż 97,8% bloków żywienia w szpitalach, jak również 98,2% firm cateringowych obsługujących szpitale w zakresie żywienia pracuje w oparciu o zasady dobrej praktyki higienicznej i produkcyjnej GHP/GMP, natomiast odsetek bloków żywieniowych, które posiadają wdrożony system HACCP wynosi 49,4,6%, a firm cateringowych - 30,4% .

W trakcie kontroli dokonywano sprawdzenia dokumentacji dotyczącej GHP/GMP oraz HACCP, w wyniku których niejednokrotnie stwierdzano nieprawidłowości zawierające brak bieżących wpisów wynikających ze stosowanych procedur i instrukcji, brak korelacji pomiędzy treścią procedur, a opisem CCP (krytycznych punktów kontroli) w systemie HACCP, rozbieżności i nieścisłości w treści procedur, braku potwierdzenia w rejestrach czynności związanych z monitorowaniem określonych w dokumentacji parametrów. Kontrolujący stwierdzali braki w dokumentacji, a także niemożność wglądu do niej.

W roku 2012 oceniono sposób żywienia pacjentów w 14 szpitalach woj. wielkopolskiego. Na podstawie analizy sporządzanych jadłospisów przeprowadzono ocenę prawidłowości planowania i realizacji żywienia oraz jakości żywienia w szpitalach.

Do oceny sposobu żywienia wykorzystano metodę jakościową (punktową), polegającą na analizie jadłospisów pod względem poprawności składu i potrzeb żywieniowych pacjentów. Spośród poddanych ocenie 12 jadłospisów oraz 2 zestawień dekadowych uznane zostały za zgodne z zasadami racjonalnego żywienia. Natomiast 1 zestawienie dekadowe ocenione zostało jako nieprawidłowe.

Najczęściej stwierdzanymi uchybieniami w opracowywanych jadłospisach były:

- zbyt niska ilość podawanych produktów mlecznych,
- niedostateczna podaż warzyw i owoców zwłaszcza bogatych w witaminę C (owoce sezonowe),
- podawanie produktów niskiej jakości żywieniowej,
- małe urozmaicenie posiłków.

Ze względu na brak uregulowań prawnych dotyczących obowiązkowych norm żywieniowych w zakładach żywienia zbiorowego zamkniętego placówki zdrowia nie są zobowiązane do przestrzegania jakichkolwiek ustaleń w tym zakresie. W przypadkach

stwierdzenia przez organ PIS nieprawidłowości przekazywano odpowiednie zalecenia dotyczące poprawy jakości żywienia pacjentów dyrekcji obiektów oraz udzielano instruktażu w tym zakresie osobom zainteresowanym.

Odrębne zagadnienie dotyczy oceny sanitarnej kuchni niemowlęcych zlokalizowanych na oddziałach noworodkowych i niemowlęcych, w których przygotowuje się posiłki dla niemowląt żywionych sztucznie oraz dla niemowląt wymagających diet specjalnych i indywidualnych.

W szpitalach woj. wielkopolskiego w 2012 roku funkcjonowało łącznie 18 kuchni niemowlęcych (jedna z nich znajdująca się w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Lesznie została w roku sprawozdawczym zlikwidowana). Skontrolowano 10 obiektów, a 2 zostały ocenione na podstawie arkusza oceny stanu sanitarnego jako zgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi. Łącznie przeprowadzono 11 kontroli w tym 1 interwencyjną. W wyniku działań kontrolnych nie stwierdzono uchybień sanitarno-higienicznych.

We wszystkich kuchniach niemowlęcych szpitali woj. wielkopolskiego zostały wdrożone zasady GHP/GMP, natomiast w 4 system HACCP.

Przygotowywane w kuchenkach posiłki dla niemowląt to: mieszanki mleczne, kaszki, kleiki odtwarzane z gotowych produktów sypkich, zupy jarzynowe oraz herbatki z glukozą lub cukrem. Do karmienia używane były również gotowe preparaty płynne w jednorazowych opakowaniach z jednorazowym smoczkiem. Mieszanki mleczne przygotowywane były bezpośrednio przed karmieniem, w niektórych szpitalach przechowywane w lodówkach i pasteryzowane przed wydaniem.

Przygotowywanie i postępowanie z gotowymi mieszankami było zgodne z opracowanymi procedurami i ściśle przestrzegane przez pracowników kuchni niemowlęcych. W większości, pod ścisłym i stałym nadzorem były również parametry procesów pasteryzacji i sterylizacji butelek wielokrotnego użycia. W ramach kontroli wewnętrznej zgodnie z odpowiednimi procedurami prowadzone były badania laboratoryjne próbek produkowanych posiłków.

W większości szpitali kuchnie niemowlęce zachowują funkcjonalność i są odpowiednio wyposażone, a ich stan sanitarno-techniczny zapewnia prawidłowe warunki do przygotowywania pokarmu dla noworodków i niemowląt.

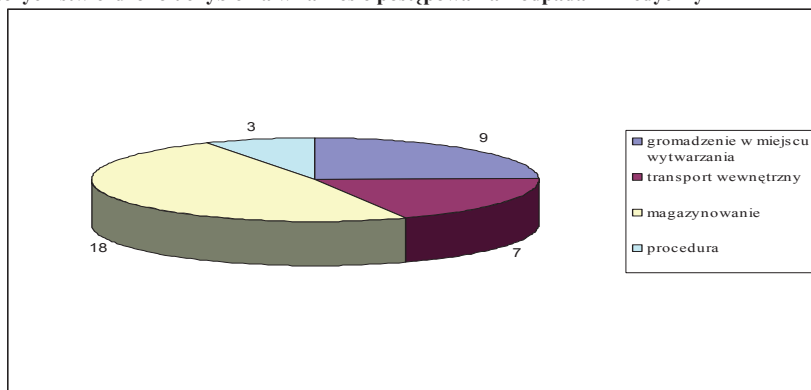
IV.2.8. Gromadzenie i unieszkodliwianie odpadów medycznych

Podmioty lecznictwa zamkniętego w większości przypadków stosują się do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu

postępowania z odpadami medycznymi z dnia 30 lipca 2010 r. Uchybienia stwierdzono w 43,5% skontrolowanych w tym zakresie placówek (Rys. 8).

W 96,5% skontrolowanych placówek opracowane są procedury uwzględniające wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. oraz specyfikę danej placówki. W pozostałych przypadkach stwierdzano nieaktualne procedury lub ich brak. Odpady medyczne powstające w stacjonarnych podmiotach leczniczych segregowane są zgodnie z obowiązującymi przepisami - bezpośrednio w miejscu ich powstawania.

Rys. 8. Liczba placówek lecznictwa zamkniętego oraz etapy postępowania z odpadami medycznymi, w których stwierdzono uchybienia w zakresie postępowania z odpadami medycznymi



Odpady medyczne zakaźne o ostrych końcach i krawędziach usuwane są do specjalnych sztywnych pojemników, odpornych na przekłucie, zamoczenie i zabezpieczonych po ich zamknięciu przed ponownym otwarciem. Pozostałe odpady medyczne zakaźne zbierane są w opisanych pedałowach koszach oznakowanych właściwym kodem. Jedynie w 9 podmiotach leczniczych (10,6%) stwierdzano uchybienia w tym zakresie i kwestionowano m. in.:

- zbyt długi czas przechowywania odpadów medycznych w miejscu ich wytwarzania (w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego przy ul. Długiej w Poznaniu oraz Kalmedice w Kaliszu),
- pojemniki do zbierania odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach wypełniane powyżej 2/3 ich objętości (w gabinecie zabiegowym Szpitala Powiatowego w Nowym Tomyślu),
- brak oznakowania identyfikującego zawartość pojemników i worków na odpady medyczne (brak kodu odpadów, daty zamknięcia, adresu siedziby/wytwórcy odpadów – w NZOZ Centrum Medyczne HCP w Poznaniu),

- brak właściwych pojemników na odpady medyczne ostre (kartonowe pojemniki – w Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem SPZOZ przy ul. Krysiowicza w Poznaniu).

W większości skontrolowanych placówek lecznictwa zamkniętego do transportu wewnętrznego odpadów medycznych stosowane są wózki transportowe o zamkniętej przestrzeni ładunkowej. Podczas kontroli w 7 przypadkach (8,2%) stwierdzono brak właściwych wózków transportowych – odpady przenoszone były ręcznie, wózkiem o otwartej przestrzeni ładunkowej bądź wózkiem przeznaczonym także do innych celów (transport bielizny brudnej). Poprawa w zakresie transportu wewnętrznego nastąpiła w szpitalach powiatowych w Środzie Wlkp., Wolsztynie oraz Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu. W pozostałych przypadkach wydano stosowne zalecenia.

