

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 140/EP/26

EP 9020 124 2026 KW

Kłodzko, dnia 7 lipca 2026 roku
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia stałego CK11/25,
Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia stałego CK54/25
(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: sekretariat@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

Pani Jadwiga Radziejewska – Dyrektor „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

(imię i nazwisko/stanowisko)

6 Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* Pan

Pielęgniarka Oddziałowy Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Pełnomocnictwo z 7.07.2026 r.
udzielone przez Zastępcę Dyrektora ds. Administracyjnych „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku Pana

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/datę wydania upoważnienia/r)

7 Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* nie dotyczy (imię i nazwisko/stanowisko/inn)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1 Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 7 lipca 2026 roku, godz. 08.25

- 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: 7 lipca 2026 roku, godz. 14:00
- 5 Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 30 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 *Klebsiella pneumoniae* NDM w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 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
 - 1) Procedury QP-013-MED-OS Cewnikowanie pęcherza moczowego, QP-016-E-OS Postępowanie w przypadku wystąpienia szpitalnych ognisk epidemicznych, QP-030-E-OS Postępowanie w przypadku wykrycia szczepów pałeczek z rodziny Enterobacterales wytwarzających karbapenemazy typu KPC, NDM, OXA-48, OP-001-E-OS Higiena rąk w komórkach medycznych w podmiocie leczniczym Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, QP-002-E-OS Izolacja chorych, QP-027-E-OS Stosowanie środków ochrony indywidualnej, QP-005-E-OS Postępowanie z bielizną szpitalną, QP-004-E-OS Postępowanie z odpadami medycznymi, QP-008-E-OS Higiena Szpitalna, procedura mycia, dezynfekcji i sterylizacji narzędzi medycznych,
 - 2) Raport z kontroli wewnętrznej 9/2026 z dnia 31.03.2026 r. jednostka kontrolowana: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - 3) Raport z kontroli wewnętrznej 32/2025 z dnia 19.08.2025 r. jednostka kontrolowana: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - 4) Protokół kontroli wewnętrznej w obszarze profilaktyki zakażeń szpitalnych Higiena szpitalna z dnia 6.07.2026 r.,
 - 5) Protokół kontroli wewnętrznej w obszarze profilaktyki zakażeń szpitalnych Postępowanie z odpadami medycznymi z dnia 6.07.2026 r.,
 - 6) Karta kontroli wewnętrznej przestrzegania zasad stosowania środków ochrony indywidualnej z dnia 6.07.2026 r.,
 - 7) Karta kontroli izolacji pacjenta z dnia 6.07.2026 r.,
 - 8) Protokół ze spotkania Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych z dnia 25.06.2026 r.,
 - 9) Dochodzenie epidemiologiczne w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala w Kłodzku z dnia 25.06.2026 r.,
 - 10) Paszport techniczny nr 1191 dla Aparatu do dezynfekcji powietrza NOCOSPRAY nr 172Y9956,
 - 11) Umowa nr DZP2520.4.2026 z dnia 26.03.2026 r. zawarta z Konsorcjum EMKA S.A. ul. Jaktorowska 15a 96-300 Żyrardów na odbiór odpadów medycznych,
 - 12) Umowa nr DZP2521.152.2025 z dnia 10.12.2025 zawarta z Pradekny a Cistiny Nachod a.s. ul. Jugoslavská 20, Nachod, Czechy,
 - 13) Karta higieny zapobiegania przenoszeniu patogenu alarmowego- plan higieny dla stanowiska pacjenta zakazonego,
 - 14) Oświadczenie zapoznania się z procedurą QP-030-E-OS Postępowanie w przypadku wykrycia szczepów pałeczek z rodziny Enterobacterales wytwarzających karbapenemazy typu KPC, NDM, OXA-48,
 - 15) Oświadczenie zapoznania się z procedurą OP-001-E-OS Higiena rąk w komórkach medycznych w podmiocie leczniczym Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku,

Dane



W

16) Oświadczenie zapoznania się z procedurą OP-002-E-OS Postępowanie z pacjentami wymagającymi izolacji;

