

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

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

„Zespół Opieki Zdrowotnej”
w Kłodzku

wpłynęło 22 KWI 2026 wysłano
L.dz. 2819
znak sprawy
podpis

Strona 1 z 19

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 64/EP/26

EP 9020.57.2026.ZS

Kłodzko, dnia 15 kwietnia 2026 roku
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: , Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia stałego: CK13/25,
Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia stałego: CK62/2025 (audyt wewnętrzny)

(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 2024 r. poz. 416) 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 2025 r. poz. 1691).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko
tel. 74 8651200, faks: 74 8674066, 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
tel. 74 865 12 26, faks: brak, poczta elektroniczna: interna@zoz.klodzko.pl

Rodzaj prowadzonej działalności: Szpital

(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. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko, faks: 74 8674066, 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

Jadwiga Radziejewska – Dyrektor „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Pielęgniarka ds. zakażeń, Pełnomocnictwa z 15.04.2026 r. oraz 17.04.2026 r. udzielone przez Dyrektora „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku dr n. o zdr. Jadwigę Radziejewską

(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: 15 kwietnia 2026 roku, godz. 08²⁰, 17 kwietnia 2026 roku, godz. 8³⁰

MM 4

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 6 marca 2028 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2025 r. poz. 1480)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 15 kwietnia 2026 roku, godz. 13³⁰, 17 kwietnia 2026 roku, godz. 13⁴⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: 180 min
6. Zakres przedmiotowy kontroli: Ocena podmiotu leczniczego w zakresie nadzoru oraz podejmowania działań w sytuacji wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego w związku z wystąpieniem ogniska Clostridium Difficile w Oddziale Wewnętrznym, ocena stanu sanitarno-technicznego, ocena procedur sanitarno-higienicznych
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:

Dokumentacja medyczna pacjentów, protokoły zdawczo-odbiorcze przekazania sprzętu do Centralnej Sterylizatorni, wykaz preparatów do mycia i dezynfekcji stosowanych w podmiocie leczniczym „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku na 2025/2026 rok, książka procesu zamglawiania, zlecenie naprawy zamglawiacza OXY PHARM NOCOSPARY SN:82S119, Protokół Przeglądu Technicznego nr OE1205 z dnia 12 maja 2025, Arkusz codziennego przeglądu przygotowania rak personelu do pracy, umowa nr DZP2521 152.2025 z dnia 10 grudnia 2025 roku na usługi pralnicze, umowa na odbiór odpadów medycznych nr DZP2520.4.2026 z dnia 26 marca 2026 roku, karta potwierdzenia odbioru odpadów z systemu BDO nr 0005/2026/KPO/0001/000168163 z dnia 10 kwietnia 2026 roku, zbiorcza lista odpadów za 2025 rok, miesięczne sprawozdanie z Oddziału Wewnętrznego za miesiąc marzec 2026 roku z przekazanych do prania kocy, poduszek oraz kołder, zbiorcze sprawozdanie z prania kocy, kołder i poduszek z ZOZ Kłodzko za I kwartał 2026 roku, książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych, kontrola wewnętrzna w obrębie Oddziału Wewnętrznego – kontrola nr 7/2026 z dnia 26 lutego 2026 roku, Procedura postępowania w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego, procedura/instrukcja dot. zasad izolowania pacjenta, procedura/instrukcja higieny rąk, procedura/instrukcja korzystania z rękawic, ŚOI, plan higieny, procedura mycia, dezynfekcji i sterylizacji narzędzi medycznych procedura postępowania z bielizną, procedura postępowania z odpadami medycznymi, procedura dotycząca szpitalnej polityki antybiotykowej, procedury postępowania po ekspozycji, procedura postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych Clostridium Difficile, procedura cewnikowania, Zalecenie 3/24 z dnia 13 lutego 2024 roku wprowadzające zasady obowiązujące przy żywieniu pacjentów izolowanych

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* klauzula Rodo, , pełnomocnictwa z 15.04.2026 r. oraz 17.04.2026 r Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli

Ocena podmiotu leczniczego w zakresie nadzoru oraz podejmowania działań w sytuacji wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego

III. WYNIKI KONTROLI

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

Numer PKD – 86.10Z (Działalność szpitali)

Aktualnie wobec obiektu Zespole Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, ul. Szpitalna 1A, 57-300 Kłodzko prowadzone jest postępowanie administracyjne na podstawie decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku: nr 1510/25 z dnia 31 lipca 2025 roku, nr 644/22 z dnia 29 kwietnia 2022 roku, nr 322/19 z dnia 28 marca 2019 roku, nr 1434/23 z 10 lipca 2023 roku , nr 1436/23 z 10 lipca 2023 roku, nr 363/24 z dnia 14 lutego 2024 roku, nr 280/24 z dnia 31 stycznia 2024 roku, nr 2269/25 z

h m m A

dnia 4 listopada 2025 roku.

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

Ognisko epidemiczne nr 2/2026 potwierdzono 11 kwietnia 2026 r. po wystąpieniu rozpoznania objawowego zakażenia *Clostridium Difficile* u dwóch pacjentów w Oddziale Chorób Wewnętrznych Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku. Raport wstępny przekazano do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kłodzku w dniu 15 kwietnia 2026 roku.

Do ogniska zakażenia szpitalnego zaliczono pacjentów:

- R.L. (ur. r.) - przyjęty na oddział w dniu 9 marca 2026 roku, w dniu 7 kwietnia 2026 roku otrzymano wynik dodatni w kierunku *Clostridium Difficile* (antygen GDH (+) Toksyna A/B (+)), u pacjenta stwierdzono zakażenie objawowe – wystąpiła biegunka, zakażenie szpitalne. Data wpływu formularza ZLK-1 do PSSE w Kłodzku: 10 kwietnia 2026 roku, data wpływu formularza ZLB-1 do PSSE w Kłodzku: 7 kwietnia 2026 roku. Pacjent przebywa od 7 kwietnia 2026 roku w sali nr 14 pełniącej funkcję izolátky, wcześniej przebywał w sali nr 12 z pacjentami A.Sz. oraz D.K.

- Z.Z. (ur.) – przyjęta na oddział w dniu 26 marca 2026 roku, w dniu 11 kwietnia 2026 roku otrzymano wynik dodatni w kierunku *Clostridium Difficile* (antygen GDH (+) Toksyna A/B (+)), u pacjentki stwierdzono zakażenie objawowe – wystąpiła biegunka, zakażenie szpitalne. Data wpływu formularza ZLK-1 do PSSE w Kłodzku: do dnia kontroli nie otrzymano formularza, data wpływu formularza ZLB-1 do PSSE w Kłodzku: 13 kwietnia 2026 roku. Pacjentka w dniu 13 kwietnia 2026 roku zmarła – kody: E09, E41, F10, zgon niezwiązany z *Clostridium Difficile*. Pacjentka przebywała na sali nr 10 z pacjentkami U.W. oraz A.F.

- E.K. (ur. r.) – przyjęta na oddział w dniu 6 kwietnia 2026 roku, w dniu 14 kwietnia 2026 roku otrzymano wynik dodatni w kierunku *Clostridium Difficile* (antygen GDH (+) Toksyna A/B (+)), u pacjentki stwierdzono zakażenie objawowe – wystąpiła biegunka, zakażenie szpitalne. Data wpływu formularza ZLK-1 do PSSE w Kłodzku: do dnia kontroli nie otrzymano formularza, data wpływu formularza ZLB-1 do PSSE w Kłodzku: 15 kwietnia 2026 roku. Pacjentka przebywa w Sali nr 8 od początku hospitalizacji, tj. 6 kwietnia 2026 roku w związku z zapaleniem płuc wywołanym *Streptococcus Pneumoniae*.

- U.W. (ur.) – przyjęta na oddział w dniu 25 marca 2026 roku, w dniu 14 kwietnia 2026 roku otrzymano wynik dodatni w kierunku *Clostridium Difficile* (antygen GDH (+) Toksyna A/B (+)), u pacjentki stwierdzono zakażenie objawowe – wystąpiła biegunka, zakażenie szpitalne. Data wpływu formularza ZLK-1 do PSSE w Kłodzku: do dnia kontroli nie otrzymano formularza, data wpływu formularza ZLB-1 do PSSE w Kłodzku: 15 kwietnia 2026 roku. Pacjentka od 14 kwietnia 2026 roku przebywa w sali nr 14 pełniącej funkcję izolátky, wcześniej przebywała na sali nr 10 z pacjentkami Z.Z. oraz A.F.

W dniu kontroli w oddziale hospitalizowanych było 51 pacjentów, w tym 3 osoby izolowane. Całkowita liczba łóżek w oddziale: 56. Ilość personelu na zmianie w oddziale w dniu kontroli: 3 lekarzy, 5 pielęgniarek, 6 salowych, 3 opiekunów medycznych oraz 1 salowa odpowiedzialna za posiłki. W dniu kontroli zgodnie z oświadczeniem pielęgniarki oddziałowej Pani : - nikt nie

1/4 mm Q

przebywa na zwolnieniu lekarskim związanym z biegunką, kurczowymi bólami brzucha, gorączką oraz nudnościami.