Podobnie, jak w roku poprzednim najczęściej pojawiające się zastrzeżenia dotyczyły magazynowania odpadów medycznych przed poddaniem ich procesom unieszkodliwiania. Uchybienia w tym zakresie wykazano w 18 placówkach (21,4%) i dotyczyły one:

- niewłaściwego stanu sanitarno-technicznego magazynu odpadów medycznych/urządzenia chłodniczego (w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu, Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, NZOZ Centrum Medyczne HCP, Szpitalu Powiatowym w Obornikach),

- braku zgodnego z wymogami prawnymi pomieszczenia magazynowania odpadów medycznych (w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym w Poznaniu, Szpitalu Powiatowym w Szamotułach),

- braku umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozownika z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczników jednorazowego użytku w sąsiedztwie magazynu odpadów medycznych/stacjonarnego urządzenia chłodniczego (w Kalmedica w Kaliszu, Szpitalu Klinicznym im. H. Święcickiego UM w Poznaniu, szpitalu powiatowym w Ostrowie Wlkp. i Szamotułach),

- niewłaściwej temperatury w urządzeniu chłodniczym bądź braku monitorowania temperatury w pomieszczeniu odpadów (w Szpitalu Klinicznym im. H. Święcickiego UM, Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym UM w Poznaniu, Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu, Szpitalu Powiatowym w Wyrzysku),

- przepełnionych kontenerów na odpady medyczne w magazynie odpadów medycznych (w Specjalistycznym Szpitalu Klinicznym UM ul. Grunwaldzka).

Poprawie uległy warunki magazynowania odpadów medycznych w Szpitalu Powiatowym w Gostyniu, gdzie zapewniono urządzenie chłodnicze. Wybudowano i oddano do użytku nowe

pomieszczenie na odpady medyczne w szpitalu przy ul. Jarochońskiego w Poznaniu. Wydzielono nowe, spełniające wymogi rozporządzenia, pomieszczenie gromadzenia odpadów medycznych przy Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu.

W Szpitalu Powiatowym w Międzychodzie i Kościanie zapewniono miejsce mycia i dezynfekcji wózków do transportu.

Skontrolowane placówki przekazują odpady medyczne do unieszkodliwienia wyspecjalizowanym firmom na podstawie zawartych umów. W niektórych przypadkach odpady medyczne przed spalaniem są dodatkowo autoklawowane w placówce (takie postępowanie stwierdzono m. in. w Prywatnej Lecznicy CERTUS Sp. z o.o w Poznaniu, Wielkopolskim Specjalistycznym Szpitalu Chorób Płuc i Gruźlicy w Chodzieży). Zlikwidowano spalarnię odpadów medycznych przy ul. Szwajcarskiej w Poznaniu. Na terenie woj. wielkopolskiego własną spalarnię odpadów medycznych posiada tylko Szpital Specjalistyczny im. S. Staszica przy ul. Rydygiera 1 w Pile.

IV.2.9. Pralnictwo i gospodarka bielizną szpitalną

Obieg bielizny szpitalnej w placówkach (w 100% szpitali) regulują opracowane i aktualizowane raz w roku procedury postępowania z bielizną tzw. płaską (pościel, serwety, podkłady) oraz fasonową (odzież ochronna, robocza), a także z bielizną jednorazowego użycia. Stwierdza się większe wykorzystanie w działalności medycznej bielizny jednorazowego użycia. Bielizna tzw. jednorazowa szczególnie zanieczyszczona materiałem biologicznym (krew, wydzieliny, wydaliny) traktowana jest jako odpad medyczny.

Na podstawie zawartych umów 91,8% szpitali przekazuje bieliznę do prania wyspecjalizowanym firmom zewnętrznym (dysponującym pralniami o zaawansowanej technologii pralniczej np. z automatycznym dozowaniem środków piorących i dezynfekcyjnych, monitorowaniem procesów pralniczych). Sześć placówek szpitalnych (8,2%) posiada własną pralnię.

W strukturach szpitali z własną pralnią funkcjonują pralnie z barierą higieniczną tzn. posiadające możliwość rozdziału technologicznego obiegu bielizny, części brudnej i czystej. (w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim w Poznaniu, Szpitalu Powiatowym w Trzciance, Szpitalu Powiatowym w Jarocinie, Szpitalu Specjalistycznym w Pile) oraz pralnie w układzie tradycyjnym - piorące wyłącznie na potrzeby własnego obiektu (w Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci Poznań – Kiekrz oraz Szpitalu Klinicznym przy ul. Szpitalnej w Poznaniu).

Wyeksploatowane pomieszczenia, urządzenia pralnicze oraz sprzęt tj.: suszarki, prasownice są remontowane w miarę potrzeb i możliwości szpitala (szpital w Jarocinie).

W placówkach lecznictwa stacjonarnego w postępowaniu z bielizną stwierdzano sporadycznie uchybienia np. niedostosowanie wielkości pościeli do wielkości łóżka w salach chorych, liczenie bielizny po jej zebraniu i zapakowaniu do worków, dezynfekcję tzw. wstępną w pojemnikach, brak odpowiednich pomieszczeń na magazynki bielizny czystej i brudnej, brak środka transportu bielizny z zamkniętą przestrzenią ładunkową.

Usunięcie nieprawidłowości egzekwowano wydaniem zaleceń dot. wzmożenia kontroli wewnętrznej oraz decyzjami administracyjnymi (np. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wlkp.).

Aktualnie brak jest szczegółowej regulacji prawnej określającej prawidłowe postępowanie z bielizną szpitalną oraz kocami, poduszkami i materacami stosowanymi w placówkach lecznictwa zamkniętego.

IV.3. Zakłady Opiekuńcze

W 2012 roku nadzorem sanitarnym objętych było łącznie 16 podmiotów leczniczych, w tym: Zakładów Opiekuńczo-Lecznich (6), Zakładów Pielęgnacyjno-Opiekuńczych (5) oraz Hospicjów Stacjonarnych (5). Spośród skontrolowanych obiektów negatywnie oceniono stan sanitarny Zakładu Opiekuńczo-Lecznich przy ul. Grobla w Poznaniu.

Obiekty nie spełniające wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. posiadały programy dostosowawcze, których wykonanie wyznaczono na 2016 rok. Pensjonariusze i pacjenci w tych obiektach rozmieszczeni są w pomieszczeniach o zbyt dużej ilości łóżek, niefunkcjonalnych, bez udogodnień dla osób niepełnosprawnych. W dwóch obiektach stwierdzono zły stan techniczno-sanitarny pomieszczeń.

W dobrym stanie sanitarno-technicznym niewymagającym dostosowania jest obiekt w powiecie leszczyńskim – Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy „Niezapominajka” w Rydzynie – oddany do użytku w 2011 roku i Hospicjum Sióstr Św. Elżbiety w Złotowie oraz dwa obiekty w powiecie konińskim gdzie prowadzona jest działalność m. in. w zakresie medycyny paliatywnej.

Kontrola bieżącego stanu sanitarno-technicznego obiektu w powiecie kaliskim (Niepubliczny Zakład Medycyny Paliatywnej Hospicjum Stacjonarne w Rożdżałach) wykazała, podobnie jak w roku poprzednim bardzo dobry stan sanitarny.

IV.4. Zakłady Lecznictwa AmbulATORYJNEGO

W roku 2012 w ewidencji znajdowało się 7917 placówek lecznictwa ambulatoryjnego, z czego skontrolowano 3718 (47% obiektów ujętych w ewidencji). Zły stan sanitarny stwierdzono w 89 obiektach (2,4% skontrolowanych obiektów).

Tab. 3. Działalność kontrolna i stan sanitarny placówek lecznictwa ambulatoryjnego

Rodzaj placówki lecznictwa ambulatoryjnego	Liczba w ewidencji	Liczba skontrolowanych	Ze złym stanem sanitarnym	
			razem	w tym pod wzgl. technicznym
Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (przychodnie, pogotowia ratunkowe, laboratoria diagnostyczne, zakłady rehabilitacji leczniczej i inne)	2672	1643	62	44
Praktyki zawodowe (lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarów i położnych)	5245	2075	27	13
Ogółem	7917	3718	89	57

Tab. 4. Działalność kontrolno-represyjna w lecznictwie ambulatoryjnym

Placówki lecznictwa ambulatoryjnego	Liczba przeprowadzonych kontroli	Liczba wydanych decyzji	Liczba mandatów	Liczba interwencji	Liczba grzywnien
Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w tym praktyki zawodowe	5358	551	35 na łączną kwotę 6950 zł	19	1 na kwotę 4000 zł

Stan sanitarno-techniczny oraz wyposażenie funkcjonujących w woj. wielkopolskim placówek lecznictwa otwartego jest zróżnicowany. Najczęściej występujące nieprawidłowości to m.in.: niewłaściwy stan sanitarno-techniczny powierzchni ścian (ubytki, zabrudzenia), sufitów (ubytki, zacieki, zniszczenia), podłóg (zniszczenia, zabrudzenia), mebli i sprzętów (ubytki). Ponadto, bardzo często pomieszczenia obiektów lecznictwa otwartego wyposażone są w fotele (lekarskie, dla pacjentów) o powierzchni trudno zmywalnej uniemożliwiającej ich właściwe mycie i dezynfekcję w systemie bieżącym.

