

Poznań, 9 lipca 2026 r.

**WYSTĄPIENIE POKONTROLNE Z KONTROLI
PROBLEMOWEJ/SPRAWDZAJĄCEJ*
PRZEPROWADZONEJ PRZEZ ODDZIAŁ EPIDEMIOLOGII **
WOJEWÓDZKIEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ W POZNANIU
W POWIATOWEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ
W ŚRODZIE WIELKOPOLSKIEJ
ul. Żwirki i Wigury 1, 63-000 Środa Wielkopolska**

1. Data kontroli: 12.05.2026 r.

2. Znak pisma: DN-E.1611.3.2026

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

3.1. Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby/ osób* przeprowadzających kontrolę zgodnie z upoważnieniem WPWIS – upoważnienie nr 20/2026 z dnia 06.05.2026 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 Środzie Wielkopolskiej:

- – Kierownik Sekcji Epidemiologii,
- – Młodszy 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 Środzie Wlkp. 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 ze zm.). 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 poz. 1480 ze zm.)
- 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 Środzie Wlkp. przeprowadzili 12.05.2026 r. kontrolę sanitarną podmiotu leczniczego –

Przygotowanie do kontroli podmiotu leczniczego

Zgodnie z art. 48 ust. 1, ust. 2, ust. 3 pkt 1-5, ust. 4, ust. 5 i ust. 12 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2025 r. poz. 1480 ze zm.) oraz art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 416 ze zm.) zawiadomiono przedsiębiorcę o zamiarze przeprowadzenia kontroli (pismo PPIS w Środzie Wlkp. znak ON-E.9612.15.2026 z 21.04.2026 r.). W dokumencie zawarto wszystkie elementy wymagane przepisami prawa. Należy jednak zwrócić uwagę, że wskazany w zawiadomieniu, w części dotyczącej zakresu kontroli zapis „Przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne w placówkach podmiotów leczniczych” jest bardzo nieprecyzyjny i niezrozumiały.

Nie wskazuje on, o jakie przepisy chodzi organowi kontrolującemu. Ten zapis powtarza się również w pozostałych dokumentach kontroli – upoważnieniu i protokole kontroli. Zaleca się, aby zapisy dotyczące zakresu kontroli były wskazywane w sposób szczegółowy

i jednoznaczny dla jednostki kontrolowanej. Zawiadomienie doręczono przedsiębiorcy 05.05.2026 r. za pomocą rejestrowanej Publicznej Usługi Hybrydowej (PUH).

Na wniosek przedsiębiorcy kontrolę wszczęto przed upływem 7 dni od dnia doręczenia zawiadomienia tj. 12.05.2026 r. Wraz z zawiadomieniem o zamiarze przeprowadzenia kontroli, zgodnie z art. 61 § 5 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks 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 Środzie Wlkp. i przeprowadzona została przez pracowników Sekcji Epidemiologii.

Przed planowaną kontrolą placówki medycznej pracownicy PSSE zapoznali się z dokumentacją obiektu.

Sposób przeprowadzenia kontroli sanitarnej

Rozpoczynając czynności kontrolne pracownicy PSSE w Środzie Wlkp. przedstawili osoby biorące udział w kontroli, okazali legitymacje służbowe i upoważnienie do przeprowadzenia czynności kontrolnych (upoważnienie PPIS w Środzie Wlkp. nr 263.2026) - 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 była zgodna z art. 49 ust. 1 i ust. 7 Prawa Przedsiębiorców (Dz.U. z 2025 r. poz. 1480 ze zm.) oraz § 1 ust. 1 i 2 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). W protokole wskazano aktualnie obowiązujące podstawy prawne.

Po przekazaniu upoważnienia pracownicy PSSE poinformowali osobę kierującą podmiotem – właściciela gabinetu stomatologicznego o zakresie i celu przeprowadzonej kontroli, a także dokonali wpisu do książki kontroli. Kontrola została przeprowadzona zgodnie z zakresem wskazanym w ww. upoważnieniu.

