

Poznań, 9 stycznia 2026 r.

**WYSTĄPIENIE POKONTROLNE Z KONTROLI
PROBLEMOWEJ/SPRAWDZAJĄCEJ*
PRZEPROWADZONEJ PRZEZ ODDZIAŁ EPIDEMIOLOGII **
WOJEWÓDZKIEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ W POZNANIU
W POWIATOWEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ
W KOŚCIANIE
ul. Ks. Piotra Bączkowskiego 5A, 64-000 Kościan**

1. Data kontroli: 24.11.2025 r.

2. Znak pisma: DN-E.1611.4.2025

3. Kontrolowana komórka organizacyjna PSSE: Sekcja Epidemiologii Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Kościanie.

3.1. Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby/ osób* przeprowadzających kontrolę zgodnie z upoważnieniem WPWIS – upoważnienie nr 60/2025 z dnia 17.11.2025 r.:

- – Starszy asystent Oddziału Epidemiologii, Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Poznaniu,
- – Starszy asystent Oddziału Epidemiologii, Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Poznaniu.

3.2. Imię i nazwisko osoby/ osób* biorących udział w kontroli ze strony PSSE w Kościanie:

- – Asystent Sekcji Epidemiologii,
- – Asystent Sekcji Epidemiologii.

4. Zakres kontroli i okres objęty kontrolą: Ocena prowadzenia czynności kontrolnych oraz analiza i ocena dokumentacji wytworzonej przez pracowników PSSE w zakresie zagadnień epidemiologii w związku z kontrolą obiektu nadzorowanego przez PPIS w Kościanie tj.:

.....

5. Akty prawne, na podstawie których dokonano ustaleń w toku kontroli:

Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 416),

- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2025 r. poz. 1675),
- Prawo przedsiębiorców z dnia 6 marca 2018 r. (Dz.U. z 2025 r. poz. 1480)
- Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 1691),

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz.U. Nr 100, poz. 645),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu (Dz.U. z 2023 r. poz. 1045),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r. poz. 402),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2009 r. w sprawie zasad i trybu upoważniania pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych lub Głównego Inspektoratu Sanitarnego do wykonywania określonych czynności kontrolnych i wydawania decyzji w imieniu państwowych inspektorów sanitarnych lub Głównego Inspektora Sanitarnego (Dz.U. z 2010 r. Nr 2, poz.10).

6. Wyniki i ustalenia z kontroli

6.1. Ocena skontrolowanej działalności, ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta: Pracownicy PSSE w Kościanie przeprowadzili 24.11.2025 r. kontrolę sanitarną podmiotu leczniczego –

Przygotowanie pracownika do kontroli podmiotu leczniczego

Zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2025 r. poz. 1480) zawiadomiono przedsiębiorcę o zamiarze przeprowadzenia kontroli (pismo PPIS w Kościanie znak ON-E.9020.30.2025 z 13.11.2025 r.). Zawiadomienie doręczono przedsiębiorcy 13.11.2025 r. osobiście przez pracowników PSSE w Kościanie. Przedsiębiorca podpisał dokument „Korespondencja Goniec 2025-11-13” o odebraniu zawiadomienia. Kontrolę przeprowadzono w 11 dniu od dnia doręczenia przedsiębiorcy zawiadomienia, zatem zachowano wymagany prawem termin wszczęcia kontroli (nie wcześniej niż po upływie 7 dni i nie później niż przed upływem 30 dni od dnia doręczenia zawiadomienia). Zawiadomienie zawierało wszystkie elementy wymagane przepisami prawa zawierające nowelizacje. Wraz z zawiadomieniem o zamiarze przeprowadzenia kontroli, zgodnie z art. 61 § 5 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 1691) – dalej k.p.a., organ administracji publicznej

przekazał informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 2016/679 (RODO), przy pierwszej czynności skierowanej do strony.

Kontrola wynikała z rocznego harmonogramu nadzoru nad obiektami PSSE w Kościanie.

Kontrola podmiotu przeprowadzona została przez pracowników Sekcji Epidemiologii.

Przed planowaną kontrolą placówki medycznej
zapoznano się z dokumentacją obiektu.

Sposób przeprowadzenia kontroli sanitarnej

Rozpoczynając czynności kontrolne pracownicy PSSE w Kościanie przedstawili osoby biorące udział w kontroli, okazali legitymacje służbowe i upoważnienie do przeprowadzenia czynności kontrolnych (upoważnienie PPIS w Kościanie Nr 658/25) - jeden egzemplarz upoważnienia pozostawiono w placówce, drugi opatrzony datą oraz podpisem przedsiębiorcy załączono do akt kontroli. Upoważnienie do kontroli zawierało wszystkie elementy wymagane przepisami prawa. Jego treść jest zgodna z art. 49 ust. 7 Prawa Przedsiębiorców (Dz.U. z 2025 r. poz. 1480) oraz § 5 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2009 r. w sprawie zasad i trybu upoważniania pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych lub Głównego Inspektoratu Sanitarnego do wykonywania określonych czynności kontrolnych i wydawania decyzji w imieniu państwowych inspektorów sanitarnych lub Głównego Inspektora Sanitarnego (Dz. U. z 2010 r. Nr. 2, poz. 10). Po przekazaniu upoważnienia pracownicy PSSE poinformowali osobę kierującą podmiotem – właściciela gabinetu o zakresie i celu przeprowadzonej kontroli, a także dokonali wpisu do książki kontroli. Czynności kontrolne zostały przeprowadzone w obecności upoważnionej przez

