

POWIATOWA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA  
w KŁODZKU  
57-300 Kłodzko, ul. Stefana Okrzei 16  
tel. 074 867 35 26, 867 33 23, fax 074 867 69 66  
NIP 883-10-36-080, REGON 890723692

„Zespół Opieki Zdrowotnej”  
w Kłodzku

Strona 1 z 12

wpłynęło 21 GRU 2023  
L.dz. 7490 wysłano  
znak sprawy  
podpis

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 141/EP/23

NS.EP.9020.2.18.2023.RMN

Kłodzko, dnia 12 grudnia 2023 roku  
(miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez  
stałego CK 11/18 oraz  
CK 2/23.

- Sekcja Epidemiologii numer upoważnienia  
- Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia stałego

(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 (t.j. Dz. U. z 2023 roku, poz. 338) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 775).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany : „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a 57-300 Kłodzko, telefon: 74 865 12 01, faks: 74 867 40 66, poczta elektroniczna: sekretariat@zoz.klodzko.pl  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu : „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a 57-300 Kłodzko, telefon: 74 865 12 01, 74 865 12 59, faks: 74 867 40 66, poczta elektroniczna: sekretariat@zoz.klodzko.pl - Oddział Chorób Wewnętrznych, rodzaj prowadzonej działalności - kompleksowe świadczenia zdrowotne w rodzaju świadczenia szpitalne.  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań : „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a 57-300 Kłodzko, telefon: 74 865 12 01, faks: 74 867 40 66, poczta elektroniczna: sekretariat@zoz.klodzko.pl  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))  
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))
4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: NIP: 8831598671, REGON : 000316418, PKD: 86.10.Z
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym: dr n. o zdrowiu Jadwiga Radziejewska Dyrektor  
(imię i nazwisko/stanowisko)
6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\* : Pani Krystyna Szymczon - Pielęgniarka ds. Zakażeń - pełnomocnictwo wydane dnia 12 grudnia 2023 roku przez Panią Jadwigę Radziejewską Dyrektora „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku.  
(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)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli : 12 grudnia 2023 roku, godz. 10:00

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 roku - Prawo Przedsiębiorców(t.j. Dz. U. z 2023 roku.poz.221)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 12 grudnia 2023 roku, godz. 13:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*: 2 godziny
6. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola interwencyjna, ocena zasad postępowania w ognisku epidemicznym *Klebsiella Pneumoniae* i *Clostridium difficile* oraz ocena stanu sanitarno-technicznego w Oddziale Chorób Wewnętrznych
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\* : 1) wykonano zapis obrazu telefonem służbowym
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów: nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli: 1) Pełnomocnictwo Pani Krystyny Szymoszon - Pielęgniarki ds. Zakażeń; 2) Procedura QP-028-E-OS „Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridioides difficile*”; 3) Procedura QP-030-E-OS „Postępowanie w przypadku wykrycia szczepów pałeczek z rodziny Enterobacteriales wytwarzających karbapenemazy typu KPC, NDM, OXA-48; 4) Faktura nr 2384002383047073 z dnia 7 listopada 2023 roku - faktura za usługi pralnicze; 5) Potwierdzenie karty przekazania odpadów w systemie BDO, numer karty - 00088/2023/KPO/0001/000168163 z dnia 13 grudnia 2023 roku, dot. odpadów o kodzie 180103; 6) Protokoły ze spotkania zespołu kontroli zakażeń szpitalnych z dni: 13.05.2023, 22.05.2023, 27.06.2023; 7) Notatka ze spotkania zespołu kontroli zakażeń szpitalnych z Dyrekcją z dnia: 11.09.2023; 8) Notatka służbowa z dochodzenia epidemiologicznego w oddziale wewnętrznym szpitala w Kłodzku z dnia 10.10.2023, 11.10.2023, 18.10.2023, 07.12.2023; 9) Listy obecności uczestników szkolenia z dni: 10.03.2023, 18.05.2023, 19.05.2023; 10) Opinia Konsultanta Krajowego w sprawie przygotowania rąk personelu do pracy z dnia 21.08.2023; 11) Receptariusz antybiotykowy zatwierdzony dnia 10.10.2023 roku; 12) Dokumentacja medyczna pacjentów izolowanych w diu kontroli; 13) Miesięczny planowany rozkład usług medycznych świadczonych przez personel medyczny oddziału za miesiąc grudzień 2023 r, 14) Zalecenie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych Nr 5/23 z dnia 30.08.2023 roku; 15) Zarządzenie nr 59 z dnia 02.10.2023 w sprawie zmiany składu Zespołu Zakażeń Szpitalnych, 16) Dokumentacja dotycząca składu Komitetu do spraw Zakażeń Szpitalnych.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*: 1) pełnomocnictwo Pani Krystyny Szymoszon, 2) zdjęcie wykonane telefonem służbowym, 3) Zalecenie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych Nr 5/23 z dnia 30.08.2023 roku, 4) klauzula RODO.
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. Wydano Decyzje PPIS w Kłodzku: Decyzja nr 1000/23 z dnia 17.05.2023, Decyzja nr 322/19 z dnia 28.03.2019, Decyzja nr 644/22 z dnia 29.04.2022, Decyzja nr 642/22 z dnia 29.04.2022, Decyzja nr 2485/22 z dnia 14.12.2022, Decyzja nr 1436/23 z dnia 10.07.2023, Decyzja nr 1434/23 z dnia 10.07.2023, Decyzja nr 2041/23 z dnia 27.09.2023, Decyzja nr 1354/23 z dnia 27.06.2023.