Zgodnie z procedurą QP-028E-OS Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridium Difficile* – diagnostyka w kierunku *Clostridium difficile* nie jest podejmowana w przypadku osób bez objawów zakażenia. Zgodnie z informacją uzyskaną od pielęgniarki oddziałowej – badania przeprowadzane są w momencie wystąpienia objawów (biegunki) u pacjentów. Zgodnie z uzyskanymi informacjami pacjentki Z.Z oraz U.W przebywały razem w sali nr 10 od 26 marca 2026 roku do 13 kwietnia 2026 roku. Nie zostały przeprowadzone badania przesiewowe personelu w kierunku *Clostridium Difficile* w celu stwierdzenia zakażenia u personelu. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od członka Komisji Zakażeń Szpitalnych- Pani _____ badania takie nie były nigdy wykonywane i postępowanie takie nie jest zawarte w procedurze postępowania.

Podczas czynności kontrolnych w dniu 15 kwietnia 2026 roku skontrolowano gabinet diagnostyczno-zabiegowy, dyżurkę pielęgniarek, salę chorych pełniącą funkcję pomieszczenia przeznaczonego do izolowania pacjentów zakażonych (sala nr 14), wydzieloną salę chorych nr 8, w której izolowana jest pacjentka zakażona, pomieszczenie porządkowe i brudownik. Podczas kontroli w ciągu komunikacyjnym (korytarz główny) na pojemnikach na odpady komunalne (segregowane) znajdowała się znaczna ilość misek, pielęgniarka oddziałowa oświadczyła, że są to brudne miski przeznaczone do higieny pacjenta, które przeniesione będą do brudownika. Miski ułożone były w sposób uniemożliwiający otworzenie pojemników na segregowane odpady komunalne, w miejscu dostępnym dla osób postronnych – pacjentów oraz osób odwiedzających.

Dyżurka pielęgniarek wyposażona w umywalkę z baterią, dozownik z mydłem w płynie – LiquidSoap, dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk – PhagoGel, pojemnik na ręczniki papierowe jednorazowego użycia, pojemnik na zużyte ręczniki. Sprawdzono terminy ważności preparatów – aktualne (do 2028 roku). W pomieszczeniu stwierdzono ściany z ubytkami powierzchni oraz odchodzącą powierzchnię w futrynie wejścia prowadzącego do dyżurki pielęgniarek.

Gabinet diagnostyczno-zabiegowy składa się z dwóch pomieszczeń połączonych ze sobą, wyposażony jest w zlew dwukomorowy, umywalkę z baterią, dozowniki z mydłem w płynie – LiquidSoap i płynem dezynfekcyjnym do rąk- PhagoGel, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku i pojemniki na zużyte ręczniki. Terminy przydatności preparatów – aktualne (do 2028 roku). W pomieszczeniu znajdują się pojemniki na odpady medyczne – czerwony worek jednorazowy oraz sztywny pojemnik koloru czerwonego odporny na przekłucia i przecięcia. Odpady medyczne prawidłowo oznakowane, kod odpadów: 180103. Dokonano wybiórczego sprawdzenia terminów ważności sprzętu jednorazowego użycia, m.in. okleiny, kaniul dożylnych, zatyczek do cewników, żeli do cewnikowania, rękawic sterylnych, igieł – aktualne terminy ważności. W pomieszczeniu przechowywany był również sprzęt wielokrotnego użytku – pęsety zapakowany w papierowo-foliowe torebki, z opisaną datą sterylizacji oraz datą ważności – termin ważności aktualny. Zgodnie z oświadczeniem pielęgniarki oddziałowej – preparat Neodisher Prestop rozprowadzany jest bez rozcieńczenia w worku pyłoszczelnym bezpośrednio po użyciu, a następnie sprzęt przekazywany jest do Centralnej Sterylizatorni znajdującej się w Zespole Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, przedstawiono protokoły zdawczo-odbiorcze, które są przekazywane wraz z narzędziami. Zgodnie z informacją uzyskaną od pielęgniarki oddziałowej – sprzęt wielorazowego użytku

/ 14

MM

jest stosowany sporadycznie. W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym nie jest magazynowana większa ilość sprzętu i narzędzi medycznych, pielęgniarka oddziałowa zamawia go na bieżąco z magazynu znajdującego się na terenie szpitala. Podczas czynności kontrolnych stwierdzono, że część sprzętu i narzędzi jednorazowych przechowywana jest w niezamykanej szafce, w papierowych pojemnikach – sprzęt narażony jest na wtórną kontaminację, nie jest chroniony przed zanieczyszczeniami (np. kurz, drobnoustroje), wilgocią bądź uszkodzeniami mechanicznymi. Na jednej z otwartych półek znajdowały się luzem worki do stomii, które nie były zapakowane w opakowanie chroniące przed kontaminacją. Zapytano pielęgniarkę oddziałową, czy tak powinny być przechowywane worki do stomii, odpowiedziała negatywnie i zutylizowała worki w pojemniku na odpady.

W dniu 15 kwietnia 2026 roku skontrolowano postępowanie w ognisku epidemicznym, tj.:

1. IZOLACJA PACJENTÓW

W ognisku epidemicznym zastosowano izolację kontaktową, sale w której znajdują się pacjenci izolowani są oznakowane. Pacjenci z rozpoznaniem zakażeniem hospitalizowani są w wydrebnionej sali wieloosobowej z węzłem sanitarnym – sala numer 14 oraz w sali jednoosobowej – sala nr 8 z wydzielonym węzłem sanitarnym w ogólnym ciągu komunikacyjnym. W sali nr 14 izolowani są pacjenci R.L oraz U.W, w sali nr 8 izolowana jest pacjentka E.K. W dniu 15 kwietnia 2026 roku poddanych izolacji było 3 pacjentów, w związku ze zgonem pacjentki Z.Z. w dniu 13 kwietnia 2026 roku.

Pomieszczenie sali nr 14 pełni rolę izolatki, w jego skład wchodzi: wydzielone miejsce pełniące funkcję śluzy umywalkowo-fartuchowej, pomieszczenie pobytu pacjenta, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dostępne z pomieszczenia pobytu pacjenta. Pomieszczenie pełniące funkcję śluzy umywalkowo-fartuchowej wyposażone w umywalkę z baterią, łokciowy dozownik ścienny z mydłem w płynie, tj. Liquid Soap, łokciowy dozownik ścienny ze środkiem dezynfekcyjnym – PhagoGel, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, zamykany pojemnik na odpady medyczne na środki ochrony indywidualnej personelu opuszczającego salę chorych, miejsce na odzież wierzchnią, szafkę gdzie przechowywane są środki ochrony indywidualnej. W sali chorych wydzielono miejsce, w którym przechowywano rękawiczki jednorazowego użycia dla personelu, wydzielony sprzęt wielokrotnego użycia, sprzęt jednokrotnego użycia. W pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym w sali nr 14 znajduje się umywalka z baterią, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki papierowe. Stan sanitarno-techniczny pomieszczeń wchodzących w skład sali pełniące funkcję izolatki – dobry.

Sala nr 8, w której przebywa pacjentka izolowana jest salą jednoosobową bez dostępu do pomieszczenia higieniczno-sanitarnego. W pomieszczeniu znajduje się umywalka z baterią, dozownik z mydłem w płynie, dozownik z środkiem do dezynfekcji rąk, pojemnik na ręczniki papierowe jednorazowego użycia, pojemnik na zużyte ręczniki.

Zgodnie z informacją uzyskaną od pielęgniarki oddziałowej – Pani _____ i salowe oraz pielęgniarki są wyznaczane do pracy na zmianie w salach pełniących rolę izolatki (Sali nr 8 oraz Sali nr 14). Osoby, które są wyznaczone do leczenia oraz opieki nad pacjentem są wyznaczone w grafiku. W dniu 15 kwietnia 2026 roku pielęgniarką wyznaczoną do sal 14 oraz 8 była Pani _____ i a salową – Pani _____ Do sali nr 14 przydzielony jest lek. med. _____ do sali nr 8 przydzielony jest lek. med. _____. Lekarze zajmują się również pacjentami w innych salach

(H

am

pacjentów, zgodnie z oświadczeniem do sal osób izolowanych wchodzi jako ostatnich. W dniu 15 kwietnia 2026 roku przeprowadzono rozmowę z Panią _____ oraz _____, które miały wiedzę na temat osób izolowanych oraz sal, w których przebywają. Oświadczyły, że w dniu kontroli zajmują się jedynie pacjentami przebywającymi na salach nr 8 oraz 14.