Kontroli poddano sposób postępowania z narzędziami i sprzętem wielokrotnego użycia po użyciu, w tym procesy mycia, dezynfekcji i sterylizacji. Ustalono wykaz środków stosowanych do dezynfekcji rąk, skóry, wyrobów medycznych i powierzchni. Sprawdzono terminy ważności oraz zgodność stosowanych preparatów z ich przeznaczeniem. Zweryfikowano również obowiązujące zasady dotyczące prowadzenia kontroli procesów

dezynfekcji i sterylizacji. Sprawdzono warunki przechowywania oraz zachowanie terminów ważności wyrobów medycznych i sprzętu jednorazowego oraz wielokrotnego użycia. Przeglądano również dokumentację podmiotu dotyczącą orzeczeń lekarskich personelu do celów sanitarno-epidemiologicznych, książkę ewidencji procesów sterylizacji i dezynfekcji, dokumentację dot. archiwizacji testów chemicznych poprawnej sterylizacji, karty przekazania odpadów medycznych, paszporty techniczne urządzeń, protokoły kontroli wewnętrznej, wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz wybrane procedury postępowania w gabinecie stomatologicznym. Ocenie poddano między innymi procedurę dezynfekcji i mycia narzędzi stomatologicznych, procedurę mycia i dezynfekcji systemów ssących i ślinociągowych, procedurę mycia pojemnika na mydło, procedurę przeprowadzania kontroli wewnętrznych, procedurę higienicznego mycia i dezynfekcji rąk oraz ogólny plan higieny.

W trakcie wykonywania czynności kontrolnych osoby kontrolujące zadawały pytania i sporządzały notatki niezbędne do wypełnienia dokumentacji. Nie stwierdzono nieprawidłowości jednakże wydano doraźne zalecenie. Pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Środzie Wlkp. 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 do zapoznania się i podpisu w przeciągu 2-3 dni.

Dokumentacja kontrolna

Sporządzony protokół kontroli z 12.05.2026 r. opatrzony został znakiem ON-E.9612.15.2026 i numerem ON-E.13.2026. Dokumentacja kontrolna została sporządzona z wykorzystaniem sprzętu komputerowego 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. Zgodnie z instrukcją IR/EP/01 „Instrukcja w obszarze Epidemiologii dotycząca nadzoru nad podmiotami wykonującymi działalność leczniczą” wypełniono również formularz F/EP/01 „Ocena pomieszczeń służących do wykonywania indywidualnej/specjalistycznej/grupowej praktyki lekarskiej”. Formularz częściowo uzupełniono w kontrolowanej placówce. Resztę dokumentacji - protokół wraz z ww. załącznikiem sporządzono w siedzibie PSSE w Środzie Wlkp. Protokół przedłożono do podpisu przedsiębiorcy w dniu 15.05.2026 r.

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 ze zm.), który mocuje działania organu w ustawie Prawo przedsiębiorców.

W protokole wskazano aktualnie obowiązujące podstawy prawne.

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 Środzie Wlkp. znak: ON-E.9612.15.2026 z 21.04.2026 r.) oraz upoważnieniu PPIS w Środzie Wlkp. Nr 263.2026 z 11.05.2026 r.

W punkcie II.11 protokołu kontroli wymieniono dokumenty przeglądane i oceniane w trakcie kontroli m.in. paszporty techniczne urządzeń, protokoły kontroli wewnętrznej, dokumentację dotyczącą archiwizacji testów chemicznych poprawnej sterylizacji, karty przekazania odpadów medycznych oraz procedury. Zawarto ich daty aktualizacji.

Brak uwag.