17) Oświadczenie zapoznania się z procedurą QP-016-E-OS Postępowanie w przypadku wystąpienia szpitalnych ognisk epidemicznych;

18) Książka procesu zamglawiania;

19) Karta przekazania odpadów medycznych z miejsca czasowego gromadzenia;

20) Rejestr przekazania pościeli do prania;

21) Kwity przekazania pościeli do pralni;

22) Wykaz środków do dezynfekcji stosowanych na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii;

12 Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*:

1) Upoważnienie pisemne wydane dla Pana

2) Klauzula RODO

13 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 363/24 z dnia 14 lutego 2024 roku, nr 280/24 z dnia 31 stycznia 2024 roku, nr 2269/25 z dnia 4 listopada 2025 roku, nr 787/26 z dnia 19 maja 2026 roku.

Wydano decyzję administracyjną nr 1436/23 z dnia 10 lipca 2023 roku dotyczącą Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Terminy wykonania obowiązków nałożonych w ww. decyzji:

- pkt 2 – 31.12.2026 r. – zapewnić możliwość mycia rąk w pomieszczeniu pełniącym funkcję szuflary przy pomieszczeniu przeznaczonym do izolacji pacjenta zakażonego w Oddziale

- pkt 3 – 31.12.2026 r. – zapewnić oddzielne pomieszczenie – brudownik i wyposażać go w płuczkę dezynfektor lub urządzenie do dekontaminacji oraz utylizacji wkładów jednorazowych wraz z zawartością oraz wentylację mechaniczną wyciągową

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

Kontrolę w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku przeprowadzono w związku z wystąpieniem ogniska epidemicznego *Klebsiella pneumoniae* NDM

W dniu 26 czerwca 2026 roku otrzymano zgłoszenie telefoniczne od pani [imię] pielęgniarki epidemiologicznej i członka Zespołu Kontroli Zakazów Szpitalnych Zespołu Opieki Zdrowotnej Kłodzku o

heret

[Signature]

WV

obecności dwóch zakażeń objawowych *Klebsiella pneumoniae* NDM (ESBL+) w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii ZOZ w Kłodzku.

Zakazenia szpitalne stwierdzono u 2 pacjentów

- J.P. ur. 08.05.1939 r. – wynik badania z dnia 14.05.2026 r. (materiał: aspirat z drzewa oskrzelowego), pacjent przebywa na oddziale od 15 kwietnia 2026 r.
- W.A. ur. 22.05.1956 – wynik badania z dnia 25.06.2026 r. (materiał: aspirat z drzewa oskrzelowego oraz mocz), pacjent przebywa na oddziale od 19 maja 2026 r. W przypadku obydwóch pacjentów stwierdzono objawowe zakażenia wywołane *Klebsiella pneumoniae* NDM.

W toku rozmowy telefonicznej przekazano informacje dotyczące izolacji pacjentów: byli oni skohortowani w sali dwuosobowej w Oddziale. Poza ww. osobami w oddziale aktualnie nie byli hospitalizowani inni pacjenci. Raport wstępny z wystąpienia ogniska epidemicznego wpłynął do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku w dniu 30 czerwca 2026 roku. Przekazano również zgłoszenia ZLB-1 oraz ZLK-1 zakażonych pacjentów.