Zgodnie z informacjami uzyskanymi od pielęgniarki oddziałowej – transport wewnętrzny pacjentów np. w celu diagnostyki wykonywany jest przez sanitariuszy zatrudnionych w Oddziale Chorób Wewnętrznych. Transport taki odbywa się jako ostatni, po wcześniejszym poinformowaniu telefonicznym personelu diagnostyki o zakażeniu. Zgodnie z oświadczeniem sanitariusze podczas transportu stosują środki ochrony indywidualnej (fartuch jednorazowy, rękawiczki jednorazowe oraz maseczkę jednorazową). Przed opuszczeniem sali, o ile pacjent ma zachowaną świadomość, wykonuje dezynfekcję rąk i zakłada jednorazowy fartuch. Środek dezynfekowany jest bezpośrednio po użyciu przy pomocy preparatu ActiChlor – roztwór przygotowywany przez rozpuszczenie 1-2 tabletek w 1l wody, co oznacza stosowanie preparatu o nieprawidłowym spektrum działania (1000-2000 ppm zamiast 10000 ppm). Pielęgniarka oddziałowa poinformowała, że pacjenci zakażeni *Clostridium Difficile* pozostają w oddziale do wyleczenia – nie są przekazywani do innych oddziałów/podmiotów leczniczych. Zgodnie z oświadczeniem pielęgniarki oddziałowej przekazywanie pacjentów np. do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego ma miejsce jedynie w przypadku kolonizacji *Klebsiella Pneumoniae* NDM.

W dniu 15 kwietnia 2026 roku przeprowadzono rozmowę z salową – Panią _____ i na temat sposobu dekontaminacji powierzchni w salach, gdzie przebywają osoby izolowane. Poinformowała ona, że rozpoczyna dezynfekcję powierzchni od przetarcia parapetów, łóżek, klamek, szafek, a następnie przechodzi do mycia podłogi, na końcu myje wysięgniki. Sposób dezynfekcji powierzchni oraz sprzętu nie jest wykonywany zgodnie z regułą od góry do dołu. Dezynfekcja przeprowadzana jest za pomocą chusteczek jednorazowych -OxiWipes o prawidłowym dobranym spektrum działania – mają działanie sporobójcze. Zgodnie z informacją otrzymaną od Pan _____

podczas dezynfekcji powierzchni w sali osób izolowanych pobiera ona kilka chusteczek, ponieważ jedna jest za cienka do zmywania, a następnie przy ich pomocy przemywa powierzchnie znajdujące się w sali osób izolowanych. Na pytanie, czy tymi samymi chusteczkami przemywa kilka powierzchni, sprzętów, i wykorzystuje je wielokrotnie, odpowiedziała twierdząco, następnie po nakierowaniu przez Panią _____ – członka Komisji Zakażeń Szpitalnych, zmieniła odpowiedź mówiąc, że myje nimi jedną powierzchnię, następnie wyrzuca do czerwonego worka, pobiera kolejne chusteczki by użyć na następnej powierzchni. Salowa oświadczyła, że wjeżdża wózkami porządkowymi do sal, gdzie przebywają osoby izolowane, zapytana o potwierdzenie, czy wjeżdża całym wózkiem do pomieszczenia, a nie zostawia go przed salą – odpowiedziała twierdząco. Salowa nie posiadała wiedzy, w którym momencie procesu sprzątania sali zmieniana jest bielizna pościelowa, ponieważ zmianą bielizny pościelowej zajmują się pielęgniarki. W związku z powyższym zapytano pielęgniarkę – Panią _____ i, kiedy zmieniana jest pościel. Odpowiedziała, że pościel zmieniana jest w razie potrzeby, zużyta pościel wkładana jest do czerwonych worków w pojemniku znajdującym się w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przy sali nr 14 oraz wewnątrz sali nr 8. Pielęgniarka nie miała wiedzy, czy po zmianie bielizny pościelowej wykonywana jest dekontaminacja powierzchni, sprzętu oraz podłogi w salach osób izolowanych.

Ug
mm

Salowa – Pani poinformowała, że dekontaminacja powierzchni podłogi przebiega za pomocą preparatu IncidinActive, do sporządzenia roztworu roboczego używa 2 miarek proszku (tj. 50g) na 5 litrów wody, tworząc roztwór 1%. Zgodnie z zaleceniami producenta preparat wykazuje działanie sporobójcze wobec *Clostridium Difficile* w stężeniu 2%, w celu uzyskania roztworu 2% należy rozpuścić 20g w 1 litrze wody, tj. 100g na 5 litrów wody. W związku z powyższym do dekontaminacji powierzchni podłogi w salach osób izolowanych stosowany jest preparat o niewłaściwym spektrum działania. Oświadczyła również, że podczas mycia podłogi po przemyciu powierzchni zanurza mop w wodzie znajdującej się w wiadrze, następnie przechodzi do dalszego mycia podłogi. Zapytana o potwierdzenie, czy po zanurzeniu mopa przechodzi do mycia dalszej części podłogi bez wymiany nakładki na mopa, poinformowała, że po zanurzeniu umieszcza nakładkę na mopa w czerwonym worku, i nakłada nową nakładkę na mopa, podczas mycia podłogi w sali nr 14 zużywa 4 nakładki na mopy. Salowa zapytana, co robi z brudną wodą znajdującą się w wiadrze odpowiedziała, że wylewa ją do toalety znajdującej się w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym znajdującym się w sali nr 14. Następnie poinformowała, że po zakończeniu dekontaminacji wyjeżdża wózkiem porządkowym z sali i przechodzi do brudownika, gdzie dezynfekuje sprzęt porządkowy, oznacza to że przejeżdża ona sprzętem, który wprowadzony był do sali osób izolowanych, przez cały oddział by udać się do brudownika w celu dezynfekcji sprzętu (sala nr 14 oraz brudownik znajdują się na dwóch różnych końcach oddziału). Uzyskano informację, że dezynfekcja sprzętu przebiega poprzez rozpuszczenia 1-2 tabletek preparatu ActiChlor w 1l wody i przetarcie nakładki na mopa oraz zalanie wiadra w kadzi znajdującej się w brudowniku. Zgodnie z informacjami udostępnionymi przez producenta w przypadku rozpuszczenia 1 tabletki w 1l wody uzyskuje się roztwór o stężeniu 1000ppm, w celu uzyskania roztworu o działaniu sporobójczym wobec *Clostridium Difficile* należy wykonać roztwór o stężeniu 10000ppm (czas kontaktu: 5 min) lub 5000ppm (czas kontaktu: 15 min) rozpuszczając odpowiednio 10 tabletek w 1 litrze wody bądź 5 tabletek w jednym litrze wody. W związku z powyższym do dezynfekcji sprzętu porządkowego stosowano preparat o niewłaściwym spektrum działania. Podczas czynności kontrolnych przedstawiono do wglądu wykaz preparatów do mycia i dezynfekcji stosowanych w podmiocie leczniczym „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku na 2025/2026 rok, zgodnie z którym preparaty do dezynfekcji powierzchni w przypadku *Clostridium Difficile* to IncidinActive o stężeniu 2% (20g proszku na 1l wody), w związku z powyższym pracownicy nie stosują się do zalecenia wykazu preparatów do dezynfekcji przygotowując roztwór do dezynfekcji podłogi w salach, gdzie przebywają osoby izolowane. Zgodnie z wykazem, aby otrzymać stężenie 10000ppm preparatu ActiChlor należy sporządzić roztwór wg zasady 1 tabletki na 1 litr wody, co jest niezgodne z zaleceniami producenta, tj. 1 tabletki na 1 litr w celu uzyskania roztworu o stężeniu 1000ppm, 10 tabletek na 1 litr wody w celu uzyskania preparatu o stężeniu 10000ppm. Podczas rozmowy z personelem zajmującym się w dniu 15 kwietnia 2026 roku osobami zakażonym stwierdzono, że nie ma on znajomości procedur higienicznych i utrzymania czystości w przypadku postępowania z osobami zakażonymi *Clostridium Difficile*. Zgodnie z informacją uzyskaną od oddziałowej w przypadku, gdy nie ma możliwości wyznaczenia salowej na zmianie, która ma wyznaczone jedynie sale nr 8 i 14, sprzątanie wykonywane jest jako ostatnie w oddziale. Oświadczyła, że taka sytuacja rzadko ma miejsce i w większości przypadków wydzielony jest personel tylko do tych sal.

Podczas kontroli zlustrowano pomieszczenie porządkowe znajdujące się w oddziale Wewnętrznym. W pomieszczeniu tym znajdował się sprzęt porządkowy, osobno wydzielony dla sal, gdzie przebywają

Sm mm d

osoby izolowane – miejsce oznaczone napisem „reżim sanitarny”. Wiadro znajdujące się na wózku do sprzątania oznakowane było wyblakłym napisem „reżim”, kij od mopa nie był oznakowany w sposób jasno oznaczający, że stosowany jest w salach, gdzie przebywają osoby izolowane. Oznacza to, że w przypadku odłożenia kija do mopa w inne miejsce, niż wyznaczone w pomieszczeniu porządkowym nie ma możliwości identyfikacji, że jest to sprzęt używany w reżimie sanitarnym. Przy zlewie w pomieszczeniu porządkowym znajdowała się kartka z instrukcją sporządzania 1% roztworu IncidinActive (2 miarki po 25g na 5 litrów wody), salowa znajdująca się w pomieszczeniu porządkowym potwierdziła, że tak sporządzany jest roztwór używany do dekontaminacji powierzchni podłogi w salach osób izolowanych. W pomieszczeniu znajdował się zapas preparatów służących do dekontaminacji, środków do dezynfekcji rąk oraz mydła w płynie. W pomieszczeniu znajdowały się również nakładki na mopy, miejsce gdzie były składowane nie było podpisane jako reżim sanitarny. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od pielęgniarki oddziałowej oraz członka Komisji Zakażeń Szpitalnych – nakładki na mopy używane w salach osób izolowanych oddawane są do prania w czerwonych workach, gdzie proces prania jest inny niż dla nakładek na mopy oddawanych w trybie zwyczajowym.