Kontrola w zakresie dezynfekcji dotyczyła stosowanych w placówce środków do dezynfekcji rąk, skóry, wyrobów medycznych i powierzchni. Kontrolowano terminy ważności oraz stosowanie preparatów zgodnie z ich przeznaczeniem. Weryfikowano wyposażenie stanowisk do higieny rąk w oraz toalecie. Sprawdzono warunki przechowywania oraz zachowanie terminów ważności wyrobów medycznych i sprzętu jednorazowego oraz wielokrotnego użycia. Kontroli poddano sposób postępowania z narzędziami i sprzętem wielokrotnego użycia, w tym procesy mycia i dezynfekcji, przygotowywania pakietów do sterylizacji oraz ich oznakowanie. Przeglądano również dokumentację podmiotu dotyczącą realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, którą stanowiły m.in. procedury (higienicznego mycia i dezynfekcji rąk,

postępowania po zranieniu lub kontakcie z materiałem zakaźnym, dokumentacji medycznej personelu, dezynfekcji małych i trudno dostępnych powierzchni, mycia i dezynfekcji lodówek, dezynfekcji i sterylizacji końcówek stomatologicznych, przechowywania materiału i narzędzi po sterylizacji, dezynfekcji i mycia obrotowych narzędzi stomatologicznych, pakowania materiałów w opakowania papierowo-foliowe, postępowania dezynfekcji powierzchni zanieczyszczonych materiałami organicznymi, mycia i dezynfekcji twardych, zmywalnych powierzchni, ogólny plan higieny, dotyczącej podstawowych zasad sterylizacji, mycia i dezynfekcji systemów ssących i ślinociągowych, postępowania z odpadami medycznymi, postępowania z brudną bielizną) paszportami technicznymi urządzeń oraz dokumentację dotyczącą kontroli wewnętrznych.

W trakcie wykonywania czynności kontrolnych osoby kontrolujące zadawały pytania i sporządzały notatki niezbędne do wypełnienia dokumentacji. Stwierdzono nieprawidłowości oraz wydano doraźne zalecenia. Pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kościanie przeprowadzili kontrolę w sposób rzetelny i obiektywny. Byli dociekliwi i skrupulatnie wypełniali swoje obowiązki. Po zakończonych czynnościach kontrolnych wyniki omówiono z właścicielem podmiotu
Poinformowano, że protokół kontroli zostanie przekazany w późniejszym terminie.

Dokumentacja kontrolna

Sporządzony protokół kontroli z 24.11.2025 r. opatrzony został znakiem ON-E.9020.30.2025. Dokumentacja kontrolna została sporządzona w siedzibie PSSE w Kościanie na druku „Protokół kontroli” stanowiącym załącznik do Procedury technicznej Głównego Inspektora Sanitarnego PT-01 „Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, w tym zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń”. Protokół przedłożono do podpisu przedsiębiorcy w dniu 08.12.2025 r. W protokole wskazano częściowo aktualnie obowiązujące podstawy prawne. Nie powołano się na obecnie obowiązujące dzienniki ustaw. **Zaleca się** zwracać szczególną uwagę na aktualne akty prawne w tym artykuły paragrafy oraz dzienniki ustaw.

W związku z kontrolą prowadzoną w podmiocie podlegającym przepisom ustawy Prawo przedsiębiorców prawidłowo wskazano podstawę prawną art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 416), który mocuje działania organu w ustawie Prawo przedsiębiorców. Zgodnie z instrukcją IR/EP/01 „Instrukcja w obszarze Epidemiologii dotycząca nadzoru nad podmiotami wykonującymi

działalność leczniczą” wypełniono formularz F/EP/01 „Ocena pomieszczeń służących do wykonywania indywidualnej/specjalistycznej/ grupowej praktyki lekarskiej”.

Analiza dokumentacji kontrolnej wykazała

W punkcie II.6 protokołu kontroli odnotowany zakres przedmiotowy kontroli jest tożsamy z zakresem wskazanym w zawiadomieniu o zamiarze wszczęcia kontroli (pismo PPIS w Kościanie znak: ON-E.9020.30.2025 z 13.11.2025 r.) oraz upoważnieniu PPIS w Kościanie Nr 658/25 z 21.11.2025 r.

W punkcie II.11 protokołu kontroli wymieniono dokumenty przeglądane i oceniane w trakcie kontroli m.in. paszporty techniczne urządzeń, fakturę za odbiór odpadów medycznych oraz procedury, jednak nie zawarto ich dat opracowania i aktualizacji – **zaleca się** wpisywać powyższe informacje w celu zweryfikowania jak często aktualizowane są poszczególne procedury w danej placówce.