W grupie przychodni, ośrodków, poradni i ambulatoriów negatywnie oceniono 62 podmioty lecznicze (w tym 44 pod względem technicznym), co w porównaniu z rokiem ubiegłym oznacza pogorszenie stanu sanitarno-technicznego (w 2011 roku - 29 placówek).

Liczba praktyk zawodowych, w których stwierdzono zły stan sanitarny zwiększyła się z 1 w 2011 roku do 27 w 2012 roku.

W 2012 roku w licznych placówkach stwierdzono znaczną poprawę. Uzyskano ją w dużej mierze poprzez realizację nakazów wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w drodze decyzji administracyjnych, poprzez realizację zadań ujętych w pozytywnie zaopiniowanym programie dostosowawczym.

W obiektach prowadzone były liczne prace remontowo-modernizacyjne, które wpłynęły na poprawę stanu technicznego.

Część podmiotów wykonujących działalność leczniczą zostało przeniesionych do nowych pomieszczeń o wysokim standardzie technicznym i sanitarnym, gdzie ściany wszystkich pomieszczeń pokryte są materiałem gładkim, łatwo zmywalnym, a wokół punktów wodnych zabezpieczone przed działaniem wilgoci. Podłogi wyłożone są płytkami podłogowymi. Meble oraz sprzęt stanowiący wyposażenie posiadają powierzchnie gładkie, łatwe do utrzymania w czystości oraz odporne na działanie środków dezynfekcyjnych.

Rys. 9. Poradnie Specjalistyczne, Szpital w Ostrowie Wlkp.



Podobnie jak w 2011 roku, utrzymanie bieżącej czystości i porządku w placówkach lecznictwa otwartego w większości obiektów nie budziło zastrzeżeń. Stwierdzane przez służby sanitarne uchybienia dotyczyły niewłaściwie realizowanych procedur sprzątania.

Najczęściej kwestionowano:

- brak dostatecznej ilości środków dezynfekcyjnych i czystościowych, w tym mydła i ręczników

jednokrotnego użytku (na terenie powiatu poznańskiego, tureckiego, gnieźnieńskiego, słupeckiego, konińskiego),

- brudne, zakurzone powierzchnie podłóg, ścian, sprzętów, kratek wentylacyjnych (m. in. podmioty lecznicze na terenie powiatu ostrzeszowskiego, tureckiego, gnieźnieńskiego, chodzieskiego),

- nieprawidłowe postępowanie ze sprzętem do sprzątania, brak wydzielonego miejsca na jego przechowywanie (m. in. na terenie powiatu kaliskiego),

- brak opracowanych procedur higienicznych sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń (m. in. na terenie powiatu tureckiego, poznańskiego).

Za stwierdzone uchybienia w zakresie bieżącej czystości i porządku nałożono 22 mandaty karne na kwotę 4650 zł.

Przechowywanie i magazynowanie środków czystościowych i dezynfekcyjnych w kontrolowanych obiektach nie budziło zastrzeżeń.

Ambulatoria i praktyki zawodowe (z wyjątkiem lecznictwa otwartego funkcjonującego w obszarze szpitali zaopatrywanych w wodę z wodociągu lokalnego), zaopatrywane były w wodę z wodociągów publicznych sieciowych. Zaopatrzenie w wodę ciepłą uzyskiwano z ciepłoka, kotłowni lub podgrzewaczy elektrycznych.

Jakość wody oceniano na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417 ze zm.).

W nielicznych obiektach stwierdzano ponadnormatywne wartości parametrów fizykochemicznych m. in.: azotany, nikiel (obiekt w Śmiglu), chlorki sodu, utlenialność (obiekt w Krzemieniewie), żelazo, mangan (obiekt w Łowyniu i w Kraszewicach), mangan (obiekt w Połajewie), mangan, mętność (obiekty w Złotowie).

W trakcie kontroli nie stwierdzano ograniczeń w dostępie do bieżącej wody ciepłej i zimnej.

W obiektach lecznictwa ambulatoryjnego przy udzielaniu świadczeń medycznych coraz częściej wykorzystuje się bieliznę jednorazowego użycia. Postępowanie z bielizną w podmiotach lecznictwa otwartego regulowały procedury opracowane w większości placówek. W pojedynczych przypadkach stwierdzono uchybienia dotyczące niezgodnego z przygotowaną procedurą postępowania z bielizną (m. in. przychodnie w powiecie kaliskim).

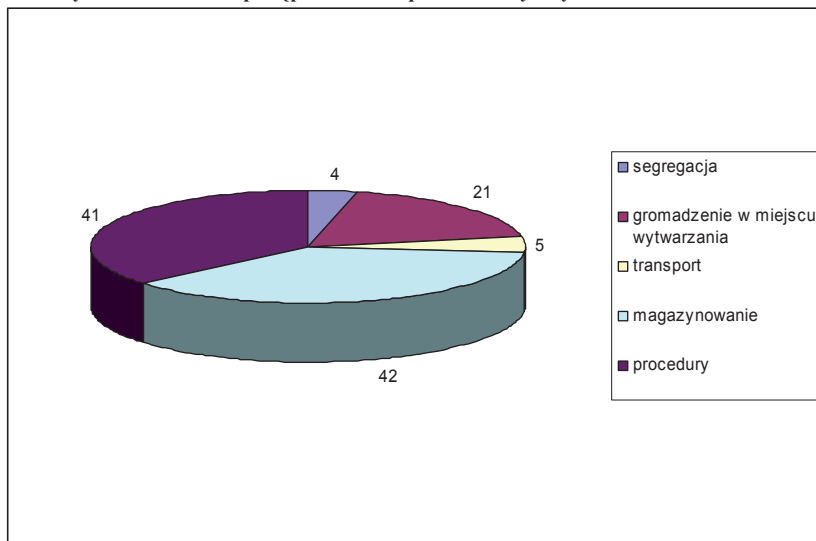
Bielizna czysta przechowywana była w wydzielonych do tego celu miejscach. Bieliznę po użyciu zbierano do worków (najczęściej foliowych) i przekazywano do prania.

Bieliznę wielokrotnego użycia większość podmiotów udzielających świadczenia medyczne przekazywało na podstawie umowy do pralni specjalizujących się w praniu bielizny szpitalnej.

Bieliznę jednorazowego użycia po wykorzystaniu traktowano jako odpad medyczny.

Uchybienia w zakresie postępowania z odpadami medycznymi stwierdzono łącznie w 114 placówkach lecznictwa otwartego ze 3358 skontrolowanych w tym zakresie, co stanowi 3,4%. (Rys. 10).

Rys. 10. Liczba placówek lecznictwa otwartego oraz etapy postępowania z odpadami medycznymi, w których stwierdzono uchybienia w zakresie postępowania z odpadami medycznymi



W 98,8% skontrolowanych placówek lecznictwa otwartego opracowane są procedury uwzględniające wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi z dnia 30 lipca 2010 r. oraz specyfikę danej placówki. W pozostałych przypadkach (1,2%) stwierdzano nieaktualne procedury lub ich brak.

W zakresie segregacji odpadów powstających w wyniku udzielanych świadczeń, uchybienia stwierdzane były sporadycznie (zaledwie w 4 placówkach) i dotyczyły one m. in. niestosowania się do ustalonych zasad klasyfikowania odpadów i wyrzucania ich zgodnie z przyjętą klasyfikacją. W 5 przypadkach brakowało również właściwego pojemnika do transportu wewnętrznego odpadów medycznych.

W skontrolowanych obiektach przestrzegane są zasady zbierania odpadów medycznych do właściwych pojemników i worków oraz ich wymiana z częstotliwością na jaką pozwalają ich właściwości, jednak nie rzadziej niż co 72 godziny.

Uchybienia stwierdzano na etapie magazynowania odpadów medycznych (42 spośród 3358 skontrolowanych placówek - 1,3%), gdzie kwestionowano:

- niewłaściwą temperaturę oraz czas magazynowania odpadów,

- nieodpowiednie warunki magazynowania odpadów medycznych (brak monitorowania temperatury, brak dozownika ze środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczników jednorazowego użycia w sąsiedztwie pomieszczenia magazynowania odpadów, brudna lodówka).

Każdorazowo w przypadku stwierdzenia uchybień wydawano decyzje lub zalecenia z nakazem ich usunięcia.

IV.4.1. Dezynfekcja w placówkach lecznictwa ambulatoryjnego

W 2012 roku w ramach prowadzonego nadzoru epidemiologicznego kontrolami objęto 3420 placówek lecznictwa ambulatoryjnego spośród 7596 ujętych w ewidencji (45%).

Kontroli poddano:

- zakłady opieki zdrowotnej lecznictwa ambulatoryjnego – skontrolowano 1578 obiektów spośród 2682 ujętych w ewidencji (58,8%),
- indywidualne, grupowe i specjalistyczne praktyki lekarskie i pielęgniarские – skontrolowano 1753 obiektów spośród 4722 ujętych w ewidencji (37%),
- inne obiekty nie będące zakładami opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne – skontrolowano 89 obiektów spośród 192 ujętych w ewidencji (46,4%).

W większości placówek lecznictwa ambulatoryjnego przestrzega się zaleceń producenta dotyczących przechowywania stężonych środków dezynfekcyjnych oraz przygotowywania ich roztworów użytkowych.