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

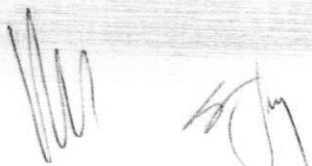
Kontrolę w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a 57-300 Kłodzko przeprowadzono w związku z trwającymi od miesiąca maja 2023 roku ogniskami epidemicznymi - *Klebsiella pneumoniae* Typ NDM ESBL (+) oraz ponownie rozwijającym się ogniskiem *Clostridium difficile*. Raport wstępny dot. ogniska *Klebsiella pneumoniae* Typ NDM ESBL (+) przesłano do PSSE w Kłodzku dnia 29.05.2023 roku, raport wstępny dot. ogniska *Clostridium difficile* przesłano do PSSE w Kłodzku dnia 31.05.2023 roku. W ognisku *Klebsiella pneumoniae* Typ NDM ESBL (+) od maja 2023 roku na dzień 12 grudnia 2023 roku zarejestrowano 25 pacjentów w tym 4 zgony. W ognisku *Clostridium difficile* od maja 2023 roku na dzień 12 grudnia 2023 roku zarejestrowano 59 pacjentów w tym 11 zgonów. Ogniska od maja 2023 roku stale się powiększają.

W dniu kontroli w Oddziale Chorób Wewnętrznych 42 łóżka zajęte na 56 zarejestrowanych, dwóch pacjentów izolowanych w osobnych salach:

1. Pacjentka Pani Elżbieta B. z potwierdzonym zakażeniem *Clostridium difficile* - wynik dodatni z dnia 2 listopada 2023 roku oraz *Klebsiella pneumoniae* Typ NDM ESBL (+) - wynik dodatni z dnia 7 grudnia 2023 roku. Sala pełniła funkcję izolatki nr 8.
2. Pacjent Pan Wiesław S. z potwierdzonym zakażeniem *Clostridium difficile* - wynik dodatni z dnia 2 grudnia 2023 roku. Sala pełniła funkcję izolatki nr 6.

Kontrola sal izolacyjnych przez przedstawicieli PPIS w Kłodzku odbyła się na końcu z zachowaniem szczególnej ostrożności unikając kontaktu dotykowego oraz z użyciem środków ochrony indywidualnej, które pozostawiono w sali izolacji.