W punkcie II.12 odnotowano informację o dokumentach załączonych do protokołu kontroli tj. upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr 263.2026 oraz wnioski o wszczęcie kontroli przed upływem 7 dni od dnia doręczenia zawiadomienia z dnia 08.05.2026 r. **Brak uwag.**

W punkcie II.13 zawarto informację o wypełnieniu formularza F/EP/01, „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 późni. 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 o numerze księgi rejestrowej (000000251019). **Brak uwag.**

W punkcie III.2 dotyczącym informacji istotnych dla ustaleń kontroli odnotowano, że kontrola na wniosek przedsiębiorcy odbyła się przed upływem 7 dni od daty odebrania zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli. Ponadto, zawarto informację dotyczącą godzin pracy oraz rodzaju wykonywanych zabiegów w gabinecie stomatologicznym. Przedstawiono rozkład i wyposażenie pomieszczeń wchodzących w skład placówki. Pomieszczenie w którym wykonywane są procedury mycia i dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego nazwano pomieszczeniem sterylizacji. Zgodnie z wytycznymi „Ogólne wytyczne dla wszystkich podmiotów wykonujących procesy dekontaminacji, w tym sterylizacji wyrobów medycznych i innych przedmiotów 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 Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa w 2017 zwanymi dalej „wytyczne”, zastosowany w placówce układ pomieszczeń, wyposażenie i rodzaj czynności w nich wykonywanych wskazuje iż w obiekcie utworzono Stanowisko Sterylizacji Gabinetowej. Powyższą informację warto było przekazać przedsiębiorcy, aby mógł on zweryfikować wymagania stawiane tego typu sterylizatorni. Kontrolujący ocenili stan sanitarno-techniczny i higieniczny pomieszczeń oraz urządzeń. Nie stwierdzono w tym zakresie żadnych nieprawidłowości. Nie zwrócono jednak uwagi na obrotowy taboret znajdujący się w gabinecie stomatologicznym, którego welurowa powierzchnia nie spełnia kryteriów powierzchni łatwoczyszalnej. Również zapis w protokole dotyczący fotela stomatologicznego „pokryty obiciem umożliwiającym mycie i dezynfekcję” nie jest zgodny ze stanem faktycznym. Podczas kontroli nie zauważono, że pokrycie fotela, tzw. tapicerka nie jest spójna z częścią tylną fotela tzw. plastikową białą osłoną, tworząc przestrzeń uniemożliwiającą prawidłową dezynfekcję. Zaleca się dokładniej i bardziej szczegółowo weryfikować stan sanitarno-techniczny pomieszczeń i ich wyposażenia. Opisano również wyposażenie stanowisk do higieny rąk w gabinecie zabiegowym, pomieszczeniu sterylizacji oraz toalecie. Wskazano, że każde ze stanowisk wyposażone było w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem do rąk, podajnik z ręcznikami jednorazowymi oraz pojemnik na zużyte ręczniki. W gabinecie zabiegowym oraz pomieszczeniu sterylizacji stanowisko higieny rąk wyposażono również w dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym. Nie zwrócono natomiast uwagi oraz nie zakwestionowano podajnika z ręcznikami jednorazowymi, którym było przenośne, przezroczyste plastikowe opakowanie/pudełko

