

# PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NEP.9.2025

Aleksandrów Kujawski, dn. 26.03.2025r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

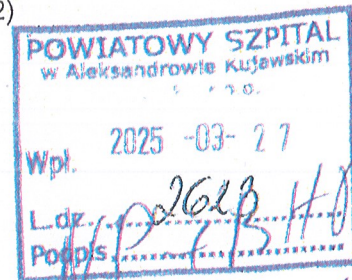
Małgorzatę Gorzel, kierownika Sekcji Nadzoru Przeciwepidemicznego, nr. upoważnienia PIS.0121.3.2025

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

pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Aleksandrowie Kujawskim.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz.416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U z 2024r. 572)



## 1. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

### 1. Podmiot kontrolowany

**Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.**

**ul. Słowackiego 18**

**87-700 Aleksandrów Kujawski**

**tel. 54 282 80 01, 787 795 870, [spzcal@poczta.onet.pl](mailto:spzcal@poczta.onet.pl)**

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

### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.**

**ul. Słowackiego 18**

**87-700 Aleksandrów Kujawski**

**tel. 54 282 80 01, 787 795 870, [spzcal@poczta.onet.pl](mailto:spzcal@poczta.onet.pl)**

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

### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

**Pan Mariusz Trojanowski - Prezes**

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

**ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski**

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

### 4. NIP/REGON/PKD – NIP 8911530126, REGON 911344332, PKD - 86.10.Z; 47.73.Z; 86.21.Z; 86.22.Z; 86.90.A; 86.90.B; 86.90.E

### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

**Pan Mariusz Trojanowski - Prezes**

(imię i nazwisko/stanowisko)

### 6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

**Pani Katarzyna Jabłońska- główny specjalista ds. BHP**

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

### 7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

**Pani Beata Rusek- pielęgniarka epidemiologiczna**

**Pani Sylwia Augustyniak- pielęgniarka epidemiologiczna**

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **26.03.2025r., godz. 10:00**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*: **10.03.2025r.**
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **nie dotyczy**
4. Data i godzina zakończenia kontroli: **27.03.2025r., godz. 13:00**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*: **0,5 godziny**
6. Zakres przedmiotowy kontroli:  
**Ocena szpitala w zakresie funkcjonowania systemu kontroli zakażeń szpitalnych oraz działalności zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych.**

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*  
**dokumentacja kontrolna, upoważnienie nr PIS.0121.188.2025**  
(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 związana z działalnością zespołu kontroli zakażeń szpitalnych i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych, procedury higieniczno-sanitarne, protokoły z kontroli wewnętrznej , ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, procedura systemu zarządzania jakością nr 16 „Procedura dobrej praktyki higieny rąk”, wydana 08.07.2024r.,**
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
**nie dotyczy.....**
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/EP/10 wydany dnia 08.05.2012r. „Ocena szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych. Powyższy formularz jest dostępny do wglądu w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Aleksandrowie Kuj.

## III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
  - a. Aktualnie **nie toczy się wobec kontrolowanego podmiotu postępowanie administracyjno-egzekucyjne przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie sekcji nadzoru przeciwepidemicznego.**
  - b. Nr. KRS: **0000199929.**
  - c. Łączny czas kontroli przeprowadzonej przez PIS w kontrolowanym podmiocie w 2025r. **nie przekroczył 12 dni.**
  - d. W dniu **26.03.2025r.** przed przystąpieniem do czynności kontrolnych kontrolująca okazała legitymację służbową oraz powiadomiła o zakresie kontroli.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarnohigienicznego



W Szpitalu powołane są: Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych (Zarządzenie nr 8/2024 z dnia 01.07.2024r., aktualizacja -Zarządzenie nr 2/2025 z dnia 17.03.2025r.) oraz Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych (Zarządzenie nr 8/2024 z dnia 01.07.2024r. aktualizacja -Zarządzenie nr 2/2025 z dnia 17.03.2025r. ), które realizują zadania w zakresie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych poprzez nadzór nad stanem sanitarno-epidemiologicznym, rejestrację i monitorowanie zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych, opracowanie programów dotyczących farmakoprofilaktyki i farmakoterapii, przeprowadzanie kontroli wewnętrznej i ocenę jej wyników, organizację szkoleń personelu.