Sale numer 6 i 8 bez dostępu do węzła sanitarnego, pacjenci pampersowani. Na salach zapewniono wydzielony sprzęt medyczny, tj. - ciśnieniomierz, stetoskop, termometr. Sale wyposażono w odpowiednie preparaty do dezynfekcji w tym preparaty sporobójcze - Incidin Oxywipes, Cleanisept wipes forte, Oxivir sporicide, AHD 1000. Preparaty z aktualną datą ważności. Zapewniono możliwość mycia i dezynfekcji rąk - punkty mycia rąk z ciepłą i zimną wodą, wyposażone w dystrybutory z ręcznikami jednorazowego użytku oraz pojemnikami na zużyte ręczniki - w trakcie czynności kontrolnych nieprzepełnione. W salach izolacji zapewniono właściwą segregację odpadów - osobne, odpowiednio opisane pojemniki z workami koloru czerwonego na brudną pościel, odpady żywnościowe i pozostałe odpady medyczne. Sale izolacji były odpowiednio opisane i zamknięte. Wstrzymano odwiedziny pacjentów izolowanych.



Do izolowanych pacjentów przydzielono następujący personel:

1. Lekarz - \_\_\_\_\_

2. Pielęgniarka - \_\_\_\_\_ a

Przeprowadzono rozmowy z Panią \_\_\_\_\_, pełniącą funkcje kierownicze w zastępstwie Pielęgniarki Oddziałowej, która oświadczyła, że pacjenci izolowani z powodu *C. difficile* kończą izolację po ustaniu objawów biegunkowych, natomiast pacjenci izolowani z powodu *K. pneumoniae* kończą izolację po uzyskaniu wyników negatywnych. Pielęgniarka oświadczyła również, że w ramach badań przesiewowych kontrolowani są tylko pacjenci z bezpośredniego kontaktu z pacjentem zakażonym *K. pneumoniae* z tej samej sali chorych - nie wykonuje się badań u pozostałych pacjentów z oddziału. Stanowisko to jest niezgodne z punktem 5.4 procedury QP-030-E-OS "Postępowanie w przypadku wykrycia szczepów pałeczek z rodziny Enterobacterales wytwarzających karbapenemazy typu KCP, NDM, OXA-48", zgodnie z którym jako pacjentów z kontaktu należy także uznać pacjentów przebywających na tym samym oddziale, będących pod opieką tego samego personelu.

Przeprowadzono rozmowy z personelem Oddziału Chorób Wewnętrznych: Pielęgniarka - \_\_\_\_\_, Rehabilitant - M. \_\_\_\_\_, Salowy - A. \_\_\_\_\_, który oświadczył, że środki ochrony indywidualnej, tj. maseczki, fartuchy jednorazowe, kombinezony jednorazowe, rękawiczki, czepki są zakładane przed wejściem na salę izolacji, a po wykonanych czynnościach pozostawiane w odpowiednim pojemniku na odpady medyczne o kodzie 180103 na sali izolacji. Personel ma świadomość w których salach przebywają pacjenci izolowani oraz zna rodzaj czynnika zakaźnego. Toaleta pacjenta izolowanego jest przeprowadzana za pomocą jednorazowych chusteczek oraz w razie potrzeby z użyciem miski z wodą i gazy. Woda z miski jest wylewana w brudownik do specjalnie do tego celu przeznaczonej toalety. Sprzątanie w salach izolacyjnych odbywa się na końcu, podobnie jak rehabilitacja pacjentów.

Zgodnie z oświadczeniem Salowego - Pana \_\_\_\_\_ sprzątanie sal odbywa się codziennie. Powierzchnie dotykowe - rama łóżka pacjenta, stolik przyłóżkowy są myte i dezynfekowane w kolejności od głowy do stóp i od góry do dołu. Do mycia podłogi są stosowane nakładki na mopy wielokrotnego użytku. Mopy są zamaczane w wiadrze jednokrotnie, następnie podłoga jest przecierana ruchem jednokierunkowym, a po oderwaniu mopa od podłogi zużyta nakładka jest umieszczana w czerwonym worku i wymieniana na nową. Przeciętnie są zużywane co najmniej dwie nakładki na mop na jedną salę chorych. Do mycia i dezynfekowania powierzchni dotykowych są stosowane chusteczki jednorazowego użytku ruchem jednokierunkowym bez odrywania od powierzchni, wyrzucane do