Zlustrowano również pomieszczenie brudownika, wyposażonego w zlew oraz myjkę-dezynfektor. W pomieszczeniu dezynfekowany jest sprzęt porządkowy – preparatem ActiChlor o stężeniu nie mającego prawidłowego spektrum działania. W brudowniku znajdowała się również instrukcja sporządzania roztworu IncidinActive o stężeniu 1%- niewłaściwie spektrum działania w przypadku Clostridium Difficile. Pacjenci izolowani są cewnikowani oraz pampersowani w związku z powyższym nie ma potrzeby korzystania z myjki-dezynfektora.

Zgodnie z oświadczeniem pielęgniarki oddziałowej – Pani [imię] naterace są pokryte pokrowcami umożliwiającym dezynfekcję chemiczną, a po wypisie bądź zgonie pacjenta izolowanego są niezwłocznie dezynfekowane – przy mocy preparatu IncidinActive o stężeniu 1% (niewłaściwie spektrum działania). Poinformowała również, że po zwolnieniu sal, gdzie przebywały osoby wymagające izolacji – przeprowadzana jest dezynfekcja metodą fumigacji. W dniu kontroli przedstawiono do wglądu książkę procesu zamglawiania – zgodnie z którą ostatnia dezynfekcja metodą fumigacji miała miejsce 11 lutego 2026 roku w sali nr 14 za pomocą preparatu Nycolyse. W książce widnieje zapis z 3 kwietnia 2026 roku informujący o awarii urządzenia do zamglawiania. W dniu 8 kwietnia 2026 roku zgłoszono sprzęt do naprawy w związku z awarią. Przedstawiono do wglądu zlecenie naprawy zamglawiacza OXY PHARM NOCOSPRAY SN:82S119 – uszkodzone włącznik urządzenia oraz gniazda zasilania. Zgodnie ze zleceniem – wyposażenie znajduje się na stanie Oddziału Wewnętrznego szpitala ZOZ w Kłodzku. Przedstawiono do wglądu Protokół Przeglądu Technicznego nr OE1205 z dnia-12 maja 2025 roku sporządzony przez Serwis Sprzętu Technicznego TECH-MED, ul. Żeromskiego 24, 57-300 Kłodzko. Zgodnie z protokołem – aparat sprawny technicznie, orzeczenie ważne na 1 rok.

Zgodnie z informacją uzyskaną od Pani [imię] – monitorowanie jakości dekontaminacji środowiska przebiega przez bezpośrednią obserwację. Ostatnie badania mikrobiologiczne – wymazy były wykonywane w 2023 roku.

W opiece nad pacjentami izolowanymi stosuje się sprzęt jednorazowego użytku, m.in. cewniki, igły, strzykawki, gazy przechowywane w zamykanej szafce znajdującej się w sali osób izolowanych, nie są

1/4

mm

przechowywane większe ilości sprzętu, jedynie do wykorzystania bieżącego. W sali znajduje się również niezbędny sprzęt wielorazowego użytku, tj. termometr, stetoskop oraz ciśnieniomierz wraz z mankietem. Sprzęt jest dedykowany do sali, nie do pacjenta. Zgodnie z informacją uzyskaną od pielęgniarki – sprzęt jest dezynfekowany przy pomocy chusteczek o działaniu sporobójczym – OxiWipes po każdorazowym użyciu. Dezynfekcja przebiega poprzez przetarcie chusteczką jednorazowo, wyrzuceniu zużytej chusteczki do odpadów medycznych oraz użyciu kolejnej chusteczki, ta sama chusteczka nie jest używana kilkakrotnie

Pacjenci izolowani są cewnikowani oraz pampersowani. Przeprowadzono rozmowę z pielęgniarką wyznaczoną w dniu 15 kwietnia 2026 roku do osób izolowanych – Panią ..., która poinformowała, że zużyte pampersy umieszczane są w czerwonym worku na odpady medyczne, a zapelniony worek na mocz jest zakręcany, w celu zapobiegnięcia wylania, i również umieszczany w czerwonym worku na odpady medyczne. Uzyskano informacje, że podczas zmiany worka na mocz wykonywane jest to w rękawiczkach ochronnych jednorazowych, po odłączeniu starego worka i umieszczeniu go w worku na odpady medyczne, rękawiczki również są utylizowane, a następnie zakładane są nowe. Pani ... oświadczyła, że nie dezynfekuje połączenia cewnika z workiem na mocz. Poinformowała również, że podczas zmiany cewnika u pacjenta – okolice cewki moczowej dezynfekowane są jedynie przy pomocy Okteniseptu oraz gazików, zapytana czy miejsca te przemywane są również wodą z mydłem – zaprzeczyła. Zgodnie z procedurą cewnikowania, przedstawioną podczas kontroli – toaleta krocza oraz cewnika powinna wykonywana być codziennie przy pomocy wody z mydłem. Worki na mocz wymieniane są w momencie zapelnienia, nie rzadziej niż raz na 3 dni.

Pani ... poinformowała również, że higiena pacjenta przebiega przy wykorzystaniu nawilżanych chusteczek jednorazowych – Dada, w dniu kontroli nie znajdowały się one na sali osób izolowanych, pielęgniarka poinformowała, że przynosi je do sali w momencie, gdy ich tam nie ma, a ma przeprowadzić higienę pacjenta. Higiena przebiega od góry ciała do dołu, chusteczki są wymieniane, a zużyte umieszczane w czerwonym worku na odpady medyczne. Uzyskano informację, że do higieny pacjenta są wykorzystywane jedynie nasączone chusteczki jednorazowe, pacjent nie jest przemywany wodą z mydłem, nie są używane miski do higieny pacjenta.

2. HIGIENA RĄK

W sali nr 14 zapewniono możliwość mycia i dezynfekcji rąk w przedsionku znajdującym się przed salą oraz w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym znajdującym się w sali. Przedsionek wyposażony w umywalkę z bieżącą wodą, dozownik z mydłem w płynie – LiquidSoap, dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk – PhagoGel, dozownik z ręcznikami papierowymi oraz pojemnik na zużyte ręczniki papierowe. Sprawdzono terminy przydatności preparatów – aktualne. W sali nr 8 zapewniono możliwość mycia i dezynfekcji rąk bezpośrednio w sali – wyposażona w umywalkę z bieżącą wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, dozownik z ręcznikami papierowymi oraz pojemnik na zużyte ręczniki papierowe. Umywalki nie są uruchamiane bez kontaktu z dłonią, mydło oraz środek do dezynfekcji dostępne w dozownikach uruchamianych łokciowo, kosze na odpady uruchamiane w sposób bezkontaktowy. W pomieszczeniu porządkowym w dniu kontroli znajdował się zapas

Ch
mr B

preparatów do mycia i dezynfekcji rąk. Zapewniono również zapas rękawic medycznych jednorazowych w różnych rozmiarach, rękawice po użyciu umieszczane są w czerwonym worku

W dniu kontroli stwierdzono, że u personelu zajmującego się osobami izolowanymi, tj. pielęgniarki, salowej, oraz pielęgniarki oddziałowej, przestrzegana jest zasada „nic poniżej łokcia”, tj. personel podczas wykonywania czynności zawodowych miał właściwie przygotowane dłonie do pracy (krótkie paznokcie bez lakieru, bez sztucznych paznokci oraz bez innych sztucznych powłok lakierniczych, ręce wolne od biżuterii).

Pielęgniarka oddziałowa przedstawiła do wglądu „Arkusz codziennego przeglądu przygotowania rąk personelu do pracy” – ostatni wpis z 7 kwietnia 2026 roku – stan rąk personelu prawidłowy.

