

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
W BYDGOSZCZY**
85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00, tel./fax 345-98-40

**WOJEWÓDZKA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY**
85-031 Bydgoszcz ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00 tel./fax 345-98-40

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NEP.30.2018

Bydgoszcz, dnia 10.07.2018 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Aleksandrę Brochocką - asystenta, Oddziału Nadzoru Przeciwepidemicznego Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Bydgoszczy, nr upoważnienia 2/K/2018
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 1261 z późn zm.) 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 2017 r., poz. 1257 z późn zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany: Dom Pomocy Społecznej w Bożenkowie, ul. Nadrzeczna 1, 86-031 Osielsko, tel./fax. (52) 381 87 16, e-mail: dpsbozenkowo@poczta.neostrada.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/ faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu: Dom Pomocy Społecznej w Bożenkowie, ul. Nadrzeczna 1, 86-031 Osielsko, tel./fax. (52) 381 87 16, e-mail: dpsbozenkowo@poczta.neostrada.pl
prowadzona działalność: pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Magdalena Prekop – Dyrektor Domu Pomocy Społecznej
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

Organ założycielski: Starostwo Powiatowe w Bydgoszczy
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))
4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: NIP: 554-11-03-205, REGON:001373170, PKD: 87,
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Magdalena Prekop – Dyrektor Domu Pomocy Społecznej
(imię i nazwisko/stanowisko)
6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*: nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)
7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Agnieszka Grzona – kierownik Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 09.07.2018 r., godz. 8.30
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 09.07.2018 r., godz. 10.15
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* : nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli: Ocena przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego w placówce oraz ocena przestrzegania zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*: nie dotyczy
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*: nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów: nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
 - procedury higieniczno-sanitarne,
 - ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych,
 - harmonogram kontroli wewnętrznej,
 - protokoły z kontroli wewnętrznej.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: Formularz „Ocena pomieszczeń” nr F/EP/11 (1) z treścią którego strona została zapoznana. Powyższy formularz jest do wglądu w siedzibie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Bydgoszczy, ul. Kujawska 4.

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli:
Aktualnie w placówce nie toczy się postępowanie administracyjne w obszarze nadzoru przeciwepidemicznego.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego:

Dom Pomocy Społecznej w Bożenkowie jest placówką stałego pobytu przeznaczoną dla mężczyzn z niepełnosprawnością intelektualną i towarzyszącymi jej dysfunkcjami narządów ruchu. Posiada 70 miejsc rzeczywistych i zapewnia całodobową opiekę, pielęgnację oraz rehabilitację. Do dyspozycji mieszkańców jest 26 pokoi 2, 3 i 4 osobowych z węzłem sanitarnym, zlokalizowanych na parterze i piętrze budynku. Dodatkowo na parterze mieści się jadalnia, pomieszczenia terapeutyczne oraz ogólnodostępne łazienki. Budynek wyposażony jest w windę oraz platformę dla osób niepełnosprawnych, co zapewnia swobodne przemieszczanie się mieszkańców.

W placówce prowadzono działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Opracowane były procedury higieniczno-sanitarne dotyczące mycia i dezynfekcji rąk, postępowania po ekspozycji, dezynfekcji narzędzi, postępowania z brudną bielizną i odpadami medycznymi, z którymi personel zapoznał się, co było potwierdzone podpisami. Wdrożono procedury sprzątanania w zakresie mycia i dezynfekcji powierzchni dotykowych i bezdotykowych oraz postępowania w przypadku skażenia powierzchni materiałem biologicznym. Wprowadzono również „Procedurę dotyczącą czynności zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w Domu Pomocy Społecznej w Bożenkowie”, „Procedurę postępowania w przypadku wystąpienia u mieszkańców choroby szczególnej” oraz „Procedurę postępowania w przypadku wystąpienia grypy sezonowej”. W placówce opracowana była również ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych w formie opisowej z uwzględnieniem prowadzonej działalności, wynikających z niej zagrożeń dla mieszkańców i personelu, oraz wprowadzonych środków zapobiegawczych. Stwierdzono, że przy przestrzeganiu obowiązujących procedur oraz stosowaniu środków ochrony indywidualnej ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych w domu pomocy jest niewielkie. Kontrole wewnętrzne oceniające poprawność i skuteczność działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, odbywały się zgodnie z przyjętym harmonogramem. Po każdej kontroli sporządzany był protokół. Ostatnia kontrola w zakresie przestrzegania procedur miała miejsce 18.03.2018 r. i dotyczyła sprawdzenia postępowania z odpadami medycznymi i procesu higienicznego mycia rąk przez personel medyczny - zgodnie z opracowanymi procedurami. W trakcie powyższej kontroli wewnętrznej nieprawidłowości nie stwierdzono. Dokumentacja z zakresu realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych przechowywana była prawidłowo i zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych.

W ramach bieżącego nadzoru nad placówką, kontroli poddano następujące pomieszczenia: gabinet

medycznej pomocy doraźnej, sale terapii zajęciowej, sale pobytu dziennego, pomieszczenia do rehabilitacji i fizjoterapii, wybrane pokoje mieszkańców wraz z sanitariatami, pomieszczenie do przechowywania odpadów i palarnię.