W skład zespołu kontroli zakażeń wchodzi lekarz ( Marek Bachała ) jako przewodniczący, pielęgniarki ( Beata Bubak i Sylwia Augustyniak ) jako specjalistki do spraw epidemiologii oraz diagnosta laboratoryjny ( Dominika Doroska ) jako specjalista do spraw mikrobiologii. Wszyscy posiadają kwalifikacje zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. Spotkania zespołu kontroli zakażeń szpitalnych odbywały się raz w miesiącu lub częściej w razie potrzeby. Ostatnie udokumentowane spotkanie odbyło się dnia 12.03.2025r. W ramach swojej działalności członkowie zespołu konsultowali osoby podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz osoby z rozpoznaniem zakażeniem lub chorobą zakaźną, co potwierdzone było stosownymi zapisami w dokumentacji zespołu zakażeń. Dodatkowo zespół organizował i przeprowadzał szkolenia personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych. W 2024r. Przeprowadzono 12 szkoleń, w tym 3 z udziałem wykładowców zewnętrznych. W 2025r., do dnia kontroli przeprowadzono 2 szkolenia wewnętrzne 13.02.2025r. oraz 05.03.2025r.

W skład komitetu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi: kierownik szpitala (Mariusz Trojanowski), diagnosta mikrobiolog ( Dominika Doroska ), kierownik apteki szpitalnej ( Ewa Winiarska ), kierownik centralnej sterylizatorni ( Sylwia Augustyniak ), osoba kierująca pracą pielęgniarek ( Beata Bubak ), przewodniczący oraz członkowie zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, lekarz wykonujący zadania służby medycyny pracy ( Janusz Jasiński ). Komitet na bieżąco przygotowywał plany i kierunki systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych ( zgodnie z dokumentacją szpitala ), a także opracował i aktualizował standardy farmakoprofilaktyki, farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu oraz przeprowadzał ocenę wyników kontroli wewnętrznych przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Posiedzenia komitetu organizowane były 2 razy w roku lub w razie potrzeby. Ostatnie udokumentowane spotkanie odbyło się 19.02.2025r.

W szpitalu powołany jest zespół ds. opracowania polityki antybiotykowej w składzie: Waldemar Włodarczyk - lekarz, Dominika Doroska - lekarz anestezjolog, Ewa Winiarska - kierownik apteki szpitalnej oraz opracowany jest receptariusz szpitalny, ostatnia aktualizacja receptariusza szpitalnego z dnia 12.02.2025r. Prowadzona była weryfikacja polityki antybiotykowej na podstawie lokalnej sytuacji epidemiologicznej placówki.

We wszystkich oddziałach szpitala wyznaczone są pielęgniarki łącznikowe.

W szpitalu opracowana jest instrukcja kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych z dnia 03.01.2024r. Kontrole wewnętrzne oceniające poprawność i skuteczność działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych odbywały się zgodnie z harmonogramem na rok 2024. Częstotliwość kontroli była zgodna z obowiązującymi przepisami prawa- nie rzadziej niż co 6 miesięcy. Po każdej kontroli sporządzany był protokół. Okazano protokoły kontroli wewnętrznych. W 2024r. w 7 komórkach organizacyjnych szpitala przeprowadzono kontrole wewnętrzne w zakresie stanu sanitarno- higienicznego i przestrzegania procedur. Ostatnia kontrola wewnętrzna w ww zakresie odbyła się dnia 26.02.2025r. w W jej trakcie nie stwierdzono nieprawidłowości. Dokumentacja przechowywana jest prawidłowo i zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych.