pojemnika na odpady medyczne. Pościel jest przebierana codziennie i w razie potrzeby z zachowaniem szczególnej ostrożności unikając energicznych ruchów i roztrzepywania, zużyta pościel jest bezpośrednio umieszczana w specjalnie do tego celu przeznaczonym pojemniku wyścielonym czerwonym workiem. Na pytanie, czy przełożony nadzorował proces sprzątania poprzez bezpośrednią obserwację uzyskano odpowiedź negatywną. Zgodnie z oświadczeniem Salowego - Pana [redacted] a „przełożony po zakończonych czynnościach sprzątania czasami dokonuje oceny wizualnej i w przypadku stwierdzonych nieprawidłowości, np. pozostawienia czegoś, prosi o poprawę sprzątania”. Ponadto stwierdzono, że Salowy - Pan [redacted] w trakcie kontroli posiadał na dłoniach biżuterię - obrączkę. Nie przedstawiono do wglądu dokumentacji dot. pobierania prób czystościowych z oddziału i badań w tym zakresie oraz nie przedstawiono do wglądu dokumentacji potwierdzającej nadzór nad personelem sprzątającym w zakresie bezpośredniej obserwacji. Przedstawiciel Zespołu d. s. Zakażeń Szpitalnych - Pani Krystyna Szymosz oświadczyła, że takie badania nie są wykonywane regularnie, pomimo trwających zagrożeń epidemiologicznych w oddziale oraz oświadczyła, że Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadzał dochodzenia epidemiologiczne jedynie z wydaniem ogólnych zaleceń. Nie przedstawiono do wglądu dokumentacji z kontroli wewnętrznej dotyczącej Oddziału Chorób Wewnętrznych. Brak jest zatem nadzoru nad sposobem i jakością sprzątania. Brak jest nadzoru nad personelem w zakresie przestrzegania procedur i realizacja działań zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym.

Na podstawie dokumentacji -Zalecenie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych Nr 5/23 z dnia 30.08.2023 roku zobowiązano wszystkich pracowników medycznych szpitala do bezwzględnego przestrzegania Opinii w sprawie przygotowania rąk personelu do pracy, wystosowanej dnia 21.08.2023 roku przez Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego. Opinia stanowi, że ręce personelu to jeden z głównych wektorów transmisji patogenów w środowisku szpitalnym, a na efekt dekontaminacji rąk składa się nie tylko prawidłowo wykonana procedura mycia i/lub dezynfekcji rąk ale również odpowiednie przygotowanie rąk (zasada "nic poniżej łokci") i pod uwagę należy wziąć następujące kryteria:

- ubranie robocze z krótkim rękawem,
- zdjęcie wszelkiej biżuterii (zegarek, bransolety, pierścionki, obrączka),
- utrzymanie krótkich paznokci (niewystające poza opuszki palców),
- brak sztucznych powłok na paznokciach (tipsy, lakiery).

Konsultant zwraca uwagę, że taki sposób podejścia do pracy służy nie tylko ograniczeniu zakażeń wśród pacjentów ale również zapewnia bezpieczeństwo

pracownikowi, ponadto badania w których higiena rąk stanowi główną interwencję wykazały znaczny spadek zakażeń.

Reasumując, higiena rąk personelu jest uznawana za podstawę profilaktyki zakażeń szpitalnych, nie jest kwestią dowolną - jest ona obowiązkiem każdego pracownika. Konsultant podnosi również bezzasadność sporu wśród pracowników medycznych w kwestii przygotowania rąk do pracy - wysiłki powinny być skierowane na przestrzeganie zasad higieny, a nie na ich omijanie.

Analiza dokumentacji wykazała, że personel Oddziału Chorób Wewnętrznych został zapoznany z w/w stanowiskiem (załączono listy osób opatrzone podpisem).