W dniu kontroli w Oddziale przebywa jeden pacjent zakażony *Klebsiella pneumoniae* NDM W.A. ur. 22.05.1956 r. W trakcie kontroli uzyskano informację o zgonie pacjenta J.P. ur. 08.05.1939 r. w dniu 29 czerwca 2026 r. Zgon nastąpił z innych przyczyn niż zachorowanie na chorobę zakaźną. Pacjenta obecnego na oddziale przeniesiono do sali jednostanowiskowej. Po opuszczeniu sali trzynosobowej przeprowadzono proces zamglawiania pomieszczenia z użyciem aparatu do dezynfekcji powietrza NOCOSPRAY oraz preparatu NOCOLYSE. W toku czynności kontrolnych przedstawiono do wglądu paszport techniczny nr 1191 dla Aparatu do dezynfekcji powietrza NOCOSPRAY nr 172Y9956. Zgodnie z zapisami w ww. dokumencie ostatnie badanie techniczne odbyło się w dniu 6.05.2026 r. w wyniku którego stwierdzono, iż urządzenie jest sprawne i dopuszczone do eksploatacji. Następny przegląd zaplanowany jest na dzień 6.05.2027 r. Badanie przeprowadzone zostało przez firmę Centromedic Sp. z o.o. ul. Reja 14 50-010 Radwanice. Przedstawiono do wglądu książkę procesu zamglawiania, z której wynika, iż w dniu 29.06.2026 r. przeprowadzono proces w sali 3 stanowiskowej, a w dniu 5.07.2026 r. w pomieszczeniu porządkowym. Z zapisów wynika, że proces zamglawiania jest wykonywany w oddziale w salach po opuszczeniu ich przez pacjentów oraz raz w tygodniu w pomieszczeniu porządkowym.

Pacjent W.A. jest niesamodzielny, leżący u pacjenta obecny cewnik Foleya z jednorazowym workiem do zbiórki moczu oraz cewnik do odsysania dróg oddechowych w systemie zamkniętym. Żywienie odbywa się przy użyciu sondy pokarmowej.

Do opieki nad pacjentem zakażonym w dniu kontroli przydzielona była pielęgniarka Pani

Sprzątaniem i dekontaminacją w kontrolowanym oddziale podczas zmiany dziennej zajmuje się Pani

W toku czynności kontrolnych ustalono, że ww. osoby miały naturalne, krótko obcięte i nie wystające poza opuszki palców paznokcie. Personel medyczny przestrzegał zasady „nic poniżej łokcia” w obszarze wykonywania świadczeń zdrowotnych (obszar bezpośredniego kontaktu z pacjentem lub jego otoczeniem). Punkty mycia rąk wyposażono w preparat do mycia rąk Liquid Soap oraz do dezynfekcji rąk Phago Gel. Do dezynfekcji rąk stosowany jest również preparat Skinman Soft.

W czasie przeprowadzania czynności kontrolnych przeprowadzono rozmowy z personelem medycznym obecnym na oddziale w zakresie znajomości procedur postępowania z pacjentem zakażonym *Klebsiella pneumoniae* oraz dekontaminacji pomieszczeń oddziału, w tym sali izolacji. Pani

k opisała

[signature]

[signature] Kw

proces pielęgnacji pacjenta. W dniu kontroli pielęgniarka przypisana była wyłącznie do pracy przy pacjencie zakazonym. W pierwszej kolejności pielęgniarka ocenia prawidłowości działania urządzeń do monitorowania parametrów życiowych pacjenta. Następnie wykonywana jest toaleta jamy ustnej z użyciem preparatu Octenisept Oral Mono oraz drzewa oskrzelowego. Pielęgnacja okolic rurki tracheostomijnej polega na przemywaniu skóry wokół tracheostomii chusteczką nasączoną preparatem Octenisept. Rurka czyszczona jest szczoteczką z użyciem soli fizjologicznej. Całkowita wymiana rurki odbywa się zgodnie z zaleceniem lekarskim w zależności od obrazu zbierającej się w niej wydzieliny. Mycie pacjenta odbywa się od głowy do okolic intymnych z zachowaniem kolejność stref ciała od najczystszych do najbardziej zabrudzonych, z zachowaniem tzw. zasady „od góry do dołu”. Do mycia pacjenta stosuje się chusteczki jednorazowe Decontaman Pre Wipes, natomiast do pielęgnacji skóry pacjenta preparat Cavilon. Wymiana cewnika silikonowego odbywa się raz w miesiącu. Pielęgnacja okolic intymnych polega na myciu chusteczkami jednorazowymi oraz ich dezynfekcji preparatem Braunol. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od Pana [imię] – pielęgniarza oddziałowego, okolice intymne pacjentów hospitalizowanych na oddziale nie są przemywane wodą z mydłem. Przyczyną jest brak urządzenia w obrębie oddziału służącego do opróżniania lub niszczenia pojemników zanieczyszczonych materiałem biologicznym. Zużyte worki na mocz są umieszczane w pojemniku na odpady medyczne. Przy wymianie worków na mocz stosuje się korki jednorazowe. Wymiana odbywa się w warunkach sterylnych, z użyciem jałowych rękawic. Higiena gastrostomii polega na przemywaniu okolic przetoki chusteczkami jednorazowymi Decontaman Pre Wipes oraz Braunolem. Celem uniknięcia odparzenia skóry pod płytkę mocującą umieszcza się gazik wycięty w literę „V”, który jest wymieniany dwa razy dziennie lub częściej w razie potrzeb. Podczas zabiegów higienicznych personel na bieżąco ocenia stan skóry pacjenta oceniając czy są obecne zaczerwienienia lub opuchlizna w okolicach bezpośredniego kontaktu przetoki ze skórą pacjenta. W pierwszej kolejności odbywa się higiena pacjenta, następnie wymiana podkładów i pampersów, później wymieniana jest bielizna pościelowa, a na końcu ma miejsce mycie i dezynfekcja sali, gdzie przebywa zakazony pacjent. Dodatkowo w każdy poniedziałek na oddziale jest pobiera krew od pacjentów hospitalizowanych do badań diagnostycznych. Do dezynfekcji powłok skórnych przed iniekcją stosuje się preparat Skinsept, do dezynfekcji ran i odleżyn – Granudacyn.