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły braku opracowania i aktualizacji procedur dezynfekcyjnych w zakresie mycia narzędzi i sprzętu (w 43 placówkach, co stanowi 2,7% liczby zakładów lecznictwa ambulatoryjnego poddanych kontroli).

Inne nieprawidłowości stwierdzane podczas kontroli procesów dezynfekcji dotyczyły m.in.: przeterminowanych środków do dezynfekcji lub ich braku, niewłaściwego stosowania procedur dezynfekcyjnych (nieaktualnego wykazu stosowanych środków dezynfekcyjnych, braku dokumentacji planu dezynfekcji oraz braku zapisów o stosowanych preparatach dezynfekcyjnych itp.), nieodpowiednich pojemników na roztwory użytkowe.

Osobną grupę stwierdzanych nieprawidłowości stanowiły uchybienia związane z antyseptyką rąk. W 17 placówkach stwierdzono brak opracowanej procedury higienicznego lub chirurgicznego mycia rąk lub procedurę opracowaną w niewłaściwy sposób. W 49 placówkach kontrole wykazały również brak środka do dezynfekcji rąk, niesprawne dozowniki do mycia rąk lub ich brak, jak również brak rękawic lub zbyt rzadkie ich używanie.

IV.4.2. Sterylizacja w placówkach leczenia ambulatoryjnego

W analizowanym roku system sterylizacji nie uległ zasadniczym zmianom w porównaniu z rokiem ubiegłym. Coraz większy odsetek placówek leczenia ambulatoryjnego stosuje wyłącznie sprzęt jednorazowego użytku (2105 placówek, tj. 61,5% ogółu skontrolowanych). Ponadto, duża część placówek posiada stanowiska sterylizacji gabinetowej lub inne rozwiązania w zakresie sterylizacji (1903 placówki, tj. 55,6% wszystkich skontrolowanych) znajdujące się najczęściej w gabinetach lekarskich, zabiegowych lub w innych zakładach usytuowanych w ramach jednego budynku. Liczba obiektów posiadających własną centralną sterylizatornię lub korzystających z usług centralnych sterylizatorni posiadających certyfikat ISO lub GMP w innych placówkach nie uległa znaczącej zmianie (7,8% ogółu skontrolowanych placówek).

Nieznacznie zmalała liczba autoklawów w skontrolowanych jednostkach (o 20 w stosunku do 2011 roku). W 2012 roku nie odnotowano żadnego sterylizatora na suche gorące powietrze, liczba eksploatowanych sterylizatorów na tlenek etylenu pozostała na tym samym poziomie.

Tab. 5. Liczba eksploatowanych urządzeń sterylizujących w placówkach leczenia ambulatoryjnego w latach 2008-2012

	Autoklawy	Steryliizatory na suche gorące powietrze	Steryliizatory na tlenek etylenu	Steryliizatory inne np. Steris
2008	1452	5	1	2
2009	1706	2	1	2
2010	1707	0	1	3
2011	1694	0	1	2
2012	1674	0	1	1

Do najczęstszych nieprawidłowości stwierdzanych podczas kontroli procesów sterylizacji należały: nieprawidłowe przechowywanie sprzętu medycznego i materiału po sterylizacji (przechowywanie bez zabezpieczenia, uszkodzone opakowania sprzętu sterylnego, przechowywanie w przepelnionych szufladach, brak rozdziału sprzętu sterylnego od niesterylnego), przekroczone terminy ważności wysterylizowanego sprzętu i materiału lub brak daty sterylizacji na pakietach, stosowanie niewłaściwych systemów opakowań (zbyt małe opakowania, zbyt dużo narzędzi w rękawie), nieprawidłowe stosowania wskaźników biologicznych i chemicznych.

Podsumowanie:

1. W 2012 roku zły stan sanitarny stwierdzono w 91 podmiotach leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne tj. w 5,3% skontrolowanych.
2. Szpitale dokonywały weryfikacji programów dostosowawczych, wydłużając termin dostosowania do obowiązujących przepisów (najczęściej do 2016 roku). Prace remontowe i modernizacyjne prowadzone były w 41 szpitalach.
3. W porównaniu do 2011 roku odsetek placówek, w których stwierdzano uchybienia w zakresie postępowania z odpadami medycznymi zmniejszył się - w szpitalach z 50% do 43,5% a w placówkach lecznictwa ambulatoryjnego z 4% do 3,4%.
4. Najczęściej stwierdzano uchybienia dotyczące zasad właściwego postępowania z odpadami medycznymi na etapie magazynowania przed poddaniem ich procesom unieszkodliwienia.
5. Zwiększyła się (o cztery) liczba szpitali posiadających w swoich strukturach centralne sterylizatornie, w których przeprowadzane są wszystkie etapy dekontaminacji zapewniające stopniową redukcję skażenia sprzętu wielokrotnego użycia.
6. Nadal w placówkach lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego stwierdzano nieprawidłowości w zakresie dotyczącym antyseptyki rąk oraz w zakresie opracowania i stosowania procedur dezynfekcyjnych.
7. W 2012 roku skontrolowano 3420 placówek lecznictwa ambulatoryjnego udzielających różnego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Odsetek nieprawidłowości związanych z nieprzestrzeganiem reżimu przeciwepidemicznego w porównaniu z rokiem ubiegłym nieznacznie spadł. Uchybienia w tym zakresie stwierdzono 5,7% (w 194 obiektach).
8. Ponad połowa (61,5%) placówek lecznictwa ambulatoryjnego stosuje wyłącznie sprzęt jednorazowego użycia.
9. Zaobserwowany na przestrzeni lat wzrost liczby szpitali, które przekazują żywnienie pacjentów firmom zewnętrznym spowodowany jest w dużej mierze brakiem środków na dostosowanie bloków żywieniowych zlokalizowanych w szpitalach do obowiązujących wymagań. Poza tym firmy cateringowe przejmują odpowiedzialność przed organami kontroli, odciążając tym samym dyrektorów szpitali.
10. Nieprawidłowości stwierdzone w skontrolowanych jadłospisach wynikają bardzo często z ograniczonych możliwości finansowych szpitali tj. niskiej stawki żywieniowej.
11. Stan sanitarno-techniczny kuchni niemowlęcych działających w szpitalach woj. wielkopolskiego jest zadowalający i spełnia wymogi jakim powinny odpowiadać przedmiotowe zakłady.

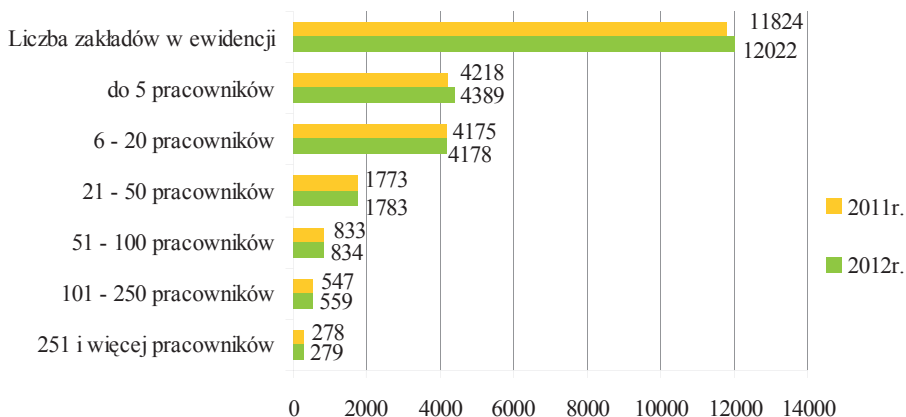


V. WARUNKI SANITARNO-HIGIENICZNE ŚRODOWISKA PRACY

V.1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

W ewidencji pionu higieny pracy stacji sanitarno-epidemiologicznych woj. wielkopolskiego w 2012 roku znajdowały się 12022 zakłady, w których zatrudnionych było 422829 pracowników. W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba podmiotów w ewidencji zwiększyła się o 198. Największą liczbę stanowiły zakłady małe, zatrudniające do 50 pracowników (Rys. 1). Spośród wszystkich zewidencjonowanych podmiotów, 71% stanowiły zakłady zatrudniające do 20 pracowników. Duże przedsiębiorstwa, zatrudniające powyżej 251 pracowników, stanowiły 2% ogółu. Były to zakłady opieki zdrowotnej oraz zakłady produkujące meble oraz żywność.