W punkcie II.12 odnotowano informację o dokumencie załączonym do protokołu kontroli „Kwestionariusz do oceny przestrzegania przepisów ustawy z dn. 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz.779). Wskazano dziennik ustaw publikujący zmiany z 5.07.2025 r. co jest błędnym zapisem. Prawidłowy dziennik ustaw na dzień kontroli 24.11.2025 r., tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 1162 ze zm. – **zaleca się** zwracanie uwagi na poprawne przywoływanie aktów prawnych.

W punkcie II.13 zawarto informację o wypełnieniu formularza F/EP/01, pominięto jego nazwę „Ocena pomieszczeń służących do wykonywania indywidualnej/specjalistycznej/grupowej praktyki lekarskiej”. W tym samym punkcie zamieszczono również adnotację o przekazaniu informacji spełniającej obowiązek informacyjny zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.). Brak uwag.

W punkcie III.1 protokołu o treści „Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli” wskazano, że aktualnie nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego podmiotu. Wpisano informację na temat stanu formalno-prawnego tj.

informację o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (status działalności – aktywny) oraz informację o numerze wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (63-22-1412684) i numerze księgi rejestrowej (000000087548). Ponadto odnotowano, że gabinet lekarski funkcjonuje przez cztery dni robocze w tygodniu. Brak uwag.

W punkcie III.2 zawierającym informacje istotne dla ustaleń kontroli przedstawiono rozkład pomieszczeń wchodzących w skład oraz opisano stan faktyczny zastany w dniu kontroli.

Podczas kontroli sprawdzone zostało wyposażenie toalety dla pacjentów. Wyposażenie obejmowało: umywalkę, miskę ustępową, kosz na odpady komunalne. Zapewniono dostęp do mydła, papieru toaletowego i ręczników jednorazowego użytku. Prawidłowo zakwestionowano brak dostępu do ciepłej wody oraz zalecono oznaczenie pomieszczenia z informacją, że toaleta jest przeznaczona dla pacjentów. Zwrócono uwagę na preparat używany do mycia rąk (Mediclean 420 Scrub) jednak w protokole nie umieszczono informacji, czy mydło jest przechowywane w opakowaniach jednorazowych, czy w dozownikach, a jeżeli tak to jakie jest przyjęte w placówce postępowanie z dozownikami na mydło po zużyciu. Nie porównano zapisów procedury ze stanem faktycznym. – **zaleca się** zwracanie uwagi na sposób postępowania ze środkami do mycia rąk oraz zamieszczanie takich informacji w protokole i bardziej wnikliwe analizowanie ocenianych procedur/instrukcji poprzez weryfikowanie ich zapisów ze stanem faktycznym.

W kolejnym etapie kontroli oceniano gabinet zabiegowy. Opisano jego wyposażenie. Prawidłowo zakwestionowano materiał jakim było pokryte siedzisko dla pacjentów uniemożliwiające jego dezynfekcję oraz popękane skórzane obicie unitu stomatologicznego. Zwrócono uwagę na brak oznaczenia identyfikacyjnego unitu, a także skontrolowano zapisy w paszporcie technicznym urządzenia wraz z książką serwisową. Brak do wglądu przeglądów technicznych unitu. Osoby kontrolujące zwróciły uwagę na brak zapewnienia właściwego poziomu higieny poprzez niezastosowanie w spluwaczce jednorazowej fizeliny ochronnej, wymienianej po każdym pacjencie. Ponadto, szczegółowo przeanalizowano procedurę mycia i dezynfekcji systemów ssących i ślinociągowych. Wydano zalecenie uzupełnienia informacji o nazwę preparatu stosowanego do dezynfekcji ślinociągu oraz spluwaczki, sposób postępowania z końcówką do ślinociągu, zasady czyszczenia i dezynfekcji po każdym pacjencie, wskazania częstotliwości przeprowadzania dezynfekcji pełnej układu ssącego oraz wymiany filtrów i osadników, a także oznaczenia wody destylowanej w zbiorniku wodnego

systemu zasilania unitu poprzez zawarcie informacji, m.in. o nazwie płynu, dacie jego przelania i celu użycia. Brak uwag.