Pani [imię] opisała proces mycia i dezynfekcji sali na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii: najpierw sprząta i dezynfekuje pomieszczenia czyste (sala trzystanowiskowa, pomieszczenie socjalne, ciąg komunikacyjny), w dalszej kolejności pomieszczenie pełniące funkcję służy umywalkowej, sala izolacji jest myta i dezynfekowana jako ostatnia. Sprzątanie sali izolacji odbywa się z 3 razy dziennie oraz po wszystkich wizytach lekarskich oraz odwiedzinach członków rodziny pacjenta. Powierzchnie dotykowe dezynfekowane są „od góry do dołu” w następującej kolejności: klamki, wysięgniki, blaty szafek, drzwi, fronty szafek, a na końcu pojemnik na odpady. Do dezynfekcji jednej powierzchni dotykowej Pani [imię] stosuje jedną chusteczkę włókninową One System Basic nasączonymi 1,5% roztworem preparatu Incidin Pro.

Zgodnie z oświadczeniem personelu pomocniczego na oddziale stosowana jest technika sprzątania „jednego zamoczenia” polegająca na jednorazowym użyciu mopa nasączonego w roztworze dezynfekującym, bez ponownego zanurzania go w wiadrze. Do dezynfekcji powierzchni bezdotykowych stosowany był roztwór preparatu Incidin Pro o stężeniu 1,5% przygotowywany w taki sposób, że do 10 litrów wody dodawane jest 150 ml Incidin Pro. Do umycia sali, w której izolowany jest pacjent, Pani [imię] jednorazowo wykorzystuje około 3 - 4 nakładki na mop. Zużyte nakładki na mop umieszczane są w workach koloru czerwonego, a następnie oddawane do pralni. Woda po zdezynfekowaniu powierzchni w sali izolacji

Boson

gh m

wylewana jest do miski ustępowej w pomieszczeniu porządkowym. Po zakończeniu dekontaminacji sali izolacji personel pomocniczy – salowa dezynfekuje kółka wózka służącego do przewozu akcesoriów przeznaczonych do sprząkania. W pomieszczeniu porządkowym w dniu kontroli znajdowały się dwa nieoznakowane wózki do sprząkania pomieszczeń Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pani wskazała sprzęt przeznaczony do utrzymania czystości w sali izolacji (wiadro, mopy, nakładki na mopy). **Zalecono wyraźne oznaczenie sprzętu służącego do utrzymania czystości stosowanego w obszarach izolacji pacjenta.**

W oddziale dostępne były również następujące preparaty do dezynfekcji powierzchni:

- Descosept Sensitive Wipes (chusteczki nasączone preparatem na bazie alkoholu),
- Cleanisept Wipes Maxi (chusteczki służące do dezynfekcji ekranów kardiomonitorów),
- Aniospray Quick (stosowany do dezynfekcji wózków oraz zlewów)

Wyrzutowo sprawdzono daty ważności preparatów do mycia i dezynfekcji – nie stwierdzono produktów po ukończeniu terminu ważności.