Rys. 1. Struktura zatrudnienia w nadzorowanych zakładach pracy w latach 2011-2012



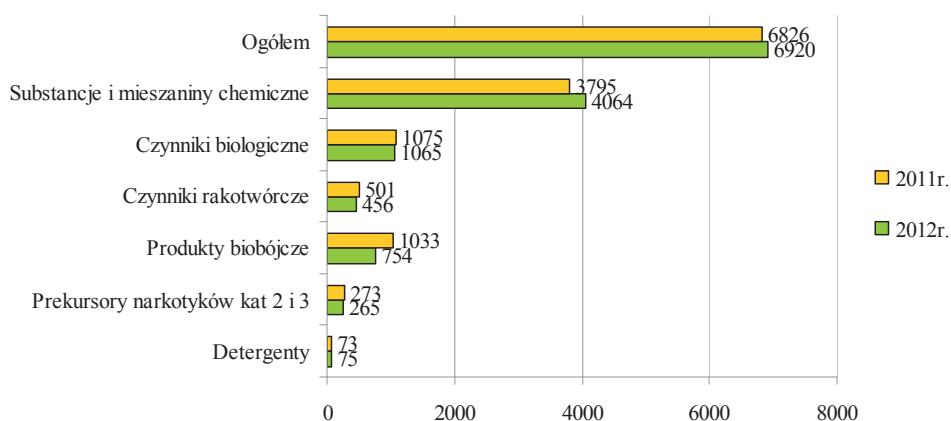
V.1.1. Kontrole w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Nadzorem sanitarnym objęto 41% zewidencjonowanych obiektów (w 2011 roku – 42%). Przeprowadzono 6920 kontrole sanitarnych w 4952 zakładach, w których zatrudnionych było łącznie 245413 pracowników. Zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego przeprowadzono szczegółowe kontrole warunków pracy oraz narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w warsztatach samochodowych i zakładach poligraficznych. W trakcie kontroli zwracano uwagę na przestrzeganie przez pracodawców przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne w zakładach pracy, stan sanitarny

pomieszczeń oraz zaplecza higieniczno-sanitarnego, wykonywanie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, przeprowadzenie profilaktycznych badań lekarskich, a także wyposażenie pracowników w środki ochrony indywidualnej. Kontynuowano wzmożony nadzór nad zakładami charakteryzującymi się szkodliwymi warunkami pracy, w szczególności nad zakładami, w których stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych hałasu.

Podobnie jak w roku ubiegłym, najwięcej kontroli przeprowadzono w zakresie stosowania i wprowadzania do obrotu substancji chemicznych i ich mieszanin (Rys. 2).

Rys. 2. Kontrole w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w latach 2011-2012

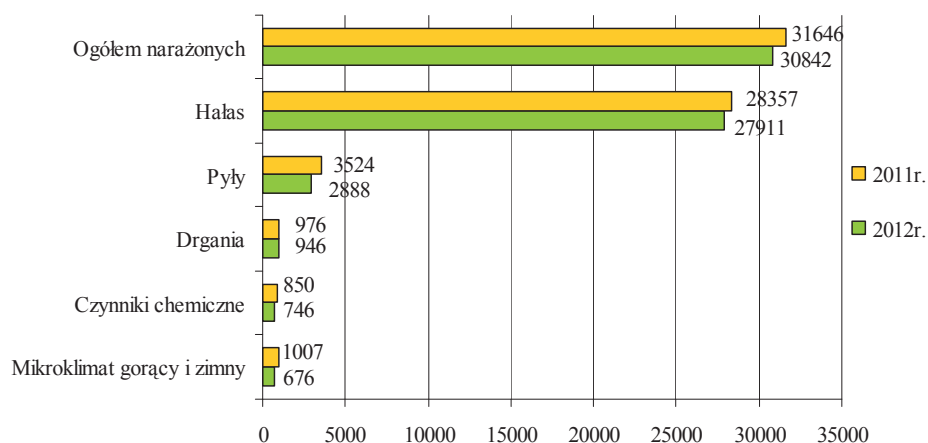


V.1.2. Narażenie na czynniki szkodliwe dla zdrowia

W 1643 zakładach będących w ewidencji pionu higieny pracy stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia (w 2011 roku – 1703). Najwięcej odnotowano w powiecie poznańskim (214), kępińskim (130), pilskim (98) i leszczyńskim (76).

Ogółem w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych pracowały 30842 osoby (w 2011 roku – 31646), w większości w zakładach przemysłu drzewnego, meblarskiego, spożywczego i metalowego. Podobnie jak w roku ubiegłym, najwięcej pracowników narażonych było na ponadnormatywny hałas (90% ogółu narażonych) i pyły przemysłowe (9%) (Rys. 3). Wielu pracowników ekspozowanych było na oddziaływanie kilku czynników szkodliwych jednocześnie.

Rys. 3. Liczba osób pracujących w przekroczeniach najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w latach 2011-2012

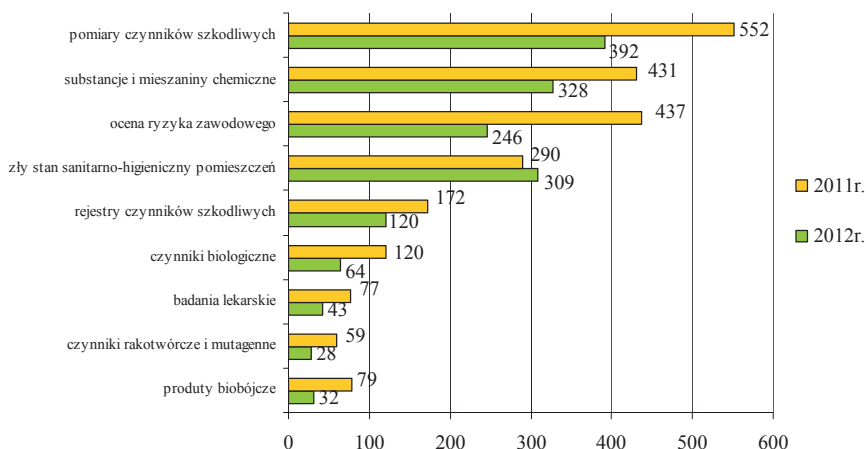


W porównaniu z rokiem ubiegłym odnotowano 3% spadek liczby zakładów, w których stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia. Największą poprawę warunków pracy uzyskano w zakresie hałasu i zapylenia. W 2012 roku wydano 52 decyzje administracyjne nakazujące obniżenie poziomu czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy oraz wprowadzenie programów działań organizacyjno-technicznych zmierzających do obniżenia nadmiernego poziomu hałasu i drgań mechanicznych. Pracodawcy podejmowali różnego rodzaju działania techniczne oraz organizacyjne np. wymieniali park maszynowy, wprowadzali automatyzację i hermetyzację procesów produkcyjnych, instalowali nowe systemy ochron zbiorowych (tj. wentylacje miejscowe lub odciały). W przypadkach, gdy uniknięcie lub wyeliminowanie narażenia jest niemożliwe za pomocą środków technicznych i organizacyjnych, zobowiązywano pracodawców do przeprowadzania regularnych pomiarów środowiska pracy oraz zapewnienia pracownikom atestowanych i odpowiednio dobranych środków ochrony indywidualnej.

V.1.3. Postępowanie administracyjne

Podobnie jak w roku ubiegłym, najwięcej nieprawidłowości stwierdzono w zakresie pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia (w 392 zakładach), wprowadzania do obrotu oraz stosowania substancji i mieszanin chemicznych (328), złego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń (309) oraz oceny ryzyka zawodowego (246) (Rys. 4).

Rys. 4. Najistotniejsze uchybienia stwierdzone w skontrolowanych obiektach w latach 2011-2012



Znaczną część stwierdzonych podczas kontroli uchybień przedsiębiorcy likwidowali w trakcie kontroli lub bezpośrednio po wszczęciu postępowania administracyjnego.

Wydano 733 decyzje administracyjne (w 2011 roku – 905) zawierające 1706 nakazów, 391 decyzji dotyczyło poprawy warunków pracy, 52 obniżenia stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia. Nie wydano decyzji unieruchamiających zakład lub stanowisko pracy. Podobnie jak w roku ubiegłym, najczęściej nakazów dotyczyło przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia (305), wprowadzania do obrotu oraz stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin (243) oraz sporządzenia lub uzupełnienia oceny ryzyka zawodowego (176).

W związku z niewykonaniem przez pracodawców części nałożonych obowiązków wydano 48 upomnień, wystawiono 11 tytułów wykonawczych oraz 15 postanowień o nałożeniu grzywny na łączną kwotę 24850 zł. W trakcie kontroli nałożono 15 mandatów na łączną sumę 4250 zł.

V.1.4. Nadzór nad czynnikami rakotwórczymi i mutagennymi w środowisku pracy

W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych woj. wielkopolskiego znajduje się 878 zakładów, w których pracownicy mają kontakt z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy. Podobnie jak w roku ubiegłym, najliczniejszą grupę stanowiły zakłady zajmujące się produkcją wyrobów z drewna (pył drewna twardego), podmioty

lecnicze (promieniowanie jonizujące i tlenek etylenu) oraz zakłady produkujące wyroby metalowe (chromiany (VI) i dichromiany (VI)).

Przeprowadzono 456 kontroli sanitarnych w 381 zakładach (w 2011 roku – 501 kontroli w 433 zakładach), w których w kontakcie z czynnikiem rakotwórczym lub mutagennym pracowało 7230 osób (w tym 2539 kobiet).