3. ŚRODKI OCHRONY INDYWIDUALNEJ

Personel w dniu kontroli stosował środki ochrony indywidualnej – rękawiczki jednorazowe, fartuchy ochronne jednorazowe, maseczki jednorazowe, stwierdzono zapas środków przechowywanych w zamykanej szafie znajdującej się w przedsionku sali nr 14. Rozmawiano z personelem zajmującym się osobami zakażonymi – stwierdzono, że ma on wiedzę na temat osób izolowanych oraz stosowania środków ochrony indywidualnej. Pielęgniarka – , poinformowała, że przed wejściem do sali nr 8 przywozi wózek z zapasem środków ochrony indywidualnej pod sale, nie wjeżdża nim do sali, ubiera środki ochrony indywidualnej przed wejściem do pomieszczenia. Po wykorzystaniu zużyte środki ochrony indywidualnej są usuwane do czerwonego worka na odpady medyczne, w sali nr 8 – do worka znajdującego się w sali, przed opuszczeniem sali, w sali nr 14 – do pojemnika na odpady medyczne znajdującego się w przedsionku. Po usunięciu środków ochrony indywidualnej do worka z odpadami medycznymi – personel myje i dezynfekuje ręce.

W podmiocie zapewniona jest również możliwość prania odzieży wielorazowej personelu – podmiot ma zawartą umowę nr DZP2521 152.2025 z dnia 10 grudnia 2025 roku, umowa ważna do 31 grudnia 2026 roku, z Pradekny a Cistriny Nachod a.s, ul. Jugosławska 20, Nachod, Czechy, zgodnie z którą firma pełni usługi pralnicze w zakresie m.in prania odzieży ochronnej. Zgodnie z informacją uzyskaną od Pani – część pracowników pierze odzież ochronną we własnym zakresie.

4. POSTĘPOWANIE Z ODPADAMI SZPITALNYMI

W salach chorych zapewniono odpowiednią segregację odpadów – odpady o kodach 180103 na odpady medyczne. Wszystkie odpady traktowane są jako odpady medyczne i składowane są w czerwonych workach. W dniu kontroli odpady prawidłowo oznakowane, pojemniki na odpady nieprzepełnione. W sali nr 14 znajdował się również sztywny pojemnik koloru czerwonego, odporny na działanie wilgoci, mechanicznie odporny na przekłucie lub przecięcie, prawidłowo oznakowany. Worki z odpadami medycznymi są zamykane przed usunięciem ze strefy pacjenta izolowanego. Odpady medyczne przekazywane są do magazynu odpadów medycznych, następnie odbierane są przez firmę zewnętrzną – podmiot ma podpisaną umowę na odbiór odpadów medycznych nr DZP2520.4.2026 z dnia 26 marca 2026 roku z konsorcjum EMKA S.A., ul. Jaktorowska 15A, Żyrardów, umowa ważna do 31 stycznia 2027 roku. Podczas kontroli przedstawiono do wglądu kartę potwierdzenia odbioru odpadów z systemu BDO nr 0005/2026/KPO/0001/000168163 z dnia 10 kwietnia 2026 roku, waga odebranych odpadów równa 0,1770 Mg. Podczas kontroli przedstawiono zbiorczą listę odpadów za 2025 rok – łącznie ze podmiotu

(1)

Wm

Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku przekazano 60519,80 kilogramów odpadów medycznych, w tym 15303 kg z Oddziału Wewnętrznego.

5. POSTĘPOWANIE Z BIELIZNĄ

W strefie pacjentów izolowanych stosowana jest bielizna wielorazowa. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od pielęgniarki – Pani _____ bielizna pościelowa wymieniana jest tylko w razie potrzeby (w momencie zabrudzenia), brudna bielizna umieszczana jest w czerwonym worku i przekazywana do magazynu brudnej bielizny. Czerwone worki jednorazowe przed usunięciem ze strefy pacjenta izolowanego są zamykane. Podczas kontroli przedstawiono do wglądu umowę nr DZP2521,152.2025 z dnia 10 grudnia 2025 roku, ważną do 31 grudnia 2026 roku, na usługi pralnicze z firmą Pradekny a Cistriny Nachod a.s., ul. Jugosławska 20, Nachod, Republika Czeska. Zgodnie z umową firma zobowiązuje się wykonania usług pralniczych bielizny szpitalnej (m.in. prześcieradła, poszwy, poszewki, koce, mopy, ścierki, koldry, poduszki, parawany), odzieży ochronnej (m.in. fartuchy) oraz pozostałych rzeczy (m.in. firany, obrusy, narzuty). Przedstawiono do wglądu miesięczne sprawozdanie z Oddziału Wewnętrznego za miesiąc marzec 2026 roku z przekazanych do prania kocy, poduszek oraz kolder, oraz zbiorcze sprawozdanie z prania kocy, kolder i poduszek z ZOZ Kłodzko za I kwartał 2026 roku. Zgodnie z przedstawionym sprawozdaniem w styczniu 2026 roku Oddział Wewnętrzny oddał do prania 55 kocy, w tym 12 z sal izolowanych, 53 poduszki, w tym 12 z sal izolowanych oraz 20 kolder, w tym 4 z sal izolowanych, w miesiącu luty 2026 roku – 48 kocy, w tym 9 z sal izolowanych, 48 poduszek, w tym 9 z sal izolowanych oraz 14 kolder, w tym 14 z sal izolowanych oraz w miesiącu marcu 2026 roku – 45 kocy, w tym 6 z sal izolowanych, 45 poduszek, w tym 6 z sal izolowanych, 12 kolder, w tym 1 z sal izolowanych. Zgodnie z oświadczeniem pielęgniarki oddziałowej – koldry, koce oraz poduszki oddawane są do prania po zgonie bądź wypisie pacjenta izolowanego. Podczas kontroli przedstawiono również kwity zdawczo-odbiorcze z przekazania do prania m.in. kocy, kolder, nakładek na mopy z miesiąca marzec oraz kwiecień, potwierdzając bieżące oddawanie bielizny pościelowej do prania. Przedstawiono również ręczne zapiski z ilości przekazanej brudnej bielizny – ostatni zapis z 15 kwietnia 2026 roku- przekazano 10 poszew, 11 powłoczek, 2 koce, 2 poduszki oraz 24 mopy. Zgodnie z uzyskanymi informacjami – materac zabezpieczony jest pokrowcem stanowiącym barierę dla płynów i drobnoustrojów.

Otrzymano informację od pielęgniarki – _____, że podczas zmiany bielizny pościelowej nie są wykonywane gwałtowne, roztrzepujące ruchy, a bielizna od razu po ściągnięciu usuwana jest do czerwonego worka jednorazowego. Zarówno pielęgniarka, jak i salowa- Pani _____ nie były w stanie udzielić informacji, czy bielizna pościelowa wymieniana jest przed czy po dekontaminacji powierzchni w pokoju osób izolowanych.

6. TRANSPORT I DYSTRYBUCJA POSILKÓW DO STREFY PACJENTA IZOLOWANEGO

Posiłki do pacjentów są dostarczane w naczyniach wielorazowego użytku, przynoszone są na tacy, a po skończeniu posiłku – wynoszone na tacy do pomieszczenia kuchni znajdującego się na oddziale, w sąsiedztwie sali nr 14. Zgodnie z uzyskanymi informacjami od Pani _____ – salowa, która dostarcza posiłki wynosząc tacę z brudnymi naczyniami, na które założony jest worek i przenosi je do pomieszczenia kuchni, gdzie naczynia zmywane są w zmywarko-wyparzarce. Podczas kontroli przedstawiono 9 książeczek do celów sanitarno-epidemiologicznych (salowych: A.O, E.P, A.W., K.P,

Ch
Pm
D

A.Dz., D.P., A.M., B.W, E.K-Ś) z podbitymi w książce przez lekarza medycyny pracy aktualnymi informacjami o dopuszczeniu do pracy.

Uzyskano również informację, że nie odbyło się szkolenie przypominające dla pracowników odpowiedzialnych za transport i dystrybucję posiłków w strefie pacjentów izolowanych na temat procedur obowiązujących w ognisku, szkolenie ma być przeprowadzone w ciągu następnych 2 tygodni.

7 PROCEDURY HIGIENICZNE ORAZ INSTRUKCJE, SZKOLENIA PRZYPOMINAJĄCE

W podmiocie opracowane są procedury higieniczne zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym. Podczas kontroli przedstawiono do wglądu następujące procedury:

- Procedura postępowania w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego (zatwierdzona: 22.03.2013, wdrożona: 22.03.2013, zaktualizowana: 31.01.2020) – procedura QP-009-E-OS Postępowanie w przypadku podejrzenia wystąpienia chorób zakaźnych i zakażeń, z uwzględnieniem ich rejestracji oraz zgłaszania. Procedura opisuje schemat postępowania w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej bądź czynnika alarmowego, zawiera instrukcje i obowiązujące wzory formularzy, na których dokonuje się zgłoszenia do właściwego PPIS.
- Procedura/instrukcja dot. zasad izolowania pacjentów (zatwierdzona: 22.12.2020 r wdrożona: 22.12.2020 r., zaktualizowana: nd). W procedurze określono: sposób izolacji w zależności od dróg przenoszenia zakażeń, wskazanie kto decyduje o wdrożeniu izolacji (ordynator, lekarz dyżurny członek Zespołu Komisji Zakażeń Szpitalnych), zasady transportu pacjenta na badania, wskazanie, kto nadzoruje warunki izolacji w ognisku (Pielęgniarka Epidemiologiczna kontroluje przestrzeganie zasad izolacji, pielęgniarka oddziałowa jest odpowiedzialna za nadzór i kontrolowanie przestrzegania zasad izolacji w oddziale, procedura nie uwzględnia częstotliwości nadzoru nad izolacją w ognisku, sposób izolacji w zależności od dróg przenoszenia zakażeń. W procedurze brak jest zawartych informacji na temat zasad postępowania dla osób odwiedzających. Procedura w sposób ogólny opisuje zasady postępowania personelu oraz zasady dekontaminacji pomieszczeń i sprzętu. Informacje na ten temat znajdują się w osobnej procedurze – QP-028-E-OS Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridium Difficile*, zatwierdzoną i wdrożoną w dniu 5 kwietnia 2023 roku. Procedura zawiera plan higieny w przypadku wystąpienia zakażenia *Clostridium Difficile*. Zgodnie z procedurą w przypadku biegunki powinna nastąpić niezwłoczna izolacja i wdrożenie badań. Procedura określa sposób przeprowadzania higieny/toalety pacjenta – mycie pacjentów zachodzi poprzez wykorzystanie jednorazowych chusteczek moczonych w wodzie z mydłem. W procedurze zawarto informacje o używaniu środków na bazie chloru oraz sporobójczych do dekontaminacji powierzchni w salach izolowania osób zakażonych oraz o użyciu każdej ścierki, mopa tylko jednokrotnie na powierzchni. Zgodnie z procedurą posiłki są podawane w jednorazowych naczyniach. Procedura informuje o wdrożeniu szkolenia dla personelu medycznego dot. metod zapobiegania transmisji CDI. Bezpośredni przełożony (pielęgniarka oddziałowa) odpowiedzialna jest za przeprowadzenie szkolenia oraz wdrożenie w praktyce stosowania procedur przez podległy personel.
- Procedura higieny rąk / instrukcja higieny rąk (zatwierdzona: 30.10.2019 r , wdrożona: 30.10.2019 r. zaktualizowana: nd). W procedurze określono: zasady przygotowania rąk do pracy – zasada „nic poniżej łokcia”, zasady higienicznego i chirurgicznego mycia i dezynfekcji rąk, wskazania do „5

(H) mm d

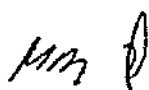
momentów higieny rąk" wg. WHO. W procedurze nie zawarto zasady techniki Aylife, sposób prowadzenia nadzoru w zakresie ww. procedury oraz sposobu analizy zużycia preparatów dezynfekcyjnych do rąk. Zgodnie z informacją uzyskaną od pielęgniarki oddziałowej – raz w tygodniu prowadzony jest przegląd rąk personelu – wyniki wpisywane są w Arkuszu codziennego przeglądu przygotowania rąk personelu do pracy – informujący o dacie przeglądu, ilości kontrolowanego personelu oraz rezultacie przeglądu. Informacja o prowadzonym przeglądzie nie jest uwzględniona w procedurze.

- Procedura/instrukcja dot. zasad korzystania z rękawic medycznych i innych środków ochrony indywidualnej (ŚOI) odpowiednio do zagrożenia (zatwierdzona: 28.02.2023 r., wdrożona: 28.02.2023 r., zaktualizowana: nd). Procedura QP-027-E-OS – Stosowanie środków ochrony indywidualnej. W procedurze określono: sytuacje wymagające użycia rękawic i innych środków ochrony indywidualnej, rodzaje stosowanych ŚOI w zależności od zagrożenia – procedura zawiera informacje w jakich sytuacjach jakie środki są stosowane i przez kogo. W procedurze określono, że za przeprowadzenie szkolenia, wdrożenie procedury oraz kontrola stosowania odpowiada ordynator oraz pielęgniarka oddziałowa, nadzór nad stosowaniem procedury prowadzi również Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych. W procedurze nie określono sposobu prowadzenia nadzoru w zakresie ww. procedury.

- Procedury higieniczne i utrzymania czystości – plan higieny (zatwierdzona: 17.09.2019 r., wdrożona: 17.09.2019 r., zaktualizowana: nd). Procedura określa ogólny plan higieny dla różnych pomieszczeń szpitalnych, dzieli na strefy (I-IV) w zależności od zagrożenia (izolatka znajduje się w strefie IV zagrożenia), jednak procedura nie określa konkretnych czynności i zasad postępowania w zależności od strefy zagrożenia. Procedura określa techniki i metody dezynfekcji oraz rodzaj czynności – to jak często są wykonywane. Zawiera listę czynności wykonywanych codziennie, co najmniej raz w miesiącu i każdorazowo po zakończonej izolacji, zgonie pacjenta oraz wypisie, czynności wykonywane raz na kwartał. Procedura zawiera informacje o planie higieny szpitala (co, kiedy, kto), osobno poza procedurą znajduje się wykaz stosowanych preparatów z informacją o rodzaju preparatu, kiedy jest używany, w jakim stężeniu i jak sporządzany, oraz jak przebiega proces mycia/dezynfekcji. Procedura zawiera instrukcje czyszczenia sprzętu do sprzątnięcia oraz instrukcje przygotowania roztworu preparatu dezynfekcyjnego. Procedura nie uwzględnia technik dezynfekcji małych i dużych powierzchni, rodzaju sprzętu do sprzątnięcia dostosowanych do powierzchni kontaktowych i bezkontaktowych, zasad przechowywania preparatów dezynfekcyjnych, informacji o stosowaniu mopów jednorazowych/wielorazowych i ściereczek jednorazowych/wielorazowych z kodami kolorystycznymi oraz o stosowaniu innych metod dezynfekcji. Nadzór nad procedurą prowadzi pielęgniarka oddziałowa, kontrole wewnętrzne prowadzone są przez Zespół Komisji Zakażeń Szpitalnych. Brak informacji o sposobie w jaki prowadzony jest nadzór

Procedura nie zawiera informacji na temat sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń oraz sprzętu w obszarze objętym ogniskiem – informacje na ten temat zawarte są w procedurze „Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridium Difficile*”

Podczas kontroli przedstawiono do wglądu również procedurę QP-032-E-OS „Higiena Środków Transportu Wewnętrznego”, zatwierdzoną i wdrożoną 10 stycznia 2020 r. Procedura określa sposób dezynfekcji wózków do transportu chorych, pojemników mobilnych do transportu wewnętrznego

(4) 

odpadów, informacje o pomieszczeniu dekontaminacji, miejscu mycia pod ciśnieniem, harmonogram dekontaminacji sprzętu transportowego oraz plan higieny. Kontrole bezpośrednią nad stosowaniem procedury prowadzi pielęgniarka oddziałowa, nadzór nad nią – Zespół Komisji Zakażeń Szpitalnych.

- Procedura mycia, dezynfekcji i sterylizacji narzędzi medycznych (zatwierdzona: 18.03.2022 r., wdrożona: 18.03.2022 r., data aktualizacji: nd). W procedurze określono zasady postępowania z narzędziami po użyciu (w przypadku czasu poniżej 24h – spryskać preparatem w worku pyłoszczelnym, przekazać do Centralnej Sterylizatorni wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym, powyżej 24h- gromadzić w preparacie myjącym, splukać, umieścić w worku pyłoszczelnym, przekazać do Centralnej Sterylizatorni), zasady przechowywania narzędzi sterylnych z określeniem czasu przechowywania i nadzoru w tym zakresie, tj. sprzęt medyczny opakowany w 2 warstwy papieru krepowego lub papier i włókninę (sterylizacja parowa)- 2 tygodnie, rękaw foliowo-papierowe, torebki foliowo-włókninowe (sterylizacja parowa), rękaw Tyvek (sterylizacja plazmowa) – 3 miesiące, sprzęt jednorazowy – zgodnie z zaleceniami producenta, sprzęt medyczny winien przechowywany być w warunkach uniemożliwiających ich wtórą kontaminację – składowane w zamykanych szafkach, osłoniętych regałach. Nadzór prowadzą na bieżąco pielęgniarki oraz pielęgniarka oddziałowa – 1 raz w miesiącu weryfikuje poprawność prowadzonego nadzoru. Do procedury dołączona jest lista zapoznania się z procedurą, na którą wpisuje się personel w momencie zapoznania się z procedurą (brak jednego szkolenia dla wszystkich).