z otworem do wyciąganymi ręczników papierowych. W dniu kontroli ilość włożonych ręczników uniemożliwiała ich swobodne wyciąganie. Ponadto, brak stabilnego zamontowania pojemnika do ściany lub innego stabilnego podłoża uniemożliwiała bezdotykowe wyciąganie ręczników, co jest zalecane w obszarze medycznym. W protokole nie zawarto informacji o takich zaleceniach. W dniu kontroli odnotowano, że do mycia rąk stosowany jest preparat MEDICLEAN 420 SCRUB, do dezynfekcji STERILLHAND. Zawarto również informację, że dozowniki na mydło po jego zużyciu są myte, suszone a następne uzupełniane z większych opakowań zbiorczych. Fakt ten jest odnotowywany na dozowniku poprzez umieszczenie na nim informacji o dacie wykonania procedury, nazwie preparatu i dacie jego ważności. Placówka posiada w tym zakresie opracowaną procedurę, która została zweryfikowana. Nie wniesiono do jej treści uwag, natomiast procedura ma błąd. Nie uwzględniono w niej etapu dezynfekcji, która powinna być wykonana po etapie mycia i suszenia, przed napełnieniem pojemnika mydłem. Zaleca się szczegółowe weryfikowanie treści procedur pod względem zgodności z obowiązującymi wymaganiami. Ponadto w placówce, zamiast dozowników łokciowych stosowane są zwykłe pojemniki plastikowe z pompką - (pomieszczenie sterylizacji), lub ceramiczne (gabinet zabiegowy), które są uruchamiane poprzez nacisk dłonią, zamiast dozowników łokciowych. Z uwagi na wykonywanie procedury higieny rąk w obszarze medycznym, wskazane jest aby zwracać uwagę i zalecać wyposażenie stanowiska do higieny rąk w elementy uruchamiane bez kontaktu z dłonią. Procedura przelewania jest również stosowana w odniesieniu do środków dezynfekujących. Nie zakwestionowano również niezachowania ciągu technologicznego w pomieszczeniu sterylizacji., tj. braku odcinka (blatu) materiałów skażonych oraz braku wymaganego tam stanowiska do higieny rąk zorganizowanego poza blatem roboczym. Powyższe narusza przepisy prawa tj. pkt. 10 załącznika nr 2 Rozporządzenia 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). W kontrolowanej placówce ciąg technologiczny rozpoczyna się od zamontowanego w blacie półtorakomorowego zlewu z ociekaczem. Zgodnie z ww. przepisami prawa, odcinek materiałów skażonych to blat służący do wyładunku i przygotowania do mycia i dezynfekcji wstępnej lub zasadniczej. Powierzchni ociekacza nie można więc traktować jako blatu roboczego. Ponadto, w narożniku ociekacza postawiono plastikowy stojak, na którym ustawiono pojemniki w których dezynfekowane są wiertła. Obok zlewu, na wąskim fragmencie blatu pomiędzy zlewem, a ścianą postawiono zwykłe mydło kosmetyczne w płynie "Linda" z pompką dozującą, preparat Saiko ZID lub Saiko Med

ze środkiem do dezynfekcji oraz płyn do naczyń. Podczas kontroli nie zapytano się, dlaczego używane jest mydło o nazwie „Linda”, które nie jest mydłem antybakteryjnym, chociaż wcześniej wskazano, że w placówce dostępne i stosowane jest mydło antybakteryjne Mediclean. Zastrzeżenie powinien również wzbudzić preparat dezynfekcyjny Saiko. Oryginalna etykieta dozownika wskazywała, iż jest to higieniczny żel do rąk Saiko Med antybakteryjny z olejkiem werbeny. Umieszczona natomiast naklejka z tyłu opakowania zawiera informacje, iż jest to preparat Saiko ZID, który w załączniku F/EP/01 wymieniony jest jako preparat do dezynfekcji powierzchni. Jeżeli faktycznie był to preparat Saiko ZID, to wówczas należy stwierdzić iż stanowisko mycia w pomieszczeniu sterylizacji nie było wyposażone w środek do dezynfekcji rąk. Nie zweryfikowano również, dlaczego na ww. stanowisku mycia i przygotowania narzędzi i sprzętu do dezynfekcji i sterylizacji znajdował się płyn do naczyń „Dual Power”, do czego był używany? Nie zakwestionowano również zamontowania zlewu półtora komorowego zamiast dwukomorowego w sytuacji gdy placówka prowadzi ręczne mycie i dezynfekcję nie jest to właściwe. Ponadto w pomieszczeniu sterylizacji ustawiono pralkę, sprzęt do sprzątania, lodówkę na odpady medyczne, pojemnik do transportu odpadów medycznych, pojemnik do transportu narzędzi sterylnych oraz stanowisko biurowe. Nie zakwestionowano również przyczepionych do lodówki na odpady medyczne ozdobnych magnesów oraz znajdujących się pod biurkiem, bezpośrednio na podłodze plastikowych pojemników, co stanowi barierę w prawidłowym procesie mycia i dezynfekcji powierzchni.