Skrupulatnie poddano kontroli zawartość stolika zabiegowego znajdującego się obok unitu stomatologicznego. Sprawdzono preparaty do dezynfekcji Medisept Velox Spray Neutral oraz Prosept Wipes, ich charakterystykę i daty otwarcia oraz ważności. Zalecono, żeby preparat do konserwacji adapterów Pana Spray Plus NSK znajdował się w innym miejscu, tj. w Punkcie Gabinetowej Sterylizacji, a nie na stoliku zabiegowym. Stwierdzono nieprawidłowe warunki przechowywania sprzętów sterylnych z niesterylnymi, ponadto dla sprzętów sterylnie zapakowanych zabrakło pojemnika z pokrywą do ich przechowywania. Prawdłowo wydano zalecenia. Podczas czynności kontrolnych poproszono o zaprezentowanie sposobu otwierania pakietów sterylnych, słusznie uznano, że jest on niewłaściwy, mogący powodować skażenie narzędzi. Na miejscu kontroli poinstruowano, w jaki sposób należy otwierać pakiety sterylne (od linii zgrzewu, a nie poprzez ich przedziurawianie). Zwrócono uwagę na nieprawidłowy sposób opisywania pakietów sterylnych – niebieskim długopisem, częściowo poza linią zgrzewu. Zalecono „stosowanie wskaźników chemicznych typu 1 oraz umieszczanie na nich informacji o dacie przeprowadzenia procesu sterylizacji oraz dacie przydatności narzędzi do użycia”. Zalecenie zostało słusznie wydane, jednak mogło zostać doprecyzowane o stwierdzenie zawarte w „*Ogólnych wytycznych dla wszystkich podmiotów wykonujących procesy dekontaminacji, w tym sterylizacji wyrobów medycznych i innych przedmiotów wielorazowego użytku wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, podczas których może dojść do przeniesienia choroby zakaźnej lub zakażenia*” zwanymi dalej „*Ogólne wytyczne SHL*” opracowanymi przez ekspertów ze Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa, Polskiego Stowarzyszenia Sterylizacji Medycznej oraz Narodowego Instytutu Leków, że dopuszcza się ręczne znakowanie pakietów wykonane pisakiem specjalistycznym w sposób bezpieczny dla materiału sterylizowanego, czyli nie poniżej linii zgrzewu. Ponadto, podważono czystość części narzędzi znajdujących się w szufladach stolika zabiegowego. Zweryfikowano, że część z nich (urządzenie do usuwania mostów, kleszcze do wyginania drutów przy protezach, strzykawka wielokrotnego użycia) nie jest poddawana procesom mycia, dezynfekcji, pakowania i sterylizacji, a jedynie są dezynfekowane chusteczkami Prosept Wipes, które według karty charakterystyki wyrobu są używane niezgodnie z przeznaczeniem (nie do dezynfekcji narzędzi inwazyjnych). W szufladzie znajdowały się przeterminowane produkty – krem do protez Corega i cement TempBond – nieopisany datą otwarcia i datą ważności po otwarciu, co prawidłowo zakwestionowano. Weryfikacji poddano również dostępność do rękawic diagnostycznych zalecono, aby

znajdowały się one w miejscu łatwo dostępnym, w bezdotykowym pojemniku, a nie na dnie dolnej szuflady stolika zabiegowego.

Podczas czynności kontrolnych w szufladzie stolika zabiegowego zauważono żarówki z przeznaczeniem użycia do lampy operacyjnej. Ustalono, że lekarz dentysta w przypadku przepalenia się żarówki sam ją wymienia. Osoby kontrolujące zakwestionowały powyższą czynność tłumacząc, że do każdej awarii wyposażenia unitu powinien zostać wezwany serwis. Wymiana żarówki w lampie nie wiąże się z zagrożeniem epidemiologicznym, co więcej przepalona żarówka może być wymieniana przez właściciela unitu stomatologicznego w ramach własnego zakresu. Czynność ta nie jest pojmowana w kategoriach awarii, w związku z powyższym nadal zostaje zachowane prawo do konserwacji lub reklamacji przez autoryzowany serwis. Należy mieć na względzie, że przystępując do czynności medycznych należy zawsze zachować podstawowe zasady higieny rąk.

Kontroli poddano także aneks wielofunkcyjny wydzielony z pomieszczenia zabiegowego, w protokole wypunktowano jego elementy (zlew dwukomorowy i jednokomorowy oba z dostępem do ciepłej i zimnej wody, mydło w płynie Mediclean 420 Scrub, płyn do dezynfekcji rąk Phago Gel, ręczniki jednorazowe w rolce umieszczone na ścianie, kosz na odpady komunalne z zielonym polietylenowym workiem i szafka z przeznaczeniem do przechowywania). Ustalono, że w zlewie dwukomorowym w pierwszej komorze przeprowadza się procesy manualnej dezynfekcji i manualnego mycia. Błędem pisarskim w protokole PSSE jest adnotacja o „myciu mechanicznym”. Proces płukania narzędzi odbywa się w drugiej komorze. Zauważono, że w zlewie została umieszczona wanienka z roztworem do dezynfekcji narzędzi oraz pojemnik z roztworem do dezynfekcji wiertel. Wydano zalecenie, aby oznaczać wanienkę nazwą, stężeniem preparatu dezynfekcyjnego, datą przygotowania roztworu oraz danymi osoby przygotowującej roztwór. Ponieważ czynności kontrolne miały miejsce przed otwarciem gabinetu stomatologicznego dla pacjentów osoba upoważniona do przeprowadzenia kontroli – wyjaśniała, że nie zdążyła przygotować wanienki dezynfekcyjnej, brak powyższej informacji w protokole PSSE. Zalecenie dotyczące właściwego oznakowania wanienki wydano prawidłowo. W protokole PSSE pominięto informację dotyczącą stanu technicznego wanienki dezynfekcyjnej. Była niezniszczona, z pokrywą i sitem. Nie wpisano również nazwy środka używanego do dezynfekcji narzędzi, wskazano ją w późniejszej części protokołu opisującej zawartość szafek i w załączniku do protokołu – Aniosyme XL3. Nie dopytano podczas kontroli, w jaki sposób jest przygotowywany preparat do dezynfekcji – w jakim stężeniu oraz ile czasu przechowywane są narzędzia w roztworze. Zaleca się, aby wszystkie informacje zawarte