Podczas przeprowadzonych kontroli nieprawidłowości stwierdzono w 28 zakładach. Najczęściej występujące uchybienia dotyczyły braku rejestrów prac w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym (17 zakładów) oraz rejestrów pracowników zatrudnionych przy tych pracach (15 zakładów). Odnotowano przypadki nieprzekazania Wielkopolskiemu Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu corocznej informacji o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym (15 pracodawców). W związku z powyższym, wydano 16 decyzji administracyjnych z 23 nakazami.

Przeprowadzone kontrole wykazały, iż zakłady stosujące czynniki rakotwórcze czynią starania zmierzające do ich eliminacji. W zakresie minimalizacji narażenia wprowadzono różne formy wentylacji, jak również automatyzację i hermetyzację procesów produkcji. Najczęściej jednak i najpowszechniej stosowano środki ochrony osobistej.

Szczególnym nadzorem objęto podmioty zajmujące się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest. Przeprowadzono 57 kontroli w siedzibach tych firm oraz 19 kontroli w trakcie prowadzonych prac rozbiórkowych. Przede wszystkim zwracano uwagę na bezpieczeństwo i higienę pracy pracowników, wyposażenie w odpowiednie środki ochrony indywidualnej, odzież i obuwie robocze, jak również opracowanie oceny ryzyka zawodowego oraz posiadanie odpowiednich zezwoleń, decyzji procedur oraz zatwierdzonych programów gospodarowania odpadami niebezpiecznymi.

V.1.5. Nadzór nad szkodliwymi czynnikami biologicznymi

W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych woj. wielkopolskiego znajduje się 2637 zakładów, w których pracownicy są potencjalnie ekspozowani na szkodliwe czynniki biologiczne. Do najbardziej narażonych grup zawodowych należą pracownicy zatrudnieni w podmiotach leczniczych, laboratoriach diagnostycznych, rolnictwie, zakładach gospodarki odpadami, oczyszczalniach ścieków i leśnictwie.

Przeprowadzono 1065 kontroli sanitarnych w 803 obiektach, w których na działanie szkodliwych czynników biologicznych potencjalnie ekspozowanych było 41386 pracowników,

w tym 27615 z 3 grupy zagrożenia (m.in. WZW typu B i C). Najczęściej kontrolowane były zakłady produkujące artykuły spożywcze oraz podmioty lecznicze i laboratoria diagnostyczne. Podczas przeprowadzonych kontroli nieprawidłowości stwierdzono w 64 zakładach. Do najczęściej stwierdzanych uchybień należały: brak oceny ryzyka zawodowego dotyczącego czynników biologicznych (w 42 zakładach), brak rejestru prac (w 28 zakładach) i rejestru pracowników pracujących w narażeniu na czynniki biologiczne z 3 grupy zagrożenia (w 29 zakładach), brak procedur i instrukcji (w 16 zakładach) oraz przeprowadzenia szkoleń pracowników (w 6 zakładach). W związku z powyższym wydano 35 decyzji administracyjnych z 85 nakazami.

Przeprowadzone kontrole wykazały, iż pracodawcy podejmują szereg działań profilaktycznych zmniejszających narażenie pracowników m.in. zapewniają środki ochrony indywidualnej, środki do odkażania skóry, opracowują procedury i instrukcje bezpiecznego postępowania ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi oraz proponują pracownikom profilaktyczne szczepienia ochronne (np. przeciw WZW typu B, tężcowi).

V.1.6. Nadzór nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami

W ramach nadzoru nad chemikaliami przeprowadzono 5194 kontrole w 4048 podmiotach zajmujących się produkcją, wprowadzaniem do obrotu, stosowaniem oraz dystrybucją substancji chemicznych i ich mieszanin, prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3, produktów biobójczych, środków ochrony roślin oraz detergentów (Tab. 1).

W ramach inicjatyw sieci CLEEN (*Chemical Legislation European Enforcement Network*) oraz wprowadzania do obrotu produktów zawierających w swoim składzie metanol, przeprowadzono kontrole akcyjne, które stanowiły ok. 5% ogółu kontroli.

Tab. 1. Kontrole w zakresie nadzoru nad chemikaliami w latach 2011-2012

Tematyka kontroli	2011 r.	2012 r.
Substancje i mieszaniny chemiczne (wprowadzający i stosujący)	3795	4095
Prekursory narkotyków kategorii 2 i 3	273	265
Produkty biobójcze	1033	754
Detergenty	73	75
Ogółem	5174	5189

Na terenie woj. wielkopolskiego substancje chemiczne i ich mieszaniny wprowadzało do obrotu 1517 podmiotów, w tym: 329 producentów, 8 importerów oraz 1180 dystrybutorów. W porównaniu z rokiem ubiegłym, znacznie zwiększyła się liczba formulatorów – producentów mieszanin (Tab. 2).

Tab. 2. Liczba wprowadzających do obrotu substancje i mieszaniny chemiczne w woj. wielkopolskim w latach 2011-2012

Rok	Ogółem	Producenci	Dalsi użytkownicy – formulatorzy (producenci mieszanin)	Importerzy	Dystrybutorzy
2011	1154	74	103	7	970
2012	1517	76	253	8	1180

Pod patronatem sieci CLEEN (*Chemical Legislation European Enforcement Network*) w 2012 roku zrealizowano dwa projekty: E-Commerce oraz EuroDeter. W ramach pierwszego projektu kontrolowano sprzedaż niebezpiecznych chemikaliów (głównie produktów biobójczych) przez internet, zarówno w sklepach internetowych, jak i na aukcjach. W kwestionowanych przypadkach, przeprowadzano kontrole w podmiotach wprowadzających do obrotu produkty biobójcze.

Projekt EuroDeter dotyczył kontroli egzekwowania przepisów rozporządzenia (WE) Nr 648/2004 z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie detergentów (Dz. U. UE L 104 z 8 kwietnia 2004 r. ze zm.) przez producentów i importerów detergentów.

W ramach nadzoru nad chemikaliami wydano ogółem 173 decyzje administracyjne z 269 nakazami: 243 dotyczyły wprowadzania do obrotu i stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin, 24 produktów biobójczych oraz 2 detergentów.

Do najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości w zakresie nadzoru nad chemikaliami należały:

- brak lub nieaktualny spis stosowanych oraz wprowadzanych do obrotu substancji chemicznych i ich mieszanin (30 przypadków u wprowadzających do obrotu, 114 u stosujących),
- wprowadzanie do obrotu oraz stosowanie substancji chemicznych i ich mieszanin bez kart charakterystyki (7 przypadków u wprowadzających do obrotu, 67 u stosujących),
- błędne karty charakterystyki: nieprawidłowa klasyfikacja, błędne wartości NDS, błędne przepisy prawne, karty charakterystyki w języku obcym (91 przypadków u wprowadzających do obrotu, 62 u stosujących),

- nieprawidłowe oznakowanie opakowań: niezgodne z kartą charakterystyki lub niespełniające wymogów prawnych (79 przypadków u wprowadzających do obrotu, 24 u stosujących),
- wprowadzanie do obrotu oraz stosowanie substancji chemicznych i ich mieszanin bez etykiet lub z etykietami w języku obcym (5 przypadków u stosujących),
- brak instrukcji magazynowania (14 przypadków u stosujących),
- brak oznakowania miejsc magazynowania substancji i mieszanin niebezpiecznych (3 przypadki u stosujących),
- brak instrukcji bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach pracy z substancjami chemicznymi i ich mieszaninami (34 przypadki u stosujących),
- brak oceny ryzyka zawodowego w związku z występowaniem w miejscu pracy niebezpiecznych czynników chemicznych (23 przypadki u stosujących).

V.2. Choroby zawodowe

W 2012 roku na terenie woj. wielkopolskiego stwierdzono 170 chorób zawodowych (w roku poprzednim 153), a w 77 przypadkach orzeczono o braku podstaw do jej uznania (w roku poprzednim w 123). Liczba nowo stwierdzonych chorób, w porównaniu z 2011 rokiem zwiększyła się o 10%, tj. o 17 przypadków.

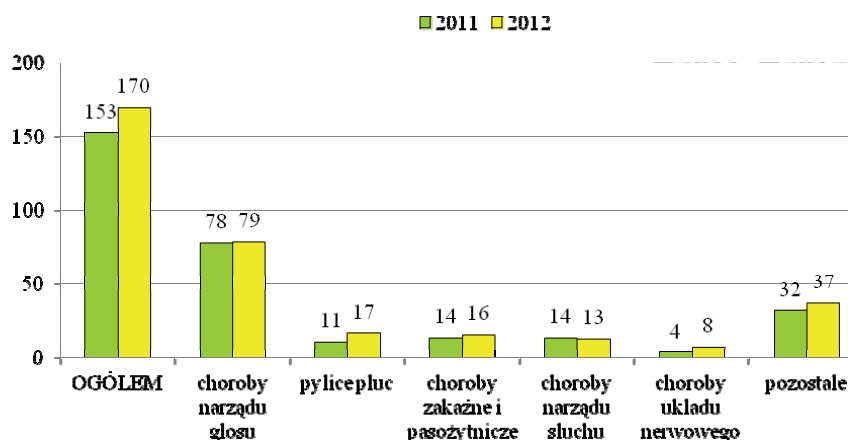
Analogicznie do roku 2011, w strukturze chorób zawodowych dominowały schorzenia niezwiązane z przemysłem, tj. przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym – 79 przypadków (46,5%) oraz choroby zakaźne i pasożytnicze albo ich następstwa – 16 przypadków (9,4%). Wśród chorób narządu głosu dominował niedowład mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głosi i trwałą dysfonią stanowiąc 78,5% przypadków w tej grupie (62 stwierdzenia). Wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych stanowiły 21,5%, tj. 17 przypadków.

