

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 25.06.2024 r. godz. 10⁰⁰,
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: art. 48 ust. 11 pkt 4 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 25.06.2024 r. godz. 14¹⁵
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: ocena stanu sanitarnego oraz przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego w związku ze zgłoszeniem podejrzenia ogniska epidemicznego
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 i/lub obrazu*: nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów: nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
– procedury sanitarne
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr: załącznik nr 1 - 4 z dnia 28.09.2016 r. do instrukcji Nr IR/NS-EP/01 wyd. 3

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli:
KRS: 000000013790. Aktualnie w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjne. Brak informacji dotyczących ustaleń pokontrolnych innych kontroli.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego:

W dniu 24.06.2024 r. o godzinie 18³⁰ specjalista ds. epidemiologii i higieny szpitalnej zgłosiła podejrzenie ogniska epidemicznego wywołanego czynnikiem *Klebsiella pneumoniae* NDM (+) w **Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAiT)** u hospitalizowanych pacjentów.

Łączna liczba pacjentów zarejestrowanych w ognisku: 2 – nadal hospitalizowani.

Ilość pacjentów narażonych – 4. Wśród personelu nie wystąpiły objawy choroby.

Kontrolę ww. oddziału oraz dochodzenie epidemiologiczne w związku ze zgłoszeniem ogniska przeprowadzono w dniu 25.06.2024 r.

1.**Pacjent L.M.**, 69 lata, przyjęty ze Szpitala Rejonowego w Busku - Zdroju ul. Bohaterów Warszawy 69, hospitalizowany w ww. oddziale od 16.05.2024 r. z powodu 30% oparzenia ciała i dróg oddechowych, przy przyjęciu wentylowany mechanicznie. W dniu przyjęcia na oddział pobrano od pacjenta przesiewowo materiał - BAL, wymaz z odbytu, nosa, rany oraz wykonano posiew krwi, uzyskano wyniki (-) *Klebsiella pneumoniae* NDM. W dniu 21.05.2024 r. pobrano ponownie materiał - BAL i otrzymano wynik (+) *Klebsiella pneumoniae* NDM, następnie w dniu 27.05.2024 r. wykonano posiewy z krwi, moczu i BAL - w dniu 29.05.2023 r. uzyskano wyniki *Klebsiella*

pneumoniae NDM. Na podstawie dokumentacji pacjenta ustalono, że objawy zachorowania wystąpiły w dniu 21.05.2024 r. tj. gorączka 38°C. Na podstawie wykonanych badań i uzyskanych wyników stwierdzono zakażenie krwi, dróg moczowych i dróg oddechowych. Ustalono, że pacjent od początku hospitalizacji w przedmiotowym oddziale przebywał sam sali nr E3/31 (sala 2 osobowa, traktowana jak izolatka).

2. Pacjent L.P. 68 lat, przyjęty ze Szpitala Miejskiego w Sosnowcu, przyjęty w dniu 23.05.2024 r. do CLO na Oddział Chirurgii Ogólnej I z powodu oparzenia palca, w dniu 03.06.2024 r. przeniesiony na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie przeszedł zabieg amputacji palca, w dniu przyjęcia na ww. oddział pobrano BAL, wymaz z nosa, rany, odbytu wykonano posiew krwi i w dniu 06.06., 10.06.2024r. uzyskano wyniki (-) *Klebsiella pneumoniae* NDM. W dniu 19.06.2024 r. wystąpiły objawy chorobowe, pobrano ponownie BAL, w dniu 24.06.2024 r. otrzymano wynik (+) *Klebsiella pneumoniae* NDM. W wywiadzie m.in. cukrzyca typ 2, obciążony kardiologicznie. Na podstawie wykonanych badań i uzyskanych wyników stwierdzono zakażenie dróg oddechowych. Ustalono, że pacjent od początku hospitalizacji w przedmiotowym oddziale przebywał sam sali nr E3/12 z powodu zakażenia *Streptococcus pyogenes* (izolatka).

Sala izolacji nr E3/12 posiada służbę umywalkowo – fartuchową, a przy sali izolacji nr E3/31 wydzielano pomieszczenie pełniące funkcję służby umywalkowo- fartuchowej, dla każdej z sal izolacji wydzielono osobny wózek opatrunkowy, ponadto w ww. salach znajduje się wydzielony sprzęt do sprzątania. Przed wejściem na ww. sale znajduje się stanowisko ze środkami ochrony osobistej tj. fartuchy, rękawiczki, maseczki, czepki oraz obuwie wielorazowe, które po użyciu jest pozostawiane w salach izolacji, gdzie podlega dekontaminacji.

Pacjentom z ogniska założono karty rejestracji czynnika alarmowego – zakłada laboratorium oraz karty rejestracji zakażenia szpitalnego – zakładają lekarze.