w załącznikach kontroli miały swoje odzwierciedlenie w protokole, a także weryfikowanie sposobu przygotowywania roztworu do dezynfekcji narzędzi. Słusznie zwrócono uwagę na brak używania specjalistycznej szczoteczki do mycia narzędzi oraz niestosowanie okresowego wskaźnika kontroli pozostałości zanieczyszczeń białkowych na wybranych najtrudniejszych narzędziach lub innych wyrobach zwłaszcza posiadających powierzchnie szczególnie trudne do umycia. Kolejno ustalono, że zlew jednokomorowy przeznaczony jest do „chirurgicznego mycia rąk”. Przygotowując się do wykonywania procesów dekontaminacji w gabinecie stomatologicznym wystarczająca jest procedura higienicznego mycia rąk oraz higienicznej dezynfekcji rąk. Chirurgiczne mycie i chirurgiczna dezynfekcja rąk ma swoje przeznaczenie przed zabiegami operacyjnymi i innymi inwazyjnymi zabiegami, co ma swoje potwierdzenie w „Wytycznych WHO dotyczących higieny rąk w opiece zdrowotnej”. Niezasadne jest zalecenie wydane w protokole, aby nad zlewem jednokomorowym umieścić instrukcję do chirurgicznej dezynfekcji rąk. Prawidłowo zwrócono uwagę, że nad zlewem umieszczono instrukcję mycia rąk.

Przeanalizowano sposób wykonywania kolejno po sobie czynności związanych z przygotowaniem i wykonaniem dekontaminacji, w tym sterylizacji. Poprawnie wydano zalecenie, aby Punkt Sterylizacji został prawidłowo rozmieszczony w ustawieniu szeregowym. Zgodnie z „Ogólnymi wytycznymi SHL”. Stwierdza się, że nie powołano się w protokole kontroli PSSE na powyższe wytyczne. Ponadto zalecenie brzmiało, żeby „Punkt Gabinetowej Sterylizacji stanowił wydzielone pomieszczenie”. Nie wyjaśniono dokładnie w protokole kontroli PSSE, jak może wyglądać Stanowisko Sterylizacji Gabinetowej (SSG) w niewielkich przychodniach. Wydzielone pomieszczenie dla SSG nie jest obligatoryjne. Może być oddzielnym pomieszczeniem kontaktującym się bezpośrednio z gabinetem, a także dopuszczalne jest wydzielenie dodatkowej części gabinetu, przy zachowaniu warunków: jeżeli w pomieszczeniu udzielane są świadczenia zdrowotne należy rozmieścić sprzęt poza drogami komunikacji wewnątrz gabinetu i w odległości nie mniejszej niż 1,5 m od miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub wykonywania innych procedur z naruszeniem ciągłości tkanek ludzkich, a także rozdzielić czasowo, tj. wszelkie czynności związane z przeprowadzaniem dekontaminacji i sterylizacji muszą być wykonywane po udzieleniu świadczeń zdrowotnych. Dodatkowo, powierzchnia przeznaczona na SSG nie może być mniejsza niż 4m². Zaleca się doprecyzowanie w protokołach kontroli rozwiązań zawartych w „Ogólnych wytycznych SHL”. Słusznie zwrócono uwagę na konieczność używania dwóch szczelnych pojemników z pokrywami przeznaczonych do transportu narzędzi w celu wykonania dekontaminacji i po procesach sterylizacji. Kontrolujący słusznie poinformowali,

że pomocne jest oznakowanie tych pojemników tak, aby były łatwo rozpoznawalne. Opisując elementy ciągu technologicznego użyto stwierdzenia, że „poza autoklawem powinien zostać wyznaczony odcinek (blat) wyrobów sterylnych z zapewnieniem dostępności pojemnika z pokrywą, oznaczonego „Narzędzia czyste”. Jest to mylące stwierdzenie, gdyż narzędzia czyste są to narzędzia po wstępnym myciu i dezynfekcji. Bardziej zasadny byłby zwrot „Narzędzia sterylne”. Nieprawidłowe wskazanie opisu pojemnika z pokrywą, przy posiadanej wiedzy osób kontrolujących, wydaje się być błędem pisarskim. Odnotowano brak prowadzenia protokołów mycia manualnego.