Pani – pielęgniarka oddziałowa opisała postępowanie w przypadku skażenia powierzchni materiałem biologicznym: na powierzchnię skażoną materiałem biologicznym umieszczana jest lignina, która po jego wchłonięciu jest usuwana i umieszczana w pojemniku wyłożonym czerwonym workiem. Następnie powierzchnia dezynfekowana jest roztworem preparatu Actichlor Plus. Roztwór wykonywany jest z zastosowaniem 10 tabletek Actichlor Plus na 1 litr wody, co daje stężenie 10 000 ppm. W przypadku skażenia materiałem biologicznym blatów roboczych, powierzchnia jest dodatkowo dezynfekowana przy użyciu Descosept Sensitive Wipes lub chusteczek nasączonych 1,5% Incidin Pro.

W kontrolowanym oddziale stosowane są wyroby i sprzęt medyczny jednorazowego użytku oraz sporadycznie narzędzia wielokrotnego użytku podlegające procesowi sterylizacji – kleszcze laryngologiczne do intubacji. Narzędzia wielokrotnego użytku podlegające procesowi sterylizacji są poddawane wstępnej dezynfekcji z wykorzystaniem gotowego preparatu Neodisher, a następnie oddawane do Centralnej Sterylizatorni. Narzędzia wielokrotnego użytku były opisane datą sterylizacji oraz datą ważności do użycia – 3 miesiące od daty sterylizacji. Przy opiece nad pacjentem izolowanym stosuje się dedykowany sprzęt jednorazowego użytku (m.in. igły, strzykawki, cewniki do odsysania jamy ustnej, cewniki do odsysania górnych dróg oddechowych, obwód oddechowy do respiratora).

W toku czynności kontrolnych przedstawiono do wglądu Kartę higieny zapobiegania przenoszeniu patogenu alarmowego. Stanowiła ona plan higieny dla stanowiska pacjenta zakażonego. W ww. karcie określone są czynności jakie należy wykonać w ramach mycia i dezynfekcji stanowiska pacjenta zakażonego patogenem alarmowym, wskazane są środki ochrony osobistej, jakie musi stosować personel, nazwy preparatów, jakich należy używać oraz opis postępowania z bielizną. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dysponował również wykazem środków do dezynfekcji używanych na ww. oddziale, wymienione w wykazie środki do dezynfekcji o prawidłowo dobrym spektrum działania.

W strefie pacjenta izolowanego stosowana jest bielizna wielorazowa. Brudna bielizna umieszczana jest w czerwonym worku i przekazywana do magazynu brudnej bielizny. W dniu kontroli przedstawiono do wglądu Rejestr przekazania pościeli do prania, w którym widnieją zapisy informujące o ilości przekazanej pościeli do prania oraz czasie jej oddania. Przedłożono także do wglądu kwity przekazania pościeli do pralni. 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. Jugoslavska 20, Nachod, Republika Czeska. Zgodnie z umową firma zobowiązuje się wykonania usług pralniczych bielizny szpitalnej (m.in. prześcieradła, poszwy, poszewki, mopy, ścierki, koldry, parawany) oraz odzieży ochronnej (m.in. fartuchy). Zgodnie z informacjami uzyskanymi od pielęgniarki oddziałowej y – stosowane w oddziale poduszki oraz koce są jednorazowego użytku. Materace posiadają pokrowce umożliwiające ich mycie oraz dezynfekcję. Pokrowiec na materac dezynfekowany jest poprzez jego zanurzenie w roztworze Actichlor Plus o stężeniu 1000 ppm. W przypadku skażenia pokrowca materiałem biologicznym wykorzystuje się roztwór o stężeniu 10 000 ppm.