W trakcie kontroli ustalono: w OAiIT znajdują się 4 pokoje łóżkowe (w tym 3 sale dwuosobowe i 1 izolatka jednoosobowa); liczba pacjentów hospitalizowanych – 6, w tym 2 osoby w izolacji. Liczba personelu narażonego ogółem 28 w tym: 19 pielęgniarek, 8 lekarzy, 1 chirurg, osoby sprzątające – personel jest w stałej rotacji, nie ma określonej ilości personelu przeznaczonego do sprzątania OAiIT. W dniu kontroli na oddziale przebywały 5 pielęgniarki, 3 lekarzy, 1 osoba sprzątająca. W dniu 24.06.2024 r. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych wykonał badania środowiskowe w izolacji nr E3/14 z powierzchni wyposażenia, badania w trakcie.

Skontrolowano: służbę umywalkowo-fartuchową przed wejściem na oddział, gdzie personel przebiera się w odzież ochronną dedykowaną do pracy na OAiIT wyposażoną w punkt higieny rąk oraz zamykane szafy ubraniowe, pokój łóżkowy nr E3/12, magazyn czysty, brudownik (wyposażony w macerator), pomieszczenie porządkowe, magazyn sprzętu (ze stanowiskiem do badania gazometrii), mycia aparatury, punkt przygotowania pielęgniarek, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu z natryskiem, pokój zabiegowy, konsole nadzoru pielęgniarskiego.

Każda z sal jest monitorowana za pomocą kamer, wraz ze zbiorczym monitoringiem parametrów życiowych. Podgląd widoczny jest w pokoju socjalnym pielęgniarek oraz konsoli nadzoru pielęgniarskiego.

W oddziale wytwarzane są odpady medyczne zakaźne o kodzie 18 01 03*, w tym od pacjentów zarejestrowanych w ognisku epidemicznym oraz odpady medyczne o kodach 18 01 04 i 18 01 06*. Odpady zakaźne usuwane są do pojemników i worków foliowych koloru czerwonego, odpady medyczne o kodzie 18 01 04 usuwane do worków koloru niebieskiego, a odpady 18 01 06* do worków koloru żółtego. Odpady medyczne ze wszystkich miejsc ich wytwarzania są czasowo gromadzone w brudowniku, odpady z sal izolacji oznakowane - materiał zakaźny. Bielizna pościelowa w oddziale zmieniana jest minimum 2 razy na dobę i w razie potrzeby. Bielizna brudna gromadzona we wszystkich salach, w tym w salach izolacji w workach foliowych koloru czarnego, worki z sal izolacji opisywane jako „materiał zakaźny”. Bielizna ze wszystkich sal z oddziału umieszczana w pojemniku twardościennym, zamkniętym, mobilnym i bezpośrednio przekazywana do prania. Poza bielizną pościelową wielorazowego użycia, wykorzystywane są również jałowe podkłady na których leży pacjent – podkłady jednorazowego kwalifikowane do odpadów o kodzie 18 01 03*. Zapas bielizny czystej przechowywany jest w wózku-szafie w korytarzu oddziału.

Do higieny osobistej wszystkich pacjentów hospitalizowanych w oddziale stosowane są jednorazowe środki do higieny tj.: myjki, szczoteczki, chusteczki a także miski jednorazowego użycia, po zastosowaniu traktowane jako odpad medyczny zakaźny. Pacjenci zarejestrowani w ognisku epidemicznym zacewnikowani, zapampersowani, zaintubowani, posiadają wkłucie centralne i tętnicze, pacjent L.P. wentylowany mechanicznie, stosowany układ zamknięty do odsysania.

W przypadku pacjentów izolowanych wszystkie płyny ustrojowe oraz woda z toalety ciała przed usunięciem jest poddawane są żelowaniu preparatem Solidifier, traktowane następnie jako odpad medyczny zakaźny. Od pozostałych pacjentów hospitalizowanych w oddziale materiał biologiczny jest utylizowany w maceratorze.

Sprzątaniem pomieszczeń zajmują się pracownicy szpitala tj. Zespół Utrzymania Czystości. W dniu kontroli stwierdzono, że oddział posiada na wyposażeniu 3 wózki do sprzątania tj. 1 ogólny dla oddziału i 2 dla izolatek. Do opracowywania sal izolacji stosowane jednorazowe nakładki na mopy i ścierki. Sprzęt utrzymany czysto, w dobrym stanie technicznym.

Na oddziale stosowany jest sprzęt jednorazowego i wielorazowego użycia. Na oddziale sprzęt wielorazowy po użyciu jest umieszczany w zamykanym pojemniku, a następnie personel zabezpiecza narzędzia pianką dezynfekcyjną. Tak przygotowane narzędzia są przechowywane w pomieszczeniu „mycie aparatury” do maksymalnie 4 godzin i transportowane są do szpitalnej sterylizatorni. Zgodnie z oświadczeniem osób obecnych w trakcie kontroli sprzęt wielorazowy jest wstępnie opracowywany w salach izolacji tj. myty i dezynfekowany, gdzie zapewniono zlew 2 komorowy, a następnie umieszczany w szczelnych, zamkniętych pojemnikach i w czerwonych workach foliowych, które są oznaczane materiał zakaźny, następnie przekazywany do centralnej sterylizatorni w szpitalu.