Świadczenia medyczne wykonywane w Domu Pomocy Społecznej polegają głównie na wykonywaniu drobnych zabiegów zleczanych przez lekarzy, czynnościach pielęgnacyjnych i profilaktycznych. W gabinecie medycznej pomocy doraźnej, wykonuje się pomiary ciśnienia, poziomu cukru we krwi, temperatury, zmiany opatrunków, iniekcje oraz przygotowuje i podaje się leki. W placówce zatrudnionych jest 5 pielęgniarek i 1 osoba na stanowisku specjalisty ds. medycznych, dodatkowo opieka medyczna sprawowana jest przez lekarzy z Gminnej Przychodni w Osielsku. Lekarz internista przyjeżdża na wizyty domowe raz w tygodniu lub częściej w razie potrzeby. Natomiast lekarz psychiatra odwiedza placówkę 2 razy w tygodniu. W przypadku stwierdzenia choroby zakaźnej, formularz zgłoszenia wypełnia lekarz z przychodni w Osielsku. W ostatnim czasie chorób zakaźnych nie odnotowano – z relacji kierownika Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego.

Powierzchnie mebli stanowiące wyposażenie gabinetu medycznej pomocy doraźnej były gładkie i łatwe do mycia i dezynfekcji. Czystość bieżąca w dniu kontroli była zachowana. Wydzielono stanowisko do higienicznego mycia rąk, które było prawidłowo wyposażone. Środki dezynfekcyjne przechowywane były w zamykanej szafce i stosowane zgodnie z przeznaczeniem. Sprzęt jednorazowego użycia był fabrycznie pakowany, na pakietach znajdowały się daty sterylizacji oraz zachowane były terminy ważności. Sprzęt wielorazowego użycia w postaci obcinaczy i nożyczek do paznokci, dezynfekowany był po każdym użyciu przez spryskanie odpowiednim środkiem, a po zakończonym dniu pracy dodatkowo dezynfekowany przez zanurzenie w przeznaczony do tego celu kuwecie. Leki przechowywane były w zamykanych szafkach oraz w lodówce. Temperaturę w urządzeniu chłodniczym sprawdzano 2 razy na dobę i zapisywano w rejestrze w formie papierowej. Leki wydawano w kubkach jednorazowych – okazano zapas. W gabinecie medycznej pomocy doraźnej przechowywane były również aparaty do podawania insuliny – przypisane do danego pacjenta. Odpady komunalne i o kodzie 18 01 03 gromadzone były w sposób prawidłowy i usuwane z miejsca ich wytwarzania po zakończonym dniu pracy lub częściej w razie potrzeby. W dniu kontroli kosze na odpady były opróżnione i wyłożone workami jednorazowymi w odpowiednich kolorach zgodnie z przeznaczeniem. Odpady komunalne odbierane są przez Gminny Zakład Komunalny w Żołędowie, natomiast utylizacją odpadów medycznych zajmuje się firma Remondis Medison Sp. z o.o. w Bydgoszczy. Do czasu odbioru odpady medyczne gromadzone są w wydzielonej lodówce znajdującej się w pomieszczeniu piwnicznym placówki.

Zgodnie z obowiązującą procedurą sprzątanie pokoi mieszkańców odbywa się 1 raz dziennie lub częściej, w razie potrzeby. W pomieszczeniach do rehabilitacji i fizjoterapii znajdowały się urządzenia do laseroterapii, elektrolecznictwa (interdyn, diadynamik), lampy do naświetlania Solux oraz przyrządy do ćwiczeń tj. rowery stacjonarne, ugiul, stepper, atlas, materace i drabinki. W placówce wykonywane są także zajęcia z zakresu arteterapii oraz egzoterapii. Powyższe pomieszczenia nie budziły zastrzeżeń pod względem stanu sanitarno-technicznego oraz czystości bieżącej.

W dniu kontroli na terenie placówki przestrzegany był zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych przez pacjentów i personel. Wydzielono palarnię, w pozostałych pomieszczeniach, w miejscach widocznych znajdowały się znaki słowne i graficzne zakazujące palenia – zgodnie z ustawą.

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. 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.....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 grzywnien w drodze mandatu karnego:
 Aleksandra Brochocka - nr upoważnienia 1/G/2018 z dnia 02.01.2018 r. wydane przez - Państwowego
 Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy
 (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu: nie dotyczy
 Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

.....
 (imię i nazwisko/adres)

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

✓ *Aphiesny Gromp*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli) - zgodnie z pkt. I.7.

Wojewódzka Stacja
 Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
 Oddział Nadzoru Przeciwepidemicznego
Brochocka
 asystent Aleksandra Brochocka

.....
 (czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....

17.07.2018

✓

Domu Pomocy Społecznej
 w Bożenkwie
 mgr *Magdalena Prekop*

✓ *Prekop*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
 W BOŻENKOWIE
 ul. Nadrzeczna 1, 86-031 Osielsko
 tel./fax 052 381-87-16
 NIP 554-11-03-205, REGON 001373170