Zaleca się aby podczas kontroli dokładnie sprawdzać czy pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą są zgodne z rodzajem prowadzonej działalności, zakresem udzielanych świadczeń oraz wymogami określonymi w Rozporządzeniu 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).

Kontroli poddano także przyjęte w placówce postępowanie dotyczące mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu i narzędzi. Ocenę postępowania ze sprzętem wielorazowego użycia dokonano na podstawie „wytycznych”. Sprawdzono stosowane w placówce preparaty do dezynfekcji – ich właściwe zastosowanie, spektrum działania, terminy ważności, zasady przygotowania roztworów. Kontroli poddano również stan urządzeń w których prowadzi się dezynfekcję - kuwetę (wyposażenie) oraz myjkę ultradźwiękową (przegląd techniczny). Przeanalizowano prowadzoną dokumentację dotyczącą procesów dezynfekcji – zapisy

w książce ewidencji procesów sterylizacji i dezynfekcji, karty procesu dezynfekcji i sterylizacji – nie stwierdzono nieprawidłowości. Podczas kontroli nie ustalano, czy placówka wykonuje kontrolę skuteczności mycia i dezynfekcji (manualnego oraz maszynowego w myjce ultradźwiękowej) za pomocą wskaźnika kontroli pozostałości zanieczyszczeń białkowych. W protokole również nie poruszono tego tematu, nie wydano takich zaleceń. Nie poruszono też kwestii postępowania po użyciu z końcówkami stomatologicznymi. Zaleca się szczegółową weryfikację w zakresie postępowania z końcówkami stomatologicznymi, gdyż niewłaściwa dezynfekcja i brak sterylizacji tego wyrobu jest jedną z najczęstszych nieprawidłowości stwierdzanych w gabinetach stomatologicznych. Osoby kontrolujące szczegółowo przeanalizowały natomiast procedurę mycia i dezynfekcji systemów ssących i ślinociągowych, zwrócono uwagę na zapewnienie właściwego poziomu higieny poprzez zastosowanie w spluwaczce jednorazowej flizeliny ochronnej, wymienianej po każdym pacjencie. Następne czynności kontrolne dotyczyły przeprowadzania i kontroli procesów sterylizacji wskaźnikami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi, stosowanych opakowań sterylizacyjnych, dokumentacji procesów oraz przechowywania wyrobów po dekontaminacji. Brak informacji w protokole o pojemności wsadu autoklawu uniemożliwia całościową ocenę przeprowadzonej przez pracowników PIS kontroli placówki w zakresie rodzaju, ilości, umiejscowienia wskaźników w autoklawie oraz częstotliwości ich stosowania. W dokumentach kontroli brak między innymi informacji o teście Bowie-Dick. Ponadto, w protokole opisano, iż kontrola biologiczna przeprowadzona jest 1x w miesiącu lecz nie wskazano, iż jest to niezgodne z „wytycznymi”. Autoklaw nie ma funkcji automatycznej rejestracji parametrów i dlatego każdy wsad powinien być poddany kontroli biologicznej. Pracownicy PSSE nie wnieśli zastrzeżeń do prowadzonej dokumentacji z zakresu sterylizacji oraz jej archiwizacji. Na podstawie dokumentacji możliwe jest odtworzenie historii użycia narzędzi wykorzystywanych do wykonania zabiegu u pacjenta.