W grupie schorzeń związanych z narażeniem pracowników na czynniki szkodliwe w środowisku pracy przeważały „klasyczne” choroby zawodowe – pylice płuc (17 przypadków - 10%) oraz choroby narządu słuchu (13 przypadków - 7,6%) i przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (8 przypadków - 4,7%) (Rys. 5).

Łączny udział pięciu wymienionych grup chorób wynosił 78,2% ogółu chorób zawodowych. Pozostałe jednostki chorobowe stwierdzane były na terenie woj. wielkopolskiego z częstością nieprzekraczającą 4,2%.

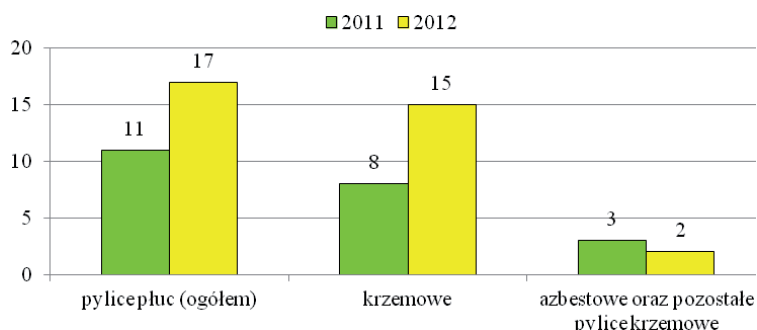
Największy spadek stwierdzanych chorób zawodowych (w liczbach bezwzględnych) odnotowano w chorobach opłucnej lub osierdzia wywołanych pyłem azbestu (o 3 przypadki).

Rys. 5. Struktura stwierdzonych chorób zawodowych w latach 2011-2012 w woj. wielkopolskim



Szczególną uwagę zwraca ponad 54% wzrost liczby notowanych przypadków chorób i zmian patologicznych będących skutkiem zawodowego narażenia na pyły, tj. pylice płuc (pylica krzemowa oraz pylice azbestowe i inne pylice krzemowe). W 2012 roku stwierdzono łącznie 17 przypadków pylic płuc o etiologii zawodowej (w 2011 roku – 11). Wśród ogółu stwierdzonych pylic płuc dominowała postać krzemowa (15 przypadków – 88,2%) (Rys. 6). Dotyczyły one w większości mężczyzn po 50 roku życia, eksponowanych w środowisku pracy na pyły średnio przez okres 20 lat. W stosunku do roku ubiegłego odnotowano również wzrost liczby przypadków przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego – o 4 przypadki (tj. 50%) oraz przewlekłych chorób układu ruchu – o 3 przypadki (tj. 42,9%). W 2012 roku stwierdzono 8 przypadków przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego oraz 7 przypadków przewlekłych chorób układu ruchu.

Rys. 6. Struktura stwierdzonych zawodowych pylic płuc w latach 2011 – 2012 w woj. wielkopolskim



Najczęściej stwierdzaną chorobą zawodową w grupie chorób zakaźnych i inwazyjnych była borelioza (11 przypadków), której procentowy udział wynosił ponad 68% w tej grupie (Tab. 3). U 3 osób rozpoznano wirusowe zapalenie wątroby typu C. Dotyczyło ono pielęgniarek powyżej 45 roku życia, zatrudnionych w oddziałach szpitalnych specjalności zabiegowych. W 2012 roku stwierdzono także 2 przypadki gruźlicy pochodzenia zawodowego. Dotyczyły one pielęgniarki i lekarza.

Tab. 3. Choroby zakaźne i inwazyjne stwierdzone w latach 2011-2012 w woj. wielkopolskim

Rok	WZW typu B	WZW typu C	Gruźlica	Borelioza	Razem
2011	0	4	1	9	14
2012	0	3	2	11	16

Najwięcej stwierdzonych chorób zawodowych odnotowano w powiatach: poznańskim, (49 przypadków, co stanowi 28,8% ogółu stwierdzeń), konińskim (15 przypadków, co stanowi 8,8% ogółu stwierdzeń) i gnieźnieńskim (14 przypadków, co stanowi 8,2% ogółu stwierdzeń). Dotyczyły one głównie przewlekłych chorób narządu głosu spowodowanych nadmiernym wysiłkiem głosowym (za wyjątkiem powiatu gnieźnieńskiego, gdzie najczęściej stwierdzano choroby azbestozależne).

Podsumowanie

1. W ewidencji pionu higieny pracy znajdują się 12022 zakłady, w których zatrudnionych jest ogółem 422829 pracowników. W porównaniu z rokiem poprzednim, prowadzona ewidencja wzrosła o 198 obiekty. Większość stanowią zakłady małe, zatrudniające do 50 pracowników.
2. Skontrolowano 4952 obiekty (41% zewidencjonowanych obiektów). W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydano 733 decyzje administracyjne zawierające 1706 nakazów. Podobnie jak w roku ubiegłym, najczęściej uchybień dotyczyło braku aktualnych pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wprowadzania do obrotu oraz stosowania substancji i mieszanin chemicznych oraz oceny ryzyka zawodowego.
3. W 1643 obiektach będących w ewidencji pionu higieny pracy stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia. Najwięcej w powiecie poznańskim (214), kępińskim (130), pilskim (98)

- i leszczyńskim (76). W porównaniu z rokiem ubiegłym odnotowano 3% spadek liczby zakładów, w których stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych.
4. Na terenie woj. wielkopolskiego stwierdzono 170 chorób zawodowych, co stanowi 10% wzrost w stosunku do roku poprzedniego.
 5. Analogicznie do roku poprzedniego, w strukturze chorób zawodowych dominowały przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, które stanowiły 46,5% ogółu stwierdzeń.
 6. Szczególną uwagę zwraca ponad 50% wzrost liczby stwierdzanych przypadków chorób i zmian patologicznych będących skutkiem zawodowego narażenia na pyły – pylice płuc.
 7. W porównaniu z rokiem ubiegłym na terenie woj. wielkopolskiego o 24% zwiększyła się liczba podmiotów odpowiedzialnych za wprowadzanie do obrotu substancji chemicznych i ich mieszaniny, co spowodowane jest rosnącą co roku liczbą dystrybutorów.
 8. W ramach nadzoru nad chemikaliami realizowano dwa projekty europejskie pod patronatem sieci CLEEN (*Chemical Legislation European Enforcement Network*): E-Commerce oraz EuroDeter.



VI. HIGIENA RADIACYJNA

VI.1. Nadzór nad źródłami promieniowania jonizującego

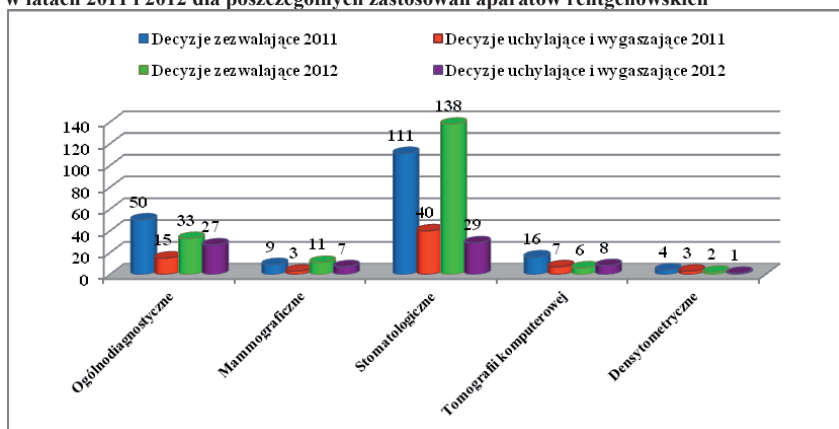
Na terenie woj. wielkopolskiego w 2012 roku stosowano dla celów medycznych 1358 aparatów rentgenowskich (wzrost o 9,1 % w porównaniu z rokiem 2011).

W ciągu roku zaopiniowano pozytywnie 156 projektów nowych gabinetów rentgenowskich, z czego większość stanowiły gabinety stomatologiczne (104 opinie). W stosunku do roku 2011 liczba ta wskazuje na 17% spadek planowanych nowych gabinetów z aparatem rtg (187 projektów w 2011 roku). Na etapie opiniowania 40 projektów nie spełniało wymagań ochrony przed promieniowaniem jonizującym.