- Procedura postępowania z bielizną (zatwierdzona: 08.05.2020 r., wdrożona: 08.05.2020 r., zaktualizowana: nd). W podmiocie znajduje się ogólna procedura postępowania z bielizną, brak procedury dla strefy pacjenta izolowanego i w oddziale objętym ogniskiem. W procedurze określono dla szpitala: rodzaje bielizny (używana jest zarówno bielizna jednorazowa, m.in. poszwy, poszewki, prześcieradła, podkłady oraz wielorazowa, m.in. koce, koszule, ręczniki, kołdry), podział bielizny szpitalnej ze względu na rodzaj skażenia (bielizna używana, bielizna zanieczyszczona różnego rodzaju lekami, bielizna skazona zakażenie, brudna bielizna pościelowa), sposób postępowania z bielizną wielorazowego użytku w oddziale (wymiana bielizny u pacjenta – odbywa się raz w tygodniu lub według potrzeby, u obłożnie chorego – codziennie, każdorazowo po wypisie lub zgonie pacjenta), częstotliwość przekazywania bielizny do prania (informacja w procedurze o odbieraniu przez magazyn codziennie w dni robocze). Brak informacji w procedurze o podmiocie zajmującym się praniem bielizny – przedstawiono umowę z firmą zewnętrzną Nachod A.S. Informacje o postępowaniu z bielizną u pacjenta zakażonego *Clostridium Difficile* znajdują się w procedurze „Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridium Difficile*”, gdzie zawarto informacje o stosowaniu bielizny wielorazowej, która po zmianie umieszczana jest w czerwonym worku, który przekazywany jest do magazynu brudnej bielizny jako materiał potencjalnie zakaźny.

- Procedura postępowania z odpadami komunalnymi i medycznymi (zatwierdzona: 20.12.2019 r., wdrożona: 20.12.2019 r., zaktualizowana: nd). W procedurze określono: zasady segregacji odpadów, zasady transportu odpadów, zasady przechowywania i utylizacji odpadów. Zgodnie z procedurą pracownicy na stanowiskach pracy odpowiadają za prawidłową segregację, ordynator oraz pielęgniarka oddziałowa odpowiadają za przestrzeganie zasad procedury, Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych odpowiada za nadzór nad prawidłowym i skutecznym przestrzeganiem procedury, Kierownik Działu

1/4 Mmm P

Techniczno-Administracyjnego nadzoruje transport wewnętrzny oraz magazynowanie odpadów. W procedurze nie opisano sposobu prowadzenia nadzoru w zakresie ww. procedury

- Procedura dotycząca szpitalnej polityki antybiotykowej tzw. SPA /zasad stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych (zatwierdzona: 09.11.2023 r., wdrożona: 09.11.2023 r., zaktualizowana: nd) – Procedura QP-001-APTEKA-OS Receptariusz Antybiotykowy. W procedurze określono: szpitalną listę leków przeciwdrobnoustrojowych, tryb ich zamawiania i zasady stosowania, wytyczne dla empirycznej i celowanej terapii zakażeń, zasady profilaktyki okołoperacyjnej, zasady monitorowania zużycia antybiotyków
- Procedura postępowania po ekspozycji (zatwierdzona: 25.02.2017 r., wdrożona: 25.02.2017 r., zaktualizowana: nd). W procedurze określono: postępowanie po narażeniu na czynniki biologiczne, postępowanie po zranieniu ostrymi narzędziami, miejsce, do którego kieruje się osobę narażoną lub zranioną w celu przeprowadzenia konsultacji lekarskiej (Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5). W procedurze nie podano informacji o posiadaniu / przechowywaniu leków stosowanych w celu chemioprophylaktyki zakażenia u osoby niezwłocznie po narażeniu lub zranieniu. Zgodnie z informacją uzyskaną od pielęgniarki oddziałowej – na terenie oddziału i szpitala nie ma takich leków, w przypadku ekspozycji – pobierana jest krew i osoba narażona przyjmowana jest na izbę przyjęć, gdzie kierowana jest do Szpitala we Wrocławiu – udaje się tam wraz z pobraną próbką krwi. Zgodnie z procedurą lekarz na oddziale decyduje, czy wprowadzana jest procedura postępowania po ekspozycji w przypadku narażenia na czynniki biologiczne lub zranienie ostrymi narzędziami.

W podmiocie brak jest opracowanej i wdrożonej procedury wykonywania mikrobiologicznych badań przesiewowych u pacjentów z grup ryzyka, która określa: zasady pobierania, przechowywania i transportu materiału do badań mikrobiologicznych, wskazania do badań przesiewowych (zakres i częstotliwość ich wykonywania), kto, gdzie i kiedy wykonuje badania przesiewowe u pacjentów z grup ryzyka, gdzie badania mikrobiologiczne są wykonywane.

W podmiocie brak jest opracowanej i wdrożonej procedury transportu i dystrybucji posiłków w obszarze objętym ogniskiem, która określa rodzaj naczyń, zasady postępowania z naczyniami po posiłku, system dostarczania posiłków, wymagane badania do celów sanitarno-epidemiologicznych osób odpowiedzialnych za transport i dystrybucję posiłków. Podczas czynności kontrolnych przedstawiono Zalecenie 3/24 z dnia 13 lutego 2024 roku zgodnie z którym Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych wprowadził nowe zasady obowiązujące przy żywieniu pacjentów izolowanych, tj. posiłek do sali izolacji podaje salowa, posiłek podawany jest w naczyniach wielokrotnego użycia, sale izolacyjne obsługiwane są jako ostatnio. Przedstawiono do wglądu pismo z 18 marca 2023 roku kierowane do pielęgniarki oddziałowej –

– wnoszące o wyznaczenie salowej, która w dni świąteczne i soboty będzie odpowiedzialna za pracę w kuchence oddziałowej. Przedstawiono również zasady stosowania rękawic ochronnych dla salowych, które w oddziale szpitalnym mają kontakt z żywnością. Z kolei zgodnie z procedurą „Postępowanie w przypadku pacjentów skolonizowanych, zakażonych *Clostridium Difficile*” posiłki podawane są w naczyniach jednorazowych, które po użyciu traktowane są jako odpad medyczny i umieszczane w czerwonym worku.

8. POSTĘPOWANIE WOBEC ODWIEDZĄCYCH OSOBY IZOLOWANE

Pacjenci izolowani są pacjentami leżącymi, nie mają możliwości samodzielnego poruszania się,

(Jm) km li

przebywają jedynie w sali, w której są izolowani. W przypadku odwiedzin – wizyty odbywają się pojedynczo w zaopatrzonych środkach ochrony indywidualnej, po wcześniejszym poinstruowaniu odwiedzających o czynniku zakaźnym i postępowaniu, m.in. higienie rąk. W oddziale znajduje się zapas środków ochrony indywidualnej, które udostępniane są odwiedzającym. Czas odwiedzin to zgodnie z oświadczeniem pielęgniarki oddziałowej – od kilku do kilkunastu minut. Edukacja osób odwiedzających w zakresie postępowania w strefie izolacji, higieny rąk i zasad odwiedzin prowadzona jest ustnie przez pielęgniarkę, która w danej chwili przydzielona jest do sal pacjentów izolowanych, nie jest sporządzany żaden dokument potwierdzający zapoznanie się odwiedzających z przedstawionymi informacjami.

9. SPOSÓB PROWADZENIA DOKUMENTACJI DOTYCZĄCEJ BIOLOGICZNEGO CZYNNIKA ALARMOWEGO (BCA)

Podczas kontroli uzyskano informacji, że Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych nie przeprowadził dochodzenia epidemiologicznego w związku z wystąpieniem ogniska w Oddziale Chorób Wewnętrznych i rozprzestrzenianiem się zakażeń szpitalnych oraz nie przeprowadził szkolenia personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych. Pani _____ – członek Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych poinformowała, że Zespół miał spotkać się w dniu 15 kwietnia 2026 roku, jednak w związku z kontrolą pracowników Państwowej Powiatowej Inspekcji Sanitarnej w Kłodzku – spotkanie Zespołu zostało przełożone. Jednocześnie uzyskano informację, że szkolenie pracowników ma odbyć się w przeciągu najbliższych dwóch tygodni.

W dniu kontroli przedstawiono sposób prowadzenia indywidualnych kart rejestracji oraz rejestru. Rejestr prowadzony jest w systemie AMMS w formie indywidualnych kart zakażeń, zawierających zakładki dane ogólne, wywiad, ryzyko zakażenia, opis badań, opis badań potwierdzających zakażenie. W indywidualnych kartach zakażenia widnieją następujące informacje: imię i nazwisko, data urodzenia, numer PESEL, płeć, adres miejsca zamieszkania, rozpoznanie kliniczne zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego oraz charakterystykę podstawowych objawów klinicznych oraz okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego. Istnieje możliwość wygenerowania raportu zbiorczego z kart indywidualnych. Indywidualne karty rejestracji zakażeń nie były w dniu kontroli prowadzone na bieżąco. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od członków Komisji Zakażeń Szpitalnych – karty nie są prowadzone na bieżąco w związku z długotrwałym zwolnieniem lekarskim pielęgniarki epidemiologicznej- Pani _____ która jest odpowiedzialna za wprowadzanie danych do systemu. Otrzymało informację, że nie ma osoby, która zastępuje ją w tym zakresie. Członkowie Zespołu Zakażeń Szpitalnych nie są upoważnieni do wglądu do dokumentacji dotyczącej zakażeń szpitalnych.