Elementem kontroli było również sprawdzenie zestawu przeciwwstrząsowego. Zestaw przechowywany w odpowiednich warunkach, zachowane terminy ważności. Osoby kontrolujące nie zapytały o postępowanie z ambu po użyciu u pacjenta oraz jego mycie i dezynfekcję. Zaleca się szczegółową weryfikację w zakresie postępowania z ambu.

W protokole wskazano iż jedną z ocenianych procedur była „Procedura higienicznego mycia i pielęgnacji rąk”. Zawiera ona zapis, iż „Paznokcie powinny być czyste i dopuszcza się schludną, nie uszkodzoną gładką powłokę na paznokciach”. Kontrolujący nie zakwestionowali tego zapisu choć jest on niezgodny z wytycznymi WHO, które

jednoznacznie określają, iż paznokcie nie mogą być pomalowane. Zaleca się bardziej wnikliwe analizowanie ocenianych podczas kontroli procedur/instrukcji oraz weryfikowanie ich ze stanem faktycznym oraz względem obowiązujących przepisów/wytycznych.

Ustalono, że w obiekcie przestrzegane są zapisy ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. 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.

W punkcie III.3 dotyczącym nieprawidłowości wpisano – nie dotyczy.

W punkcie III.4 dotyczącym doraźnych zaleceń, uwag i wniosków wpisano tylko jedno zalecenie, aby zweryfikować obowiązujące w placówce zasady kontroli procesu sterylizacji narzędzi wielorazowego użycia zgodnie z „*Ogólnymi wytycznymi 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. Powyższe zalecenie dotyczy postępowania w procesach sterylizacji, jednakże przedsiębiorcy należałoby szczegółowo wskazać jakiego zakresu dotyczą zalecenia – pojemność jednostki wsadu, typ i ilość wskaźników chemicznych, biologicznych. Częstotliwość badań biologicznych (np. 1x w tygodniu lub do każdego wsadu).

Wyznaczono termin realizacji – bez zbędnej zwłoki

Protokół kontroli sanitarnej odebrany został przez właściciela gabinetu

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 Środzie Wielkopolskiej w kontrolowanym zakresie*:**

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

6.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

nie dotyczy

6.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

nie dotyczy

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

nie dotyczy

Paweł Gilewski
Wielkopolski Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny
/dokument podpisany elektronicznie/

* - niepotrzebne skreślić
** podać komórkę organizacyjną WSSE
*** właściwe podkreślić

Raport z weryfikacji podpisów (pieczęci):

Nazwa dokumentu	Wystąpienie pokontrolne z kontroli problemowej PSSE w Środzie Wielkopolskiej.pdf
Skrót dokumentu	D- D77CE9A9572432D5A568E690566FCF56F4B19A311B3B941D8836607366D47ADD7A59BD52348BE8240504EE38ED8846DF9986D5DA95E82961168D02D848C7089B
Data weryfikacji	2026-07-09T11:25:45+02:00
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	Paweł Gilewski; WPWIS
Zakres podpisu	Wystąpienie pokontrolne z kontroli problemowej PSSE w Środzie Wielkopolskiej.pdf
Posiadacz certyfikatu	Nazwa powszechna : Paweł Gilewski; WPWIS Identyfikator podmiotu : PNOPL; Nazwa organizacji : Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu Identyfikator organizacji : VATPL- Adres : Poznań Kraj : PL Numer seryjny : 116394122670151660630689677724483985937 Ważny od - do : 2024.06.11 11:08 - 2027.06.11 11:08
Wydawca certyfikatu	Nazwa powszechna : Certum QCA 2017 Nazwa organizacji : Asseco Data Systems S.A. Identyfikator organizacji : VATPL Kraj : PL Numer seryjny : 710871166242919768730898917567636976287103054975 Ważny od - do : 2017.03.15 11:17 - 2028.03.16 00:59
Status certyfikatu w dacie wykonania podpisu	Certyfikat ważny
Czas deklarowany złożenia podpisu	2026.07.09 11:25
Wiarygodny czas złożenia podpisu	2026.07.09 11:25