Badania mikrobiologiczne wykonywane są poza szpitalem ( umowa z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Toruniu oraz Vitalabo ). W dniu 27.02.2024r. przesłano do weryfikacji do KOROUN szczep czynnika alarmowego dotyczący Klebsiella pneumoniae OXA-48 od 1 pacjenta. Przesiewowe badania mikrobiologiczne ( jako standard przyjęty w szpitalu ) były wykonywane u pacjentów z historią hospitalizacji, pacjentów przenoszonych z OIOM/OIT, pacjentów z odleżynami, owrzodzeniami, pensjonariuszy DPS, sanatoriów.

Rejestracja i monitorowanie zakażeń szpitalnych odbywa się w sposób aktywny, poprzez bieżący przegląd mapy epidemiologicznej szpitala, codzienny przegląd wyników badań mikrobiologicznych, bieżące zużycie antybiotyków w terapii zakażeń, monitorowanie zakażeń miejsca operowanego, analizę przyczyn ponownego przyjęcia do szpitala. Okazano opracowane definicje i postępowanie w zakażeniach szpitalnych w zakresie m.in. zakażenia miejsca operowanego, układu moczowego, oddechowego . Prowadzone są rejestry zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych. W dniu kontroli liczba pacjentów z zarejestrowanym zakażeniem szpitalnym wynosiła 11. Nie stwierdzono ognisk epidemicznych. W 2024r. zarejestrowano 86 zakażeń



szpitalnych. W przypadku potwierdzonego epidemicznie wzrostu liczby zakażeń szpitalnych zgłoszenie, w ciągu 24 godzin, przekazywane będzie Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Aleksandrowie Kuj.

W przypadku podejrzenia/ wystąpienia zakażenia lub choroby zakaźnej, zgłoszenia dokonuje lekarz z wykorzystaniem aktualnego druku ZLK.

W trakcie kontroli zweryfikowano zapisy procedury systemu zarządzania jakością nr 16 „Procedura dobrej praktyki higieny rąk”, wydanej w dniu 08.07.2024r., która zobowiązuje personel do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w tym mycia i dezynfekcji rąk. Zawiera wskazania do higieny rąk, zasady mycia i dezynfekcji rąk, technikę mycia, dezynfekcji rąk, chirurgicznego mycia rąk, zasady zakładania i zdejmowania rękawic sterylnych. Procedura jest aktualizowana, a personel został zapoznany z jej treścią, co zostało potwierdzone własnoręcznymi podpisami. Podczas kontroli oceniono znajomość stosowania w praktyce procedury systemu zarządzania jakością nr 16 „Procedura dobrej praktyki higieny rąk”, w tym stan paznokci, biżuterię, zegarki, bransoletki noszone poniżej łokci wśród personelu udzielającego świadczenia zdrowotne w szpitalu, obecnego w pracy w dniu przeprowadzenia kontroli.

Skontrolowano przygotowanie rąk do pracy u 58 pracowników we wszystkich jednostkach szpitala (21 pielęgniarek, 4 ratowników medycznych, 5 lekarzy, 6 fizjoterapeutów, 1 terapeuta zajęciowy, 7 opiekunów, 5 laborantek, 9 salowych). Personel pracujący w Szpitalu przestrzega zapisów ww procedury. Kobiety nie mają lakieru ani hybryd na paznokciach. Nie noszą pierścionków, obrączek na palcach, zegarków i bransoletek na nadgarstkach. Mężczyźni nie noszą obrączek i zegarków. U trzech pracowników (pielęgniarka, ratownik medyczny i lekarz) stwierdzono naruszenie przestrzegania procedury, poprzez posiadanie pierścionków na palcach, zegarka, bransoletek na nadgarstku.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*
  - a) niestosowanie się do zapisów procedury systemu zarządzania jakością nr 16 „Procedura dobrej praktyki higieny rąk”, niepodejmowanie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych przez lekarza Oddziału Wewnętrznego z Intensywną Opieką Kardiologiczną poprzez posiadanie zegarka na nadgarstku oraz bransoletek, co stanowi naruszenie art. 11 ust.1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. 2024r.poz. 924 z późn.zm.).
  - b) niestosowanie się do zapisów procedury systemu zarządzania jakością nr 16 „Procedura dobrej praktyki higieny rąk”, niepodejmowanie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych przez pielęgniarkę Oddziału Wewnętrznego z Intensywną Opieką Kardiologiczną poprzez posiadanie zegarka i kilku bransoletek na nadgarstkach oraz kilku pierścionków na palcach co stanowi naruszenie art. 11 ust.1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. 2024r.poz. 924 z późn.zm.).
  - c) niestosowanie się do zapisów procedury systemu zarządzania jakością nr 16 „Procedura dobrej praktyki higieny rąk”, niepodejmowanie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych przez ratownika medycznego poprzez posiadanie zegarka na nadgarstku co stanowi naruszenie art. 11 ust.1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. 2024r.poz. 924 z późn.zm.).

