

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

wpłynęło 16.09.2021 wysłano

L.dz. 4545

znak sprawy

podpis

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 39/EP/21

NS.EP.9020.21.3.MPR.2021

Kłodzko, dnia 06 września 2021 roku
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Joannę Strugarek numer upoważnienia stałego CK 13/18 oraz Martę Pianka-Rudy numer upoważnienia stałego CK 10/18,

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku.

(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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 195 t.j.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany : „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko, telefon : (74) 865 12 59, faks: (74)865 12 59, poczta elektroniczna : sekretariat@zoz.klodzko.pl

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu : Oddział Kardiologii „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko, telefon : 74 865 12 40, faks: (74)865 12 59, poczta elektroniczna : sekretariat@zoz.klodzko.pl; rodzaj prowadzonej działalności : Działalność Szpitali

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań : „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku,

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

ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko, telefon : (74) 865 12 59, faks: (74)865 12 59, poczta elektroniczna : sekretariat@zoz.klodzko.pl

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: NIP : 8831598671, REGON : :000316418 , PKD: 86.10.Z
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym: dr n. o zdr. Jadwiga Radziejewska Dyrektor „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* : Pani Krystyna Szymczon Pielęgniarka ds. Zakazów upoważnienie wydane przez Panią dr n. o zdr. Jadwigę Radziejewską Dyrektor „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku wydane dnia 06.09.2021 r.

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* : nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

UWAGA

INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 06 września 2021 roku godz. 11¹⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: *nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Podmiot nie prowadzi działalności gospodarczej w rozumieniu Ustawy z dnia 06 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (j. t. Dz. U. z 2021 r. poz. 162) oraz art. 48 ust. 11, pkt. 4 (j. t. Dz. U. z 2021 r. poz. 162 - Ustawa z dnia 6 marca 2018 roku – Prawo Przedsiębiorców)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 06 września 2021 roku godz. 14⁰⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli: *Kontrola dotycząca zgłoszenia ogniska epidemicznego w Oddziale Kardiologii w „Zespole Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku*
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: 1) *Procedura QP - 028E „Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych Clostridium Difficile”*; 2) *Pełnomocnictwo dla Pani Krystyny Szymson Pielęgniarka ds. Zakażeń upoważnienie wydane przez Panią dr n. o zdr. Jadwigę Radziejewską Dyrektor „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku wydane dnia 06.09.2021 r.*; 3) *Karty Izolacji Pacjenta*
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: *nie dotyczy*
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: *nie dotyczy*

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie, np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli. Aktualnie nie toczy się postępowanie administracyjno - egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli, np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obektu, stanu sanitarno-higienicznego do kontrolowanego obiektu. W dniu 06 września 2021 roku do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku wpłynął raport wstępny o wystąpieniu ogniska epidemicznego *Clostridium difficile* w Oddziale Kardiologii kontrolowanego podmiotu leczniczego. Liczba pacjentów zakażonych w ognisku epidemicznym to 2 osoby, natomiast liczba pacjentów narażonych na zakażenie w ognisku epidemicznym to 8 osób. W dniu kontroli przeanalizowano procedury dot. postępowania w przypadku zakażenia bakterią *Clostridium difficile* oraz inne procedury sanitarno – higieniczne stosowane w oddziale. Podmiot posiada stosowne procedury, pracownicy zostali zapoznani z procedurami. Pacjenci zakażeni zostali umieszczeni w sali izolacyjnej bez dostępu do pomieszczenia higieniczno – sanitarnego, oddzieleni od innych pacjentów oddziału. Osoby zakażone to pacjentka leżąca (pampersy) oraz pacjent poruszający się o własnych siłach, dla

CH MPN J

którego została wydzielona mobilna toaleta, pacjent ten posiada zakaz korzystania z toalety ogólnej dla pacjentów. W sali izolacyjnej wydzielony został sprzęt dla pacjentów zarówno jednorazowego użytku, jak i wielokrotnego użycia. Do dezynfekcji sprzętu oraz powierzchni dotykowych został wydzielony preparat Oxivir Sporicide oraz chusteczki jednorazowe Oxivir Sporicide Wipe. W sali izolacyjnej znajduje się punkt mycia i dezynfekcji rąk, wyposażony w dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik na ręczniki jednorazowego użytku. Personel medyczny udając się do Sali izolacyjnej stosuje bieliznę jednorazowego użycia, która jest zakładana w gabinecie zabiegowym ze względu na ograniczoną ilość miejsca w sali izolacyjnej, przy wyjściu z sali izolacyjnej odzież zostaje wyrzucana do pojemnika z odpadami medycznymi. Dla pacjentów stosowana jest bielizna jednorazowego użycia i wielokrotnego użycia, po użyciu wyrzucana do odpadów medycznych lub oddawana do pralni (bielizna wielokrotnego użycia). Do sprzątania sali izolacyjnej został wydzielony sprzęt porządkowy, sprzątanie odbywa się 3 x dziennie oraz w razie potrzeby, personel sprząający również stosuje bieliznę jednorazowego użycia przy wejściu do sali izolacyjnej.

Pacjenci zakażeni w oddziale :

Pacjent N.M. przyjęty 10.08.2021 r., pierwsze objawy zakażenia 03.09.2021 r. (biegunki) wynik dodatni z dnia 03.09.2021 r. dodatni (toksyna A/B (+)) Clostridium difficile). Przed wystąpieniem zakażenia pacjent przebywał w sali jednoosobowej.

Pacjentka B.A. przyjęta 22.08.2021 r., pierwsze objawy 03.09.2021 r. (biegunki), wynik dodatni z dnia 03.09.2021 r. (toksyna A/B (+)) Clostridium difficile), pacjentka przebywała z dwiema osobami, tj. K.B – bez objawów (przebywa na sali nr 6) i B.J. pacjentka zmarła w dniu 05.09.2021 r.

Pacjent mający kontakt z pacjentką B.A zostanie przebadana w kierunku *Clostridium difficile*.

Protokół kontroli sporządzono w siedzibie PSSE w Kłodzku.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono* : nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

1) zalecono, aby monitorować stan pozostałych pacjentów, szczególnie pacjenta z kontaktu z osobą zakażoną bakterią *Clostridium difficile*;

2) zalecono, aby wdrażać szkolenia przypominające dla personelu medycznego dot. metod zapobiegania transmisji CDI oraz przeprowadzać rozmowy edukacyjne z pacjentami zakażonymi CDI i ich rodziną dot. izolacji kontaktowej.

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

[Signature] *MP12* *[Signature]*

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 do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(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

Wryszyno Szymnar

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Stanisław Jan

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Marek Pionka - Ruszy

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 09 września 2021 roku

Wryszyno Szymnar

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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