Rozpatrzone pozytywnie 226 wniosków o wydanie zezwolenia na stosowanie aparatu rentgenowskiego i uruchomienie pracowni oraz 15 wniosków o zmianę wcześniej wydanych decyzji. Każde wydane zezwolenie na uruchomienie pracowni czy stosowanie aparatu rentgenowskiego poprzedzała kontrola sprawdzająca spełnianie wymagań ochrony radiologicznej ze szczególnym uwzględnieniem ochrony pacjenta. Na etapie ubiegania się o zezwolenie 7% gabinetów nie spełniało wymagań do wydania zezwolenia. Na stosowanie aparatów rentgenowskich zezwalało 190 decyzji, na uruchomienie pracowni rentgenowskich 36 decyzji, jeden wniosek pozostawiono bez rozpatrzenia.

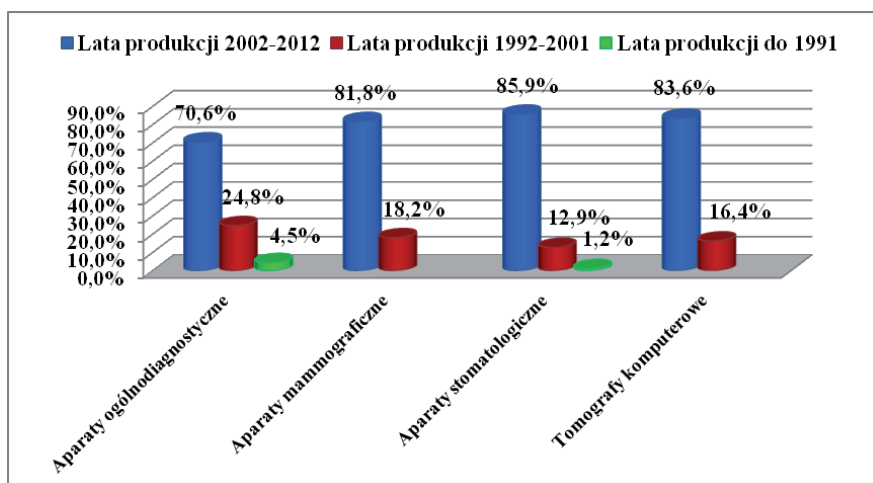
Wydano 72 decyzje uchylające i wygaszające zezwolenia na stosowanie aparatów rentgenowskich i 18 na pracownie rentgenowskie. Uchylanie zezwoleń związane było najczęściej ze zmianą jednostki organizacyjnej stosującej aparat, a także z likwidacją wyeksploatowanych aparatów. Spośród aparatów stosowanych w 2012 roku najwięcej wymieniono aparatów do tomografii komputerowej – 12,9%, mammograficznych – 12,5%, ogólnodiagnostycznych – 6,8%, densytometrii – 5,6 % i stomatologicznych – 4,1%.

Rys. 1. Porównanie liczby wydanych decyzji zezwalających oraz uchylających i wygaszających zezwolenia w latach 2011 i 2012 dla poszczególnych zastosowań aparatów rentgenowskich



Systematyczna wymiana aparatów na nowe lub mniej wyeksploatowane dostosowane do realizowanych w danym gabinecie procedur radiologicznych jest procesem ciągłym związanym głównie z wdrożonym systemem bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla celów medycznych. Zdemontowane zostały aparaty nie gwarantujące oczekiwanej jakości diagnostyki wraz z zachowaniem optymalnej ekspozycji pacjenta na promieniowanie jonizujące. Poniżej przedstawiono rozkład użytkowanych aparatów rtg i lat produkcji (Rys. 2).

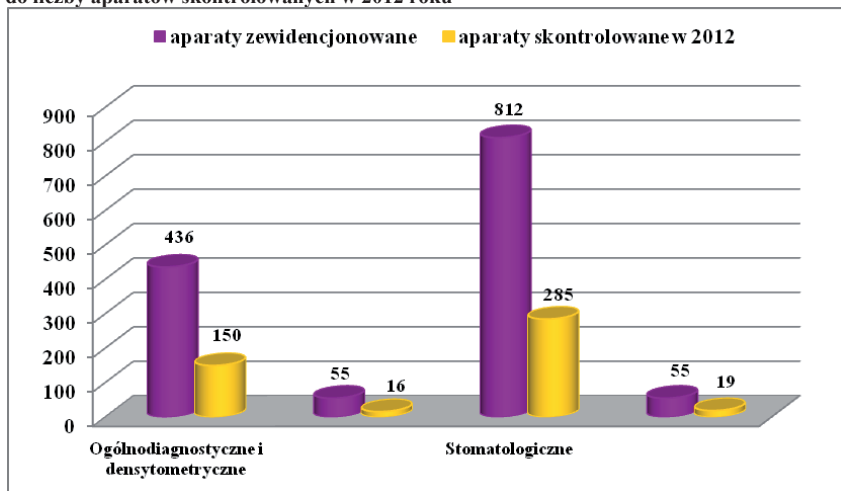
Rys. 2. Udział procentowy stosowanych aparatów w zależności od eksploatacji aparatu



Dominujący udział mają aparaty nie starsze niż 10 lat. W diagnostyce z zastosowaniem aparatów mammograficznych najstarszy wykorzystywany aparat w województwie został wyprodukowany w 1994 roku.

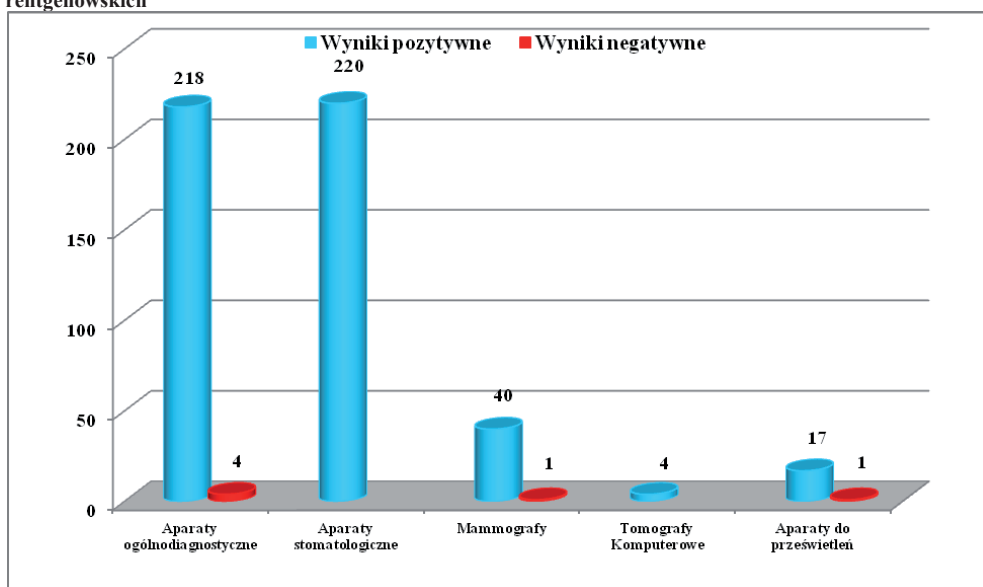
W ramach nadzoru zapobiegawczego (przed uruchomieniem pracowni i aparatu rtg) i bieżącego (w trakcie eksploataowania aparatów i pracowni) skontrolowano 340 pracowni i gabinetów rtg oraz 470 zestawów rentgenowskich (aparaty rtg wraz z systemem obrazowania i wywoływania zdjęć). Kontrole obejmowały ocenę ochrony radiologicznej pracowników, pacjentów poddawanych działaniu promieniowania i osób postronnych. Działania nadzоровe koncentrowały się na zapewnieniu właściwego systemu ochrony radiologicznej i ochrony pacjenta. Przy 354 aparatach wykonano kontrolne pomiary dozymetryczne, przy 62 kontrolne testy fizycznych parametrów pracy zestawów rentgenowskich.

Rys. 3. Porównanie liczby stosowanych w woj. wielkopolskim aparatów rentgenowskich w celach medycznych do liczby aparatów skontrolowanych w 2012 roku



Ocenę jakościową stosowanych zestawów rentgenowskich przeprowadzano w oparciu o testy kontroli jakości. Wykonano 505 testów parametrów jakości, z czego 6 (1,2%) testów miało wynik negatywny (w 2011 roku 1,9%). Wiąże się to z kontrolami najstarszych i najbardziej eksploatowanych aparatów ogólnodiagnostycznych.

Rys. 4. Liczba testów kontroli jakości negatywnych i pozytywnych wykonanych przy aparatach rentgenowskich



Rys. 5. Aparat z ramieniem C GENORAY ZEN 3090



W roku 2012 przeprowadzono kontrolę wielkości dawek ekspozycyjnych otrzymywanych przez pacjentów w 60 badaniach dla najczęściej stosowanych procedur radiologicznych.

Podczas kontroli oceniającej stan ochrony radiologicznej stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły najczęściej braku aktualnych wyników testów kontroli fizycznych parametrów zestawów rentgenowskich (43% nieprawidłowości), braku szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej lub ochrony pacjenta (28%), braku zezwolenia na stosowanie aparatu rtg (19%),