Zgodnie z Procedura - QP-028-E-OS "Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridioides Difficile*" załącznik nr 2, 3 informuje o konieczności dokładnej dezynfekcji sprzętu i obowiązku ścisłego przestrzegania higieny rąk, które obejmują między innymi mycie rąk, w tym mycie rąk po zdjęciu rękawic jednorazowych. Procedura nie dopuszcza stosowania rękawic jednorazowych jako alternatywy dla mycia rąk czy odpowiedniego przygotowania rąk do pracy.

Zgodnie z Procedura - QP-030-E-OS "Postępowanie w przypadku wykrycia szczepów pałeczek z rodziny *Enterobacterales* wytwarzających karbapenemazy typu KCP, NDM, OXA-48 załącznik nr 4 pkt 11 należy przestrzegać higieny rąk uwzględniając dezynfekcję i wdrożyć zasadę "nic poniżej łokci".

Zgodnie z Procedura - QP-028-E-OS "Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridioides Difficile*" pkt 5 do stosowania procedury zobowiązani są wszyscy pracownicy medyczni oraz personel pomocniczy zatrudniony w podmiocie leczniczym Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku.

Zgodnie z Procedurą - QP-030-E-OS "Postępowanie w przypadku wykrycia szczepów pałeczek z rodziny *Enterobacterales* wytwarzających karbapenemazy typu KCP, NDM, OXA-48 pkt 6 za wdrożenie w praktykę stosowania przez personel procedury odpowiedzialni są ordynatorzy oddziałów szpitalnych oraz kierownicy, a za wdrożenie (stosowanie) procedury odpowiedzialni są ordynatorzy oddziałów szpitalnych oraz pozostały personel medyczny i personel pomocniczy.

Czynności kontrolne ponownie wykazały nieprawidłowości dotyczące nieprzestrzegania przez personel Oddziału Chorób Wewnętrznych właściwej higieny rąk. Na 10 skontrolowanych osób z personelu ponad połowa nie zastosowała się do obowiązujących procedur, zaleceń Zespołu Zakażeń Szpitalnych i Dyrekcji Szpitala:

- Lek. \_\_\_\_\_ i, w zastępstwie Ordynatora Oddziału w tym nadzór nad salą chorych R1 i R2 (sale wzmożonego nadzoru) - długie paznokcie znacznie wystające poza opuszki palców pomalowane, pokryte sztuczną powłoką;

- Lek. \_\_\_\_\_ i, sale nadzoru 11, 13, 14 - obecność obrączki na palcu;

- Lek. \_\_\_\_\_, sale nadzoru 6, 8 - paznokcie niewystające poza opuszki palców, naturalne, bez sztucznej powłoki, brak biżuterii;
  - Lek. \_\_\_\_\_ a, sale nadzoru 3, 4 - paznokcie niewystające poza opuszki palców, naturalne, bez sztucznej powłoki, zegarek na ręce;
  - Lek. \_\_\_\_\_ k sale nadzoru 5, 10 - paznokcie niewystające poza opuszki palców, naturalne, bez sztucznej powłoki, brak biżuterii;
  - Lek. \_\_\_\_\_, sale nadzoru 1, 2, 7 - paznokcie pomalowane, pokryte sztuczną powłoką, biżuteria;
  - \_\_\_\_\_ a, w zastępstwie Pielęgniarki Oddziałowej - długie paznokcie znacznie wystające poza opuszki palców pomalowane, pokryte sztuczną powłoką, biżuteria i zegarek;
  - \_\_\_\_\_ i, salowy, wykonujący czynności porządkowe we wszystkich salach chorych w tym salach pełniących funkcję izolatki - paznokcie niewystające poza opuszki palców, obecność obrączki na palcu;
  - \_\_\_\_\_ a, pielęgniarka wyznaczona do opieki nad pacjentami w salach pełniących funkcję izolatki - paznokcie niewystające poza opuszki palców, naturalne, bez sztucznej powłoki, brak biżuterii;
  - \_\_\_\_\_ iz, fizjoterapeuta wszystkich pacjentów w Oddziale Chorób Wewnętrznych paznokcie niewystające poza opuszki palców, naturalne, bez sztucznej powłoki, brak biżuterii.
- Nad wyraz niepokojący jest fakt, że nieprawidłowości w zakresie higieny rąk personelu, uznawanej za podstawę profilaktyki zakażeń szpitalnych, stwierdzono również u samego kierownictwa Oddziału Chorób Wewnętrznych.