Oceniono postępowanie z odpadami medycznymi w miejscu wytworzenia. Przedstawiono do wglądu umowę zawartą na odbiór odpadów medycznych nr DZP2520.4.2026 z dnia 26.03.2026 r. zawartą z Konsorcjum EMKA S.A. ul. Jaktorowska 15a 96-300 Żyrardów na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych. W umowie uwzględniono między innymi odpady o kodzie 18.01.03. Odpady medyczne o ostrych końcach zbierane są do specjalistycznych pojemników koloru czerwonego odpornych na przekucie. W dniu kontroli stwierdzono, że worki oraz pojemniki na odpady medyczne opisano prawidłowo. Na sali pełniacej funkcję izolatki wszystkie odpady są traktowane jako odpady medyczne zakaźne. Przedłożono do wglądu Kartę przekazania odpadów medycznych z miejsca czasowego gromadzenia potwierdzającą odbiór odpadów medycznych z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii codziennie w dni robocze.

W dniu kontroli oceniono stan sanitarno-techniczny następujących pomieszczeń Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii: sali z trzema stanowiskami, sali z jednym stanowiskiem w której przebywał pacjent zakażony, pomieszczenia przygotowawczego, pełniącego funkcję służby umywalkowo – fartuchowej, ciągu komunikacyjnego, pomieszczenia porządkowego. Stwierdzono **nieprawidłowy stan sanitarno-techniczny podłóg w ciągu komunikacyjnym oraz w sali jednostanowiskowej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii** – powierzchnia ceramiczna podłogi posiadała pęknięcia i uszkodzenia uniemożliwiające jej prawidłowe mycie oraz dezynfekcję. Stan sanitarno-techniczny pozostałych pomieszczeń oceniono jako dobry.

Na kontrolowanym oddziale nie przeprowadza się badań mikrobiologicznych środowiska. Metodą monitorowania jakości dekontaminacji środowiska jest wyłącznie bezpośrednia obserwacja. Z związku z brakiem praktykowania wykonywania badań mikrobiologicznych środowiska **zalecono wprowadzić okresowe sprawdzenia czystości pomieszczeń oddziału poprzez wykonanie badań mikrobiologicznych powierzchni oraz powietrza w oddziale.**

W dniu kontroli nie przedstawiono do wglądu dokumentacji medycznej pacjenta związanej z zakażeniem pacjenta czynnikiem alarmowym. Uzyskano informacje, iż indywidualne karty zakażenia są prowadzone przez pielęgniarkę epidemiologiczną – Panią i , która w dniu kontroli była nieobecna. Otrzymało się informację, że nie ma osoby, która zastępuje ją w tym zakresie. W toku czynności kontrolnych pielęgniarka oddziałowa – Pani przedstawił do wglądu jedynie wyniki badań zakażonego pacjenta, które były dostępne w systemie elektronicznym dla pracowników szpitala.

W czasie kontroli nie przedłożono do wglądu analizy zużycia środków do dezynfekcji stosowanych na oddziale. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od Pana analiza prowadzona jest przez pielęgniarkę epidemiologiczną, a pracownicy oddziału nie mają do niej wglądu.