Zwrócono uwagę, że w szafkach wiszących aneksu wielofunkcyjnego znajdują się opakowania preparatów: do wstępnej dezynfekcji Aniosyme XL3 i Fixtemp C&B Dreve kompozyt stomatologiczny do wykonywania tymczasowych uzupełnień protetycznych, na których nie zostały umieszczone daty ich otwarcia. Na kolejnej półce znajdowały się łyżki wyciskowe. Według postępowanie przed użyciem ww. łyżki u pacjenta polega na przeprowadzeniu dezynfekcji chusteczkami Prosept Wipes, natomiast po użyciu narzędzie jest myte i dezynfekowane. Z kolei z informacji zawartych w protokole PSSE wynika iż, brakuje informacji o sposobie postępowania po użyciu łyżek wyciskowych. Widnieje adnotacja, że przed użyciem łyżki wyciskowej przeprowadza się dezynfekcję chusteczkami Prosept Wipes niezgodne z kartą charakterystyki produktu. Nie zgodność zapisu w protokole PSSE ze stanem faktycznym odnotowanym przez pracowników WSSE. Podczas kontroli asystentka stomatologiczna wyjaśniła w jaki sposób postępuje z łyżkami wyciskowymi, tj. przed użyciem do pacjenta przeciera je chusteczkami Prosept Wipes, natomiast po użyciu myje i dezynfekuje w wanience dezynfekującej.

W szafie przy aneksie wielofunkcyjnym, zakwestionowano sposób przechowywania jałowych narzędzi (brak pojemnika z pokrywą) oraz błędne oznaczenie ich daty ważności – zamiast 3 miesięcy od przeprowadzenia procesu sterylizacji w rękawach papierowo-foliowych, czas wyznaczono na 6 miesięcy. Ponadto, podczas skrupulatnego przeglądania wszystkich pakietów po procesach sterylizacji stwierdzono, że część narzędzi wymaga renowacji i posiada znamiona wyeksploatowania. Dodatkowo poproszono o natychmiastowe zutylizowanie masetek chirurgicznych, które posiadały ślady używania. Brak uwag.

W kolejnym etapie kontroli pracownicy PSSE udali się do pomieszczenia, w którym znajduje się autoklaw -MELAG 23, urządzenie chłodnicze oraz dwie szafy – jedna przeznaczona na odzież roboczą, druga na odzież zewnętrzną. W załączniku do protokołu kontroli wskazano rok produkcji autoklawu – 1994. Zaleca się, jak wcześniej, aby informacje zawarte w załącznikach zostały odzwierciedlone w protokole kontroli. Tak, jak przy unicie

stomatologicznym poprawnie zakwestionowano brak oznaczenia identyfikującego autoklaw oraz brak jego przeglądów technicznych od nowości (okazano ostatni przegląd z 20.11.2025 r.). Pomimo przeglądu serwisowego z listopada zwrócono uwagę na uszkodzoną diodę w autoklawie, która nie została wymieniona. Serwisant dopuścił użytkowanie autoklawu ostatecznie do 20.06.2026 r. Zwrócono uwagę na nieistnienie ciągu technologicznego poprzez brak odcinka blatu roboczego przeznaczonego do pakowania narzędzi oraz odcinka blatu do ich wypakowywania po procesie sterylizacji oraz krzyżujących się drogach „czystej” z „brudną”, a także brak stanowiska do przeprowadzania higieny rąk. Brak uwag.

Następne czynności kontrolne dotyczyły przeprowadzania procesów sterylizacji. Ustalono, że autoklaw MELAG 23 nie jest wyposażony w automatyczną rejestrację parametrów procesów. W związku z powyższym odpowiednio zakwestionowano błędne stosowanie wskaźników chemicznych typu 4 do kontroli procesów sterylizacji narzędzi. Ponadto, jeżeli autoklaw nie posiada automatycznej rejestracji parametrów procesów to wymagane jest stosowanie wskaźników biologicznych do kontroli każdego wsadu, na co również zwrócono uwagę podczas kontroli i zamieszczono adnotację w protokole. Placówka nie wykonuje również testów Bowie-Dick – pierwszy w danym dniu roboczym cykl sterylizacji parowej, ponieważ autoklaw MELAG 23 nie posiada programu do wykonywania takiego testu. Trafnie odnotowano w protokole, że w takiej sytuacji sterylizatory bez powyższej funkcji winny być zastąpione urządzeniami spełniającymi normy polskie i międzynarodowe. Zgodnie z „Ogólnymi wytycznymi SHL” odstępstwem od powyższego zalecenia może być wskazanie przez wytwórcę sterylizatora programu równoważnego z programem Bowie-Dicka i jego zgodności normatywnej. Właściwie zakwestionowano używanie autoklawu bez posiadania najważniejszych standardów.