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski:

Zobowiązano przedstawiciela kontrolowanego obiektu do usunięcia nieprawidłowości zawartych w części III pkt. 3 lit. a-c- natychmiast.

Zalecono przeprowadzenie szkolenia personelu w zakresie znajomości procedury systemu zarządzania jakością nr 16 „Procedura dobrej praktyki higieny rąk” w terminie do 16.04.2025r.

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

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*

2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

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

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

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit a ~~nie nałożono/~~ nałożono\*\* grzywnę w drodze mandatu karnego na: ~~Magdalena Anna Paulina~~ / **pielęgniarka**

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości **300 zł słownie trzysta złotych 00/100**

(nr mandatu karnego) **De 4470963** (podstawa prawna) **art.116 § 1a Kodeksu Wykroczeń (Dz.U. z 2023r. poz. 2119 z późn.zm.) w związku z art. 11 ust.1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ( t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 924 z późn.zm.)**

Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit a ~~nie nałożono/~~ nałożono\*\* grzywnę w drodze mandatu karnego na: ~~Marcel Stanisław~~ / **lekarz**

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości **300 zł słownie trzysta złotych 00/100**

(nr mandatu karnego) **De 4470963** (podstawa prawna) **art.116 § 1a Kodeksu Wykroczeń (Dz.U. z 2023r. poz. 2119 z późn.zm.) w związku z art. 11 ust.1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ( t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 924 z późn.zm.)**

Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit a ~~nie nałożono/~~ nałożono\*\* grzywnę w drodze mandatu karnego na: ~~Jakub Pączkowski~~ / **ratownik medyczny**

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości **300 zł słownie trzysta złotych 00/100**

(nr mandatu karnego) **De 4470963** (podstawa prawna) **art.116 § 1a Kodeksu Wykroczeń (Dz.U. z 2023r. poz. 2119 z późn.zm.) w związku z art. 11 ust.1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ( t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 924 z późn.zm.)**

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr **PIS.0123.2.2025** z dnia **02.01.2025r.** wydane przez **Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Aleksandrowie Kujawskim**  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoby ukarane zostały pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*

Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\* (~~Jakub Pączkowski~~)

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

~~Jakub Pączkowski, ul. Wolności 41, 87-720 Ciechocinek~~

(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

Główny specjalista  
ds. BHP oraz P/POŻ.

mgr Katarzyna Jabłońska

Sylwia Augustyniak

MAGISTER PIELĘGNIARSTWA  
4200113

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

SEKCJA I  
Małgorzata Gorzel

(czytelny podpis kontrolującego(-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **27.03.2025r.**

Główny Specjalista  
ds. BHP oraz P/POŻ.

mgr Katarzyna Jabłońska.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

POWIATOWY SZPITAL  
w Aleksandrowie Kujawskim  
Spółka z o.o.  
ul. Słowackiego 18  
87-700 Aleksandrów Kuj.  
NIP 8911530126

W trakcie kontroli ~~wykorzystano~~/nie wykorzystano formularza kontroli\*\* F/EP/10 wydany dnia 08.05.2012r. „Ocena szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych”.

Wyżej wymieniony formularz jest dostępny do wglądu w siedzibie PSSE w Aleksandrowie Kuj.

(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