

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

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

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 76/NHK/2018

NHK.9020.2.68.2018

Bydgoszcz, dnia 9 października 2018 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Elżbietę Budziak – Oddział Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi (nr upoważnienia 42/K/2018)

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Upoważnienie do kontroli zostało okazane przed jej rozpoczęciem.

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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 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: dpsbozenkovo@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: dpsbozenkovo@poczta.neostrada.pl / pomoc społeczna

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej
w Bożenkowie
ul. Nadrzeczna 1
86-031 Osielsko

Starostwo Powiatowe w Bydgoszczy – organ założycielski

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

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Magdalena Lewandowska – 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 5.10.2018 r. godz. 8.15
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli 5.10.2018 r. godz. 10.30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*
Nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
 - sprawdzenie utrzymania bieżącego stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego w obiekcie, postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi oraz bielizną,
 - sprawdzenie przestrzegania zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 9 listopada 1995 r.
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
 - deklaracja o wysokości opłaty za gospodarowanie odpadami komunalnymi,
 - umowa na wywóz nieczystości płynnych nr 3421/16/2017 z dnia 31.12.2017 r. z J.K.S. Usługi Justyna Smeja, ul. Poziomkowa 2, 86-021 Maksymilianowo – umowa obowiązuje do 31.12.2018 r.,
 - umowa na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych nr 119/12/PR/2017/MAG/K z dnia 31.12.2017 r. z firmą Remondis Medison Sp. z o.o. ul. Puszkina 41, 42-530 Dąbrowa Górnicza – umowa obowiązuje do 31.12.2018 r.,
 - karty przekazania odpadów medycznych o kodzie 18 01 03 z dnia: 4.07.2018 r., 1.08.2018 r., 5.09.2018 r.
 - umowa na wykonanie dezynsekcji i deratyzacji nr 1/2015 z dnia 9.01.2015 r. z Zakładem Dezynsekcji, Dezynfekcji i Deratyzacji „DERTOX”, ul. Mińska 8, 85-428 Bydgoszcz – umowa obowiązuje do 31.12.2018 r.
 - sprawozdanie z badania wody w kierunku Legionella Sp. nr S1800329 z dnia 3.04.2018 r. Miejskich Wodociągów i Kanalizacji w Bydgoszczy Sp. z o.o.
 - Procedura dot. postępowania z odpadami medycznymi w Domu Pomocy Społecznej w Bożenkowie.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Obecnie nie toczy się wobec kontrolowanego obiektu postępowanie administracyjno-egzekucyjne przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze higieny komunalnej.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Dom działa na podstawie zezwolenia Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z dnia 24.06.2009 r. (Nr WPS.III.SSz.90130/19/2009), jest przeznaczony dla dorosłych mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie i posiada 70 miejsc rzeczywistych (70 mieszkańców w dniu kontroli). Obiekt zlokalizowany jest w budynku wolnostojącym, 1 piętrowym, wyposażonym w windę. Zaopatrywany jest w wodę z ujęcia własnego opartego na studni głębinowej, natomiast nieczystości płynne odprowadzane są do zbiornika

bezodpływowego. Nieczystości te są odbierane przez firmę J.K.S. Usługi Justyna Smeja z częstotliwością min. 2 razy w tygodniu.

Skontrolowano: pokoje mieszkańców, łazienki ogólnodostępne, jadalnię, salę dziennego pobytu (tzw. główną), salę dziennego pobytu (z biblioteką), kuchenkę terapeutyczną, pracownię terapeutyczną (plastyczną), gabinet medycznej pomocy doraźnej, pomieszczenie do fizjoterapii (solux, laser, interdynamik), pomieszczenie do hydroterapii, gabinet psychologa, salę gimnastyczną, kaplicę, pokój gościnny, palarnię, pralnię, pomieszczenie porządkowe, magazyn bielizny czystej, miejsce gromadzenia odpadów komunalnych.

W dniu kontroli w obiekcie stan sanitarno-porządkowy nie budził zastrzeżeń. W łazienkach przy pokojach nr 9 i 10 (na parterze) sufity przygotowane do malowania po zalaniu spowodowanym awarią brodzika na I piętrze.

Wszystkie pokoje mieszkańców posiadają własne węzły sanitarne, są prawidłowo umeblowane, utrzymane czysto, sprzątane 1 raz dziennie oraz w miarę potrzeb. Do mycia i dezynfekcji powierzchni używane są środki myjące i dezynfekcyjne (m.in. Cler - mleczko, Domestos, Sidelux, Agent WC i in.). Sprzęt do utrzymania czystości oraz preparaty przechowywane są w pomieszczeniu porządkowym w piwnicy.

W gabinecie medycznej pomocy doraźnej powstają odpady medyczne o kodzie 18 01 03, które są prawidłowo gromadzone, odpowiednio opisane, a następnie magazynowane w specjalnie do tego przeznaczonej lodówce (w wydzielonej części pomieszczenia porządkowego). W pomieszczeniu znajduje się dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, podajnik na rękawiczki jednorazowe oraz pojemnik na zużyte rękawiczki jednorazowe. Odpady odbierane są przez firmę zewnętrzną Remondis Medison Sp. z o.o. – 1 raz w miesiącu.

Odpady komunalne zmieszane, zgodnie ze złożoną deklaracją, gromadzone są w 2 pojemnikach o pojemności 1100 l, usytuowanych na utwardzonej powierzchni, odbieranych – 2 razy w miesiącu. Dodatkowo znajdują się również pojemniki na odpady segregowane (plastik, papier, metal, szkło).

Pranie bielizny odbywa się w pralni własnej, składającej się z: pomieszczenia głównego (wyposażonego w 1 pralnicę, 3 pralki automatyczne, suszarkę automatyczną), pomieszczenia do suszenia, pomieszczenia do prasowania, naprawy i oznakowywania bielizny, pomieszczenia suszarni i magazynu bielizny czystej.

W domu brak jest wydzielonego pomieszczenia pomocniczego do prania i suszenia, jednakże w łazience ogólnodostępnej na parterze znajduje się pralka oraz suszarka do dyspozycji mieszkańców. Według oświadczenia dyrektora domu, do tej pory mieszkańcy nie korzystali z takiej możliwości prania, bowiem funkcjonująca w domu pralnia zaspokaja wszystkie potrzeby mieszkańców związane z praniem bielizny i odzieży.

W obiekcie prowadzony jest monitoring bytowania gryzoni i insektów oraz wykonywane są w miarę zaistniałych potrzeb zabiegi deratyzacji i dezynsekcji przez firmę zewnętrzną.

Teren wokół obiektu utrzymany był czysto.

W dniu kontroli w obiekcie, poza miejscem do tego wyznaczonym, przestrzegany był zakaz palenia. Zarządzający obiektem umieścił w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych na danym terenie.

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. ~~Wnieiono~~/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 nr 15/G/2018 z dnia 2.01.2018 r. wydane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy.

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała** nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu nie dotyczy

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ **

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

Kierownik Oddziału
Lecukczo-Terapeutycznego

Apnicsny Grone

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Asystent Oddziału
Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi
WSSE w Bydgoszczy

Budziak