Przebieg

gł

W

W podmiocie opracowane są procedury higieniczne zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym. Podczas kontroli przedstawiono do wglądu następujące procedury: QP-013-MED-OS Cewnikowanie pęcherza moczowego, QP-016-E-OS Postępowanie w przypadku wystąpienia szpitalnych ognisk epidemicznych, QP-030-E-OS Postępowanie w przypadku wykrycia szczepów pałeczek z rodziny Enterobacteriales wytwarzających karbapenemazy typu KPC, NDM, OXA-48, OP-001-E-OS Higiena rąk w komórkach medycznych w podmiocie leczniczym Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, QP-002-E-OS Izolacja chorych, QP-027-E-OS Stosowanie środków ochrony indywidualnej, QP-005-E-OS Postępowanie z bielizną szpitalną, QP-004-E-OS Postępowanie z odpadami medycznymi, QP-008-E-OS Higiena Szpitalna. Z związku z brakiem aktualnych procedur obowiązujących w kontrolowanym szpitalu (protokół kontroli 64/EP/26 z 15 kwietnia 2026 roku), Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Kłodzku wydał decyzję administracyjną nr 787/26 z dnia 19 maja 2026 roku dotyczącą ich aktualizacji z terminem realizacji do dnia 30 czerwca 2026 roku. W dniu 3 lipca 2026 roku przeprowadzono kontrolę sprawdzającą wykonanie obowiązków wynikających z ww. decyzji. W toku czynności kontrolnych stwierdzono, że procedury: Izolacja chorych, Higiena rąk w komórkach medycznych w podmiocie leczniczym Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, Higiena Szpitalna nie zostały w pełni zaktualizowane, co zostało opisane w protokole kontroli nr 139/EP/26 z 3 lipca 2026 roku.

Przedstawiciele Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku ocenili procedurę Postępowanie w przypadku wykrycia szczepów pałeczek z rodziny Enterobacteriales wytwarzających karbapenemazy typu KPC, NDM, OXA-48. Zawarto w niej informacje dotyczące badania pacjentów, zgłaszalności zachorowania do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku, kontaktu personelu medycznego z bliskimi pacjenta, postępowania przy hospitalizacji oraz izolacji, stosowania środków ochrony indywidualnej, sprzątania sali izolacji, postępowania po zwolnieniu pacjenta z izolacji, zasad postępowania dla osób odwiedzających, informacji przekazywanych pacjentowi po wypisie do domu. W procedurach nie zawarto informacji w jakim zakresie personel medyczny ma przeszkolić osoby odwiedzające pacjenta izolowanego. **Zalecono uwzględnić w procedurze informacje w jakim zakresie personel medyczny ma przeszkolić osoby odwiedzające pacjenta izolowanego.**

W protokole ze spotkania

Zgodnie z zapisami wynikającymi z przedstawionego do wglądu protokołu, w dniu 25.06.2026 r. zebrał się Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych w składzie: pielęgniarka epidemiologiczna –
pielęgniarka ds. zakażeń –
pielęgniarka specjalista epidemiologii –
Podczas spotkania przeanalizowano wyniki badań pacjentów z zakażeniem *Klebsiella pneumoniae* ESBL + NDM w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Stwierdzono wystąpienie ogniska epidemicznego, o którym powiadomiono Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku, Ordynatora oraz Pielęgniarza Oddziałowego. W związku z stwierdzeniem wystąpienia ogniska epidemicznego przeprowadzono dochodzenie epidemiologiczne. Zgodnie z przedstawionym do wglądu dokumentem Dochodzenie epidemiologiczne w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala w Kłodzku z dnia 25.06.2026 r. w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii ZKZSz przeprowadził kontrolę, w wyniku której stwierdzono nadmierną ilość sprzętu na stolikach przyłóżkowych oraz koszykach ściennych – niezabezpieczone przed wtórnym zanieczyszczeniem. Ponadto stwierdzono przepełnione pojemniki na odpady medyczne. Przed wejściem do sali izolacji w śluzie stwierdzono ogólny nieporządek – nadmiar maseczek medycznych i fartuchów jednorazowych. Zalecono przeprowadzenie szkolenie przez pielęgniarkę

[Podpis]

[Podpisy]

oddziałowego Pana _____ z obowiązujących procedur epidemiologicznych oraz niezwłocznego usunięcia nieprawidłowości

W toku czynności kontrolnych pielęgniarka oddziałowa Pani _____ przedstawiła do wglądu oświadczenia zapoznania się z procedurą QP-030-E-OS Postępowanie w przypadku wykrycia szczepów pałeczek z rodziny Enterobacteriales wytwarzających karbapenemazy typu KPC, NDM, OXA-48, oświadczenie zapoznania się z procedurą OP-001-E-OS Higiena rąk w komórkach medycznych w podmiocie leczniczym Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku oraz oświadczenie zapoznania się z procedurą OP-002-E-OS Postępowanie z pacjentami wymagającymi izolacji. Przedstawione do wglądu oświadczenia zawierały daty oraz podpisy personelu potwierdzające zapoznanie się z treścią ww. procedur