Przeprowadzono kontrolę wewnętrzną w obrębie Oddziału Wewnętrznego –kontrola nr 7/2026 została przeprowadzona w dniu 26 lutego 2026 roku przez Panią _____ - przedstawiono protokół z kontroli. Kontrolę przeprowadzono w zakresie m.in. mycia rąk, przygotowania rąk personelu do pracy, dekontaminacji powierzchni, wykazu stosowanych środków dekontaminacji sprzętu i powierzchni, procedur epidemiologicznych, postępowania z odpadami medycznymi. Podczas kontroli stwierdzono m.in. nieprawidłowości związane z brakiem monitorowania zużytego sprzętu sterylnego w dokumentacji pacjenta zgodnie z procedurami, uchybienia techniczne w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym, Sali „R” (małej), Sali rehabilitacyjnej, izolatce. Kontrola wewnętrzna została przeprowadzona zgodnie z procedurą

h mm n

QP-029-ORG-OS Procedura przeprowadzania kontroli wewnętrznej sanitarno-epidemiologicznej w podmiocie leczniczym „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, wg sporządzonego harmonogramu.

W dniu kontroli stwierdzono nieprzestrzeganie procedur higieniczno-sanitarnych, co wpływa na dalszą transmisję zakażeń.

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

1. Stosowanie preparatu do dezynfekcji powierzchni podłogi o niewłaściwym spektrum działania – stosowanie preparatu IncidinActive o stężeniu 1%, zgodnie z zaleceniami producenta działanie sporobójcze wobec *Clostridium Difficile* wykazuje roztwór o stężeniu 2%
2. Stosowanie preparatu do dezynfekcji sprzętu porządkowego o niewłaściwym spektrum działania – stosowanie preparatu ActiChlor o stężeniu 1000ppm-2000pm, zgodnie z zaleceniami producenta działanie sporobójcze wobec *Clostridium Difficile* wykazuje roztwór o stężeniu 10000ppm, błędna informacja w wykazie preparatów chemicznych na temat sporządzania roztworu
3. Nieznajomość procedur postępowania przy cewnikowaniu przez personel medyczny - brak dezynfekcji połączenia cewnika z workiem na mocz oraz brak przemywania okolic podłączenia cewnika wodą z mydłem
4. Nieprawidłowe postępowanie podczas czynności porządkowych – wjeżdżanie wózkiem porządkowym do sal osób izolowanych, następnie niezdezynfekowanym wózkiem przejeżdżanie przez Oddział do brudownika
5. Nieprawidłowe postępowanie z brudną wodą pozostałą po sprzątaniu – wylewanie do toalety znajdującej się w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym w sali nr 14
6. Nieprawidłowe postępowanie przy dekontaminacji powierzchni – stosowanie chusteczek do dezynfekcji na wielu powierzchniach, nieutylizowanie ich po jednym przeciągnięciu po powierzchni
7. Nieprawidłowe postępowanie przy zmianie bielizny pościelowej – po zmianie bielizny pościelowej nie jest wykonywana dekontaminacja powierzchni, sprzętu oraz podłogi
8. Niezastosowanie się do zasady „od góry do dołu” podczas dekontaminacji sal osób izolowanych – w powierzchnie dezynfekowane są w następującej kolejności: parapety, łóżka, klamki, szafki, podłoga, wysięgniki
9. Nieznajomość przez personel wydzielony do sal pacjentów izolowanych, tj. pielęgniarkę i salową, procedur higienicznych i utrzymania czystości
10. Nieoznakowany kij do mopa wykorzystywanego w pomieszczeniach izolacji pacjentów – sprzęt porządkowy znajdował się w wyznaczonym miejscu w pomieszczeniu porządkowym, jednak nie był oznakowany, co uniemożliwia jego identyfikację
11. W ciągu komunikacyjnym – w korytarzu głównym, stwierdzono brudne miski przeznaczone do toalety pacjenta na pojemnikach do segregacji odpadów komunalnych
12. Obecność niezapakowanych worków do stomii na półkach w niezamykanym regale, niezabezpieczonych przed dekontaminacją
13. Przechowywanie sprzętu jednorazowego użycia na otwartych regałach – możliwość kontaminacji wtórnej
14. Nieaktualizowana procedura dot. zasad izolowania pacjentów, w procedurze nie uwzględniono informacji na temat zasad postępowania dla osób odwiedzających, niedostatecznie opisano zasady postępowania personelu i dekontaminacji pomieszczeń i sprzętu, nie uwzględniono częstotliwości nadzoru warunków izolacji w ognisku

Gy Mre D

15. Nieaktualizowana procedura higieny rąk, w procedurze nie uwzględniono zasad techniki Aylife, sposobu prowadzenia nadzoru w zakresie ww. procedury, informacji o analizie zużycia preparatów dezynfekcyjnych do rąk oraz brak informacji o prowadzonym nadzorze w formie przeglądu rąk personelu
16. Nieaktualizowana procedura stosowania środków ochrony indywidualnej – brak informacji o sposobie prowadzenia nadzoru w zakresie ww. procedury
17. Nieaktualizowany plan higieny – w procedurze brak informacji o procedurze sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń oraz sprzętu w obszarze objętym ogniskiem, brak informacji na temat technik mycia i dezynfekcji małych i dużych powierzchni, rodzaju sprzętu do sprzątania dostosowane do powierzchni kontaktowych i bezkontaktowych, zasad przechowywania preparatów dezynfekcyjnych, brak informacji o stosowaniu mopów jednorazowych/wielorazowych i ściereczek jednorazowych/wielorazowych z kodami kolorystycznymi, brak informacji o stosowaniu innych metod dezynfekcji (np. zamglawiania), brak informacji o sposobie prowadzenia nadzoru w zakresie ww. procedury
18. Nieaktualizowana procedura postępowania z bielizną – procedura określa ogólne postępowanie z bielizną, brak informacji o procedurze postępowania z bielizną w strefie pacjenta izolowanego i w oddziale objętym ogniskiem, w której określono rodzaj bielizny, podział bielizny ze względu na rodzaj skażenia, sposób postępowania z bielizną wielorazową, częstotliwość przekazywania do prania oraz informacja o podmiocie zajmującym się praniem bielizny
19. Nieaktualizowana procedura postępowania z odpadami medycznymi – brak informacji o sposobie prowadzenia nadzoru w zakresie ww. procedury
20. Brak opracowanej procedury wykonywania mikrobiologicznych badań przesiewowych u pacjentów z grup ryzyka
21. Brak procedury dotyczącej zasad transportu i dystrybucji posiłków w obszarze objętym ogniskiem – wdrożono zalecenie, w którym zawarty jest inny rodzaj naczyń, niż w procedurze dot. postępowania w ognisku zakażeń *Clostridium Difficile*, brak informacji o zasadach postępowania z naczyniami po posiłku, brak informacji o systemie dostarczania posiłków oraz informacji o wymaganych badaniach do celów sanitarno-epidemiologicznych osób odpowiedzialnych za transport i dystrybucję posiłków
22. Zły stan techniczny ścian w dyżurce pielęgniarek – ściany w pomieszczeniu z ubytkami powierzchni oraz odchodzącą powierzchnią w futrynie wejścia prowadzącego do dyżurki pielęgniarek

Przepisy prawne:

Art. 11 i Art. 14 ust. 1 pkt. 3, lit. a, art. 22 Ustawy z dnia 05 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2025, poz. 1675)

art. 5 ust. 1 pkt 1c i pkt 3 oraz ust. 2 w związku z art. 61 Ustawy z dnia 07 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U. 2026, poz. 524)

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

1. Niezwłocznie przeprowadzić szkolenie przypominające dla personelu postępowanie w ognisku zakażeń *Clostridium Difficile* – przedstawić PPIS listę obecności oraz sprawozdanie ze szkolenia w terminie do 30 kwietnia 2026 r
2. Prowadzić na bieżąco indywidualne karty zakażeń szpitalnych - w przypadku braku osoby odpowiedzialnej upoważnić członków Komisji Zakażeń Szpitalnych do wglądu w dokumentację dotyczącą zakażeń szpitalnych (rejestr oraz indywidualnych kart zakażeń szpitalnych)

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

1/4 *um* 11

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

Str. 19 pkt 4 nr mandatu karnego - nie dotyczy -> Di 0663161, pkt. 6 skorygowano zmieniono
 (podać numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

pkt. 6 skorygowano zmieniono
 pkt. 7 - skreślono

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 pkt 1-13 nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

– pielęgniarka oddziałowa Oddziału Wewnętrznego

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości 500 zł słownie pięćset złotych

(nr mandatu karnego) nie dotyczy Di 0663161

(podstawa prawna) Art. 50 pkt 3 Ustawy z dnia 05 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2025, poz. 1675)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr MK13/25 z dnia 08.01.2025 r. wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone/a 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

PIEŁĘGNIARKA ds. zakażeń

nr 4004571P

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

W Kłodzku
 Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
 ABYSSANT

(czytelny podpis kontrolującego(-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 22 04 2026

PIEŁĘGNIARKA ds. zakażeń

(czytelny podpis osoby odbierającej) nr 4004571P

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** Ocena podmiotu leczniczego w zakresie nadzoru oraz podejmowania działań w sytuacji wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego (nazwa/nr)

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