W protokole odnotowano, że poproszono o dokumentację z cyklu sterylizacji i że gabinet jej nie udostępnił, ponieważ jej nie prowadzi. Nie wspomniano, że asystentka stomatologiczna podczas kontroli okazała zeszyt z wklejanymi wskaźnikami chemicznymi klasy 4, informacje zawarte w nim nie były kompletne, a wskaźniki chemiczne, jak wspomniano wyżej niewłaściwe jednak **zaleca się** odnotowywanie w protokole kontroli wszystkich okazywanych dokumentów z dnia kontroli, a także weryfikowanie czy podczas procesów sterylizacji stosuje się pakiety reprezentatywne, ponieważ podczas kontroli o to nie zapytano.

Dopytano, zakwestionowano i wskazano w protokole, że osoba odpowiedzialna za przeprowadzanie procesów sterylizacji narzędzi nie posiada wymaganych umiejętności w postaci kursu kwalifikacyjnego z zakresu technologii, sterylizacji dezynfekcji zgodnego

z programem zatwierdzonym przez Ministerstwo Zdrowia lub tytuł zawodowy technika sterylizacji medycznej.

W kolejnej części protokołu zwrócono uwagę na niewłaściwe przechowywanie odzieży roboczej oraz brak jej stosowania, a także brak zmiennego obuwia ochronnego i jednorazowej bielizny. Powyższa odzież była przechowywana w sąsiedztwie strefy brudnej. Ponadto, właściwie dopytano o sposób postępowania z odzieżą roboczą po użyciu i ustalono, że jest on niezgodny z procedurą obowiązującą w podmiocie kontrolowanym – pranie odbywa się w warunkach domowych. W protokole zabrakło krótkiej adnotacji, że po upomnieniu przez pracowników PSSE o braku noszenia odzieży ochronnej, założył fartuch.

Podczas kontroli nie zapomniano sprawdzić, czy w gabinecie dostępny jest zestaw przeciwwstrząsowy oraz podstawowy sprzęt do resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO). Zestaw był brudny, niekompletny, a worek samorozprężalny Ambu nieprzystosowany do użytku – nieprawidłowo przechowywany, nie poddany procesowi mycia i dezynfekcji. Nie zweryfikowano z asystentką stomatologiczną, czy Ambu jest sprzętem jednorazowym, czy wielokrotnego użycia, co ma szczególne znaczenie w procesie postępowania przed i po jego użyciu. Zestaw do przetoczeń opatrzony był datą ważności 2006 r.

Ocenie poddano również toaletę przeznaczoną dla personelu. Sprawdzono jej wyposażenie, dostęp do mydła w płynie Mediclean 420 Scrub, ręczników jednorazowego użytku, papieru toaletowego, ciepłej i zimnej wody. Nad umywalką umieszczona została instrukcja mycia rąk. Nie było zastrzeżeń.

W protokole i podczas kontroli zakwestionowano stan sanitarny gabinetu po przyjęciu pacjenta. Po wykonaniu zabiegów medycznych przez kontrolujący ponownie weszli do gabinetu. Zwrócili uwagę na zabrudzoną przez naczynie z cementem przestrzeń zlewu dwukomorowego, na stoliku zabiegowym pozostawiono nożyk kuchenny (zastosowany do wykrajania protez) oraz telefon komórkowy wśród przedmiotów użytych do pacjenta. Po zwróceniu uwagi na zastaną sytuację wyrzuciła kilka przedmiotów znajdujących się na stoliku zabiegowym (w tym nóż kuchenny) do kosza na odpady medyczne. Wszystko powyżej zakwestionowano. Brak uwag.

Ustalono, że w obiekcie przestrzegane są zapisy ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, procedury dotyczącej zgłaszania podejrzeń oraz rozpoznania chorób zakaźnych. Podmiot posługuje się aktualnymi wzorami

formularzy ZLK-1 i wykazem chorób zakaźnych podlegających zgłoszeniu. Prowadzona jest kontrola wewnętrzna zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych z dnia 27 maja 2019 r. (Dz.U. Nr 100, poz. 646) - Kontrola jest prowadzona okresowo, nie rzadziej niż co 6 miesięcy. **Zaleca się**, aby w protokole kontroli podawać daty ostatnich przeprowadzanych kontroli wewnętrznych.

W protokole wymieniono wszystkie poddane ocenie procedury zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym opracowane i wdrożone w gabinecie stomatologicznym. **Zaleca się**, aby weryfikować procedury pod kątem posiadania nazwy, daty jej opracowania i wdrożenia, informacji kto ją zatwierdził, a także określenia celu, zakresu, odpowiedzialności i zasad postępowania oraz zaznajomienia się z procedurą i podpisania jej przez pracowników.

Po przeanalizowaniu dokumentacji protokołu PSSE stwierdza się, że pracownicy znają i korzystają z „*Ogólnych wytycznych dla wszystkich podmiotów wykonujących procesy dekontaminacji, w tym sterylizacji wyrobów medycznych i innych przedmiotów wielorazowego użytku wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, podczas których może dojść do przeniesienia choroby zakaźnej lub zakażenia*” opracowanymi przez ekspertów ze Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa, Polskiego Stowarzyszenia Sterylizacji Medycznej oraz Narodowego Instytutu Leków. Jednak w całej treści protokołu zabrakło powołania się na powyższe wytyczne. **Zaleca się** przywoływanie „*Ogólnych wytycznych SHL*”.