W związku z wystąpieniem ogniska szpitalnego *Klebsiella pneumoniae* NDM przedstawiciel Zespołu Kontroli Zakazeń Szpitalnych pani I _____ przeprowadziła w dniu 6 lipca 2026 roku kontrole wewnętrzne w obszarze profilaktyki zakażeń szpitalnych. Przedłożono do wglądu protokół kontroli wewnętrznej w obszarze profilaktyki zakażeń szpitalnych: Higiena szpitalna z dnia 6.07.2026 r., protokół kontroli wewnętrznej w obszarze profilaktyki zakażeń szpitalnych: Postępowanie z odpadami medycznymi z dnia 6.07.2026 r., kartę kontroli wewnętrznej przestrzegania zasad stosowania środków ochrony indywidualnej z dnia 6.07.2026 r. oraz kartę kontroli izolacji pacjenta z dnia 6.07.2026 r. Zgodnie z przedstawioną do wglądu dokumentacją osoba kontrolująca nie stwierdziła nieprawidłowości

W toku czynności kontrolnych przedstawiono do wglądu Raport z kontroli wewnętrznej 9/2026 z dnia 31.03.2026 r. oraz Raport z kontroli wewnętrznej 32/2025 z dnia 19.08.2025 r., jednostka kontrolowana: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Kontrola wewnętrzna z dnia 19.08.2025 r. bez stwierdzonych nieprawidłowości i bez wydanych zaleceń pokontrolnych. W wyniku przeprowadzonych kontroli w dniu 31.03.2026 r. stwierdzono następujące nieprawidłowości: brak codziennych zapisów z kontroli przygotowania rąk personelu do pracy, nieprawidłowo zabezpieczone flakony z lekami przechowywanymi w lodówce, brak wykazu preparatów myjących i dezynfekujących stosowanych w oddziale opracowanego na podstawie wykazu preparatów ogólnie obowiązujących w szpitalu, nieprawidłowo prowadzone rejestry czynności higienicznych dla salowych i pielęgniarek, nieprawidłowy sposób segregacji odpadów medycznych, podczas sprzątania Sali izolacji sala nie przestrzega zasad obowiązujących w obszarze izolacji – obecna podczas kontroli sala nie posiadała wiedzy jak sporządza się odpowiedni roztwór do preparatu do dezynfekcji, nieprawidłowy sposób gromadzenia brudnej bielizny – brak wydzielonego sprzętu do sprzątania sali izolacji, uchybienia sanitarno- porządkowe – przeterminowany sprzęt sterylny jednorazowy. Wydano zalecenia pokontrolne z terminem usunięcia nieprawidłowości do dnia 15.04.2026 r. Osobami przeprowadzającymi kontrole wewnętrzną były Pani _____ a _____ – pielęgniarka ds. zakażeń oraz Pani _____ – Kierownik Centralnej Sterylizatorni, członkowie Zespołu Kontroli Zakazeń Szpitalnych. W toku czynności kontrolnych w dniu 7 lipca 2026 roku ww. nieprawidłowości nie stwierdzono

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

- 1 Nieprawidłowy stan sanitarno- techniczny podłóg w ciągu komunikacyjnym oraz w sali jednoosobowej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Przepisy prawne

Art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. 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. z 2026 r. poz. 524)

§ 30 ust. 1 oraz § 31 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczególnych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. 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** uwagę i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

(podać numer strony protokołu, określenia lub wyrażenia błędne, itp. które są zastępowane)

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

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości

słownie:

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr ... z dnia ... wydane przez ... (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się **
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

(czytelny podpis kontrolującego / ych)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

ul. Szpitalna 1a, 57-300 KŁODZKO

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

NIP 883-15-98-671 REGON 000316418


Czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** nie dotyczy (nazwa/ir)

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

Anon