Stosowane środki dezynfekcyjne: Spirigel Complete – do rąk, Octenisept, Braunol – do skóry, Incidin Active, Incidin Foam, Meliseptol, – do powierzchni, Surfianos Premium – do podłóg, Medicarine - do powierzchni skażonej biologicznie, Virkon – do łóżek, Viruton Pre – do sprzętu wielokrotnego użycia, preparaty z aktualnymi datami ważności, stosowane zgodnie z zaleceniami producenta.

Wszystkie skontrolowane stanowiska higieny rąk dla personelu wyposażone prawidłowo w: umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym do rąk, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku, pojemnik na zużyte ręczniki. Ponadto przed wejściem na sale na ścianach umieszczono dozowniki ze środkiem do dezynfekcji rąk, który dopiero po użyciu automatycznie otwiera drzwi na sale chorych – dotyczy sal izolacji.

Stan sanitarny skontrolowanych pomieszczeń prawidłowy.

W trakcie kontroli oceniono procedury: postępowania w przypadku występowania drobnoustroju „Alert patogen”, postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej na krew lub IPIM, postępowanie w przypadku pacjenta izolowanego (w tym m.in. higiena rąk, postępowanie ze zwłokami, z odpadami medycznymi, ze środkami ochrony osobistej)postępowania w przypadku wykrycia *Klebsiella pneumoniae* NDM oraz plan higieny. Procedury opracowane prawidłowo, dostęp dla personelu w wersji elektronicznej. Personel zapoznany z procedurami, co jest potwierdzone ich podpisami.

W zakładzie przeprowadzana jest nie rzadziej niż co 6 miesięcy kontrola wewnętrzna. Zgodnie z oświadczeniem specjalisty ds. epidemiologii i higieny szpitalnej ostatnia kontrola wewnętrzna oddziału została wykonana w dniu 24.06.2024 r., nie przedstawiono do wglądu raport z kontroli wewnętrznej, raport w trakcie przygotowywania. Zgodnie z oświadczeniem osoby obecnej przy kontroli, nieprawidłowości nie stwierdzono.

W zakładzie obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu i e-papierosów. Oznaczenia słowne i graficzne umieszczone w widocznym miejscu. W dniu kontroli pomieszczenia oddziału utrzymane w bieżącej czystości. Teren wokół zakładu uporządkowany.

Poinformowano o konieczności prawidłowego nadzoru oraz utrzymania właściwego stanu wentylacji i klimatyzacji oraz sieci wodociągowej w obiekcie, w celu zmniejszenia ryzyka występowania bakterii Legionella. Więcej informacji znajduje się na stronie internetowej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach, w zakładce „Aktualności”. Wręczono ulotkę dotyczącą prewencji dotyczącej bakterii Legionella.

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

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. ~~Wniesione~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesione~~/nie naniesiono**

 (podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)
4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt. 3 lit. nie nałożono/~~nałożono~~** grzywnę w drodze mandatu karnego na

 (imię i nazwisko/stanowisko)
 w wysokości.....(słownie).....

 (nr mandatu karnego)

 (podstawa prawna)
5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr z dnia
 wydane przez
 (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).
6. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
 Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu
 nie dotyczy
 (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:
 nie dotyczy

PO. PIELEGNIARKA ODDZIAŁOWA
 ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII INTENSYWNEJ TERAPII
 CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
 im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
 mgr piel. Iwona Ogiermann
 specjal. piel. anesteziologicznego i intensywnej terapii
 1313967P

CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
 im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
 41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Jana Pawła II 2
 Tel. 32 735 74 44, 32 735 74 43, FAX 32 735 74 45
 Księga rejestrowa 13790
 NIP 643-10-05-873 REGON 272165010
 -3-

Starszy Asystent
 mgr Izabela Wojtyła

Asystent
 mgr Monika Terpitz

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeńc imienna/pieczeńc podmiotu) GŁÓWNY SPECJALISTA DS. EPIDEMIOLOGII I HIGIENY SZPITALNEJ (czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczeńc imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU Centrum Leczenia Oparzeń
 im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 25.06.2024r.
 dr hab. n. o. zdr. Justyna Glik

DYREKTOR
 CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
 im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
 mgr med. Mariusz Nowak

CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ
 im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
 41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Jana Pawła II 2
 Tel. 32 735 74 44, 32 735 74 43, FAX 32 735 74 45
 Księga rejestrowa 13790
 NIP 643-10-05-873 REGON 272165010
 -3-

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńc podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Katowicach.**

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