W punkcie III 3. zawarto nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono. Kontrola została przeprowadzona z uwzględnieniem przepisów prawnych, jednak część z nich została nieprawidłowo przywołana. Nieprawidłowości jakie stwierdzono w punkcie III 3, w podpunktach:

- I. c) i d)
- II. a) f) g) k)
- IV. b)

powołano się na naruszenie art. 22 ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2025 r. poz. 1675). Powyższy artykuł jest zbyt obszerny w swoim zakresie, należałoby przywoływać konkretne przepisy prawne i wytyczne.

W podpunkcie II. d) dotyczącym przechowywania wyrobów medycznych po upływie terminów ważności, braku oznaczeń dat ich otwarcia okresu przydatności po otwarciu oraz niewłaściwego sposobu ich przechowywania niesłusznie powołano się na art. 6 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r., poz. 1287). Należało przywołać art. 16 ust. 1 pkt. 1-2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2025 r. poz. 1675).

W podpunkcie II. e) stwierdzono brak serwisowania po awarii unitu stomatologicznego związanego z wymianą żarówki. Przepalona żarówka nie mieści się w kategorii awarii unitu. Błędnie zakwestionowano nieprawidłowość.

Pozostałe nieprawidłowości wymienione w protokole w punkcie III. 3., w podpunktach: I. a), b); II. i), j); III. a), b), c), d); IV. a), b); V. a) dotyczące zakresu higieny komunalnej nie zostały poddane ocenie przez Oddział Epidemiologii WSSE w Poznaniu ze względu na wykroczenie poza zakres przeprowadzonej kontroli, zgodny z upoważnieniem do kontroli nr 60/2025 z dnia 17.11.2025 r.

Protokół kontroli sanitarnej odebrany został przez
Nie wniesiono uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego. Wolne miejsca wypełnionych druków wykreślono w sposób uniemożliwiający wprowadzenie dodatkowych zapisów.

Na podstawie ustaleń kontroli ocenia się działalność PSSE w Kościanie w kontrolowanym zakresie*:**

1. **Pozytywnie**
2. **Pozytywnie z uchybieniami**
3. **Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości**
4. **Negatywnie**

6.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

Nie dotyczy

6.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Nie dotyczy.

Informację o wykonaniu zaleceń lub wykorzystaniu wniosków, a także o podjętych działaniach lub przyczynach ich niepodjęcia proszę przekazać w terminie**** do dwóch tygodni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Z wyrazami szacunku

Hanna Kurek

Zastępca Wielkopolskiego Państwowego
Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

/dokument podpisany elektronicznie/

* - niepotrzebne skreślić

** wpisać właściwą komórkę organizacyjną

*** właściwe podkreślić

**** termin ustala WPWIS

Raport z weryfikacji podpisów (pieczęci):

Nazwa dokumentu	Wystąpienie pokontrolne z kontroli problemowej PSSE w Kościanie.pdf
Skrót dokumentu	D-EEAB2CB27392ACE1463171CC4DA91BC8163B4EE1C3DBF6728810C84A14B0F02153E2FE14776CBEFCF6BD3836B55B960C187589C4277E7DE896CFDE4F62D13C0C
Data weryfikacji	2026-01-12T14:21:07+01:00
Liczba złożonych podpisów (pieczęci)	1
Liczba prawidłowych podpisów (pieczęci)	1

Numer sygnatury	1
Wynik weryfikacji	WERYFIKACJA POZYTYWNA
Rodzaj podpisu	KWALIFIKOWANY PODPIS ELEKTRONICZNY
Format podpisu	PaDES_BASELINE_B
Dane sygnatariusza	Hanna Kurek; Z-ca WPWIS
Zakres podpisu	Wystąpienie pokontrolne z kontroli problemowej PSSE w Kościanie.pdf
Posiadacz certyfikatu	Nazwa powszechna : Hanna Kurek; Z-ca WPWIS Identyfikator podmiotu : Nazwa organizacji : Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu Identyfikator organizacji : Adres : Poznań Kraj : PL Numer seryjny : 69002448649686147409502287346494218664 Ważny od - do : 2025.05.08 14:09 - 2028.05.29 23:59
Wydawca certyfikatu	Nazwa powszechna : Certum QCA G3 R35 Nazwa organizacji : Asseco Data Systems S.A. Identyfikator organizacji : Kraj : PL Numer seryjny : 498040239057440625 Ważny od - do : 2024.12.13 11:25 - 2035.12.14 00:59
Status certyfikatu w dacie wykonania podpisu	Certyfikat ważny
Czas deklarowany złożenia podpisu	2026.01.12 14:21
Wiarygodny czas złożenia podpisu	2026.01.12 14:21