Skontrolowano następujące pomieszczenia:

- sale łóżkowe nr 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, R1, R2
- sale izolacji nr 6, 8

Stwierdzono co następuje:

- otwarty magazyn/składzik sprzętu medycznego w znacznej ilości w sali R1 (między innymi pompy infuzyjne z kablami, jednorazowe i sterylne pakiety ze sprzętem medycznym), zlokalizowany na nieosłoniętych regałach we wnęcie w ścianie. Zgodnie z oświadczeniem Pani \_\_\_\_\_ - Pielęgniarki i Zastępcy Pielęgniarki Oddziałowej "sprzęt ten został przetarty, jest czysty i przygotowany do kolejnego użytku dla kolejnych/nowych pacjentów". W trakcie czynności kontrolnych stwierdzono obecność pacjentki z objawami kaszlu na łóżku zlokalizowanym obok niezabezpieczonego przed wtórnym zanieczyszczeniem sprzętu medycznego. Niewłaściwe przechowywanie sprzętu medycznego ma wpływ na jego stan dekontaminacji i stwarza wysokie ryzyko dla przenoszenia zakażeń szpitalnych,

ponadto sale R oddziału zostały przewidziane dla pacjentów wymagających specjalistycznego, wzmożonego nadzoru;

- zły stan sanitarno-techniczny szafek przy łóżkach pacjentów w salach chorych nr: 1, 3, 13 i w sali izolacji nr 8. Powierzchnia szafek zużyta, popękana z odpadająca powłoka i licznymi ubytkami. Stan techniczny szafek przy łóżkach pacjentów uniemożliwia właściwe mycie i dezynfekcję stwarzając wysokie ryzyko dla przenoszenia zakażeń szpitalnych;

- zły stan sanitarno-techniczny podłóg w salach chorych nr: 1, 2, 4, 9, 10 i w sali izolacji nr 6. Powierzchnia podłóg zużyta, uszkodzona ze znacznymi ubytkami, utrudniająca skuteczne mycie i dezynfekcję;

- zły stan sanitarno-techniczny ścian w salach chorych nr: 1, 2, 4, 13. Ściany zabrudzone z ubytkami w powierzchni;

- zły stan sanitarno-techniczny wszystkich drzwi i futryn drewnianych w oddziale, prowadzących do sal chorych. Drzwi oraz futryny z rozległymi uszkodzeniami i ubytkami w powierzchni.

Zarządzeniem nr 59 Dyrektora podmiotu leczniczego "Zespołu Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku z dnia 02.10.2023 roku dokonano zmiany składu Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, jako Przewodniczącego ustanowiono Panią \_\_\_\_\_ / - Lekarza Specjalistę Chorób Zakaźnych.

Zastępca Przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych - Pani Krystyna Szymoszon przedstawiła do wglądu następującą dokumentację, dot. działań podjętych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych:

- protokoły ze spotkania członków Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych z dni 13 maja 2023, 22 maja 2023, 27 czerwca 2023 w niepełnym składzie: Pani Krystyna Szymoszon - Zastępca Przewodniczącego i Członkowie: Pani \_\_\_\_\_

Pielęgniarka Epidemiologiczna, Pani \_\_\_\_\_ a - Pielęgniarka spec. z zakresu epidemiologii. Na spotkaniach dokonano analizy wyników badań pacjentów z zakażeniem *Klebsiella Pneumoniae* ESBL NDM (+) oraz *Clostridium difficile* i przeprowadzono dochodzenie epidemiologiczne;

- notatka ze spotkania Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych z Dyrekcją z dnia 11 września 2023 roku w składzie: Dyrektor - Pani Jadwiga Radziejewska, Dyrektor do spraw leczenia d n. med Piotr Berkowski, Pielęgniarka Epidemiologiczna - Pani \_\_\_\_\_, Pielęgniarka do spraw zakażeń - Pani Krystyna Szymoszon, Pielęgniarka spec. pielęgniarstwa epidemiologicznego - Pani \_\_\_\_\_

Przełożona Pielęgniarek - Pani \_\_\_\_\_ Pielęgniarka oddziałowa Oddziału Chorób Wewnętrznych - \_\_\_\_\_ oraz Lekarz Oddziału Chorób Wewnętrznych w zastępstwie Ordynatora Pani \_\_\_\_\_

Celem spotkania była analiza Sytuacji w Oddziale, podjęcie działań odizolowania pacjentów zakażonych oraz przeanalizowanie stosowania w oddziale leczenia antybiotykami (rodzaje antybiotyków) oraz ustalenie sposobu odwiedzin pacjentów leczonych w oddziale. Wśród podjętych decyzji między innymi zobowiązano personel medyczny



Oddziału Chorób wewnętrznych do przestrzegania Procedur QP-030-E-OS i QP-028-E-OS;

- notatki służbowe z dochodzenia epidemiologicznego z dni 10 października, 11 października, 18 października, 7 grudnia 2023 roku. Dochodzenie epidemiologiczne w w/w okresie było prowadzone głównie przez Panią \_\_\_\_\_ a oraz Panią \_\_\_\_\_

a - Pielęgniarki, spec. z zakresu epidemiologii, Członkowie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Dochodzenie epidemiologiczne kończyło wydanie ogólnych zaleceń dotyczących przestrzegania reżimu sanitarnego. Dnia 10.10.2023 dochodzenie epidemiologiczne w oddziale Chorób Wewnętrznych przeprowadzono w obecności Pani \_\_\_\_\_

- Zastępcy Pielęgniarki Oddziałowej, zalecono między innymi postępowanie zgodnie z Procedurą QP-030-E-OS, zastosowanie reżimu sanitarnego w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz monitorowanie jakości sprzątania w tym edukację personelu w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym;

- lista obecności z zebrania pracowników Oddziału Chorób Wewnętrznych z Dyrekcją Szpitala i Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych z dnia 10.03.2023. Temat spotkania: sytuacja epidemiologiczna w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Omówienie wyników kontroli Inspekcji Sanitarnej, prezentacja właściwej higieny rąk, omówienie procedur epidemiologicznych;

- listy obecności uczestników szkolenia - postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych zakażonych *Clostridium difficile*, KPC, zasady izolacji z dnia 18, 19.05.2023 roku. Szkolenie przeprowadziła Pani \_\_\_\_\_ - Pielęgniarka, spec. z zakresu epidemiologii, Członek Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Szkolenie przeprowadzono dla wszystkich Oddziałów Szpitalnych.

Polityka antybiotykowa. Zgodnie z Procedurą QP-028-E-OS antybiotykoterapia powinna być stosowana głównie u pacjentów objawowych. Zgodnie z oświadczeniem Lek. \_\_\_\_\_ i w Oddziale Chorób Wewnętrznych rutynowo stosowana jest profilaktyczna antybiotykoterapia polegająca na podawaniu pacjentom z kontaktu z pacjentem zakażonym *C. difficile*, którzy nie wykazują objawów zakażenia tj. bez biegunki, antybiotyku - Edicin (wankomycyna) 125 mg raz dziennie przez 5 dni. Ponadto w oddziale są stosowane Cefalosporyny III generacji. Przedstawiono do wglądu zaktualizowany receptariusz antybiotykowy z dnia 10 października 2023 roku.

### 3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*:

A. Niewłaściwa higiena/dekontaminacja rąk personelu wydzielonego do pracy w salach pełniących funkcję izolátky (salowy) oraz personelu medycznego, udzielającego świadczeń zdrowotnych w tym kierownictwa Oddziału Chorób Wewnętrznych, personel nie przestrzega zasady „nic poniżej łokcia” tj. na rękach zegarki, biżuteria, paznokcie, które nie są krótko obcięte - są wystające poza opuszki palców z lakierem lub inna trwałą, sztuczną powłoką;

- B. Sprzęt medyczny niezabezpieczony przed wtórnym zanieczyszczeniem, niewłaściwie przechowywany, dot. między innymi magazynu pomp infuzyjnych w znacznych ilościach w sali chorych wzmożonego nadzoru;
- C. Brak podejmowanych działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych;
- D. Brak wdrożonych/stosowanych procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym w tym Procedury QP-028-E-OS "Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridioides Difficile*" oraz Procedury QP-030-E-OS "Postępowanie w przypadku wykrycia szczepów pałeczek z rodziny *Enterobacterales* wytwarzających karbapenemazy typu KCP, NDM, OXA-48";
- E. Brak nadzoru nad personelem w zakresie przestrzegania procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym;
- F. Brak nadzoru nad sposobem i jakością sprzątania w zakresie zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym;
- G. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób niezapewniający zapobieganiu zakażeniom szpitalnym i szerzenia się czynników alarmowych;
- H. Brak udokumentowanej kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych;
- I. zły stan sanitarno-techniczny szafek przy łózkach pacjentów w salach chorych nr: 1, 3, 13 i w sali izolacji nr 8. Powierzchnia szafek zużyta, popękana z odpadającą powłoką i licznymi ubytkami. Stan techniczny szafek uniemożliwia właściwe mycie i dezynfekcję stwarzając wysokie ryzyko dla przenoszenia zakażeń szpitalnych;
- J. zły stan sanitarno-techniczny podłóg w salach chorych nr: 1, 2, 4, 9, 10 i w sali izolacji nr 6. Powierzchnia podłóg zużyta, uszkodzona ze znacznymi ubytkami, utrudniająca skuteczne mycie i dezynfekcję;
- K. zły stan sanitarno-techniczny ścian w salach chorych nr: 1, 2, 4, 13. Ściany zabrudzone z ubytkami w powierzchni;
- L. zły stan sanitarno-techniczny wszystkich drzwi i futryn drewnianych w oddziale, prowadzących do sal chorych. Drzwi oraz futryny z rozległymi uszkodzeniami i ubytkami w powierzchni.
- Art. 11, art. 14 ust. 1 pkt 3 lit. a, art. 15 ust. 2 pkt 2, art. 22 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j z 2023 roku, poz. 1284);
- Art. 5 ust. 1 pkt 1c i pkt 3 oraz ust. 2 w związku z artykułem 61 ustawy z dnia 7 lipca 1994 roku Prawo Budowlane (t.j. Dz. U. z 2023 roku poz. 682);
- § 27 ust. 1, § 30 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U z 2022 roku, poz. 402).

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*: nie dotyczy.

#### IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ nie dokonano wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*
2. Wniesiono/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono\*\*

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

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit. A-G nie nałożono/nałożono\*\* grzywnę w drodze mandatu karnego na

1)

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości 1) Pani

– 500 złotych, słownie pięćset złotych, 2) Pani

- 500 złotych, słownie pięćset złotych

(nr mandatu karnego)... 1) De 1994162, 2) De 1994202

(podstawa prawna) Art. 50 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2023 roku, poz. 1284), Art. 116 §1a ustawy z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks Wykroczeń (Dz.U. z 2023 r., poz. 2119) za nie przestrzeganie obowiązku ujętego w art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2023 roku, poz. 1284)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr 1) MK 20/23 z dnia 11.01.2023 wydane przez PPIS w Kłodzku, 2) MK 36/23 z dnia 11.01.2023 wydane przez PPIS w Kłodzku.

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona 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

✓ Krysztyna Segmson

(czytelny podpis osoby obecnych podczas kontroli)

Powiatowej Stacji  
Sanitarnej-Epidemiologicznej  
w Kłodzku

mgr R

MŁODSZY ASYSTENT  
Powiatowej Stacji  
Sanitarnej-Epidemiologicznej  
w Kłodzku

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu :

✓

✓ 21 XII 2023 Krysztyna Segmson

Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku

ul. Szpitalna 1a, 57-300 KŁODZKO

tel. 74 865 12 01, fax 74 867 40 66

NIP 883-15-98-67 REGON 000316418

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

11. W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* (nazwa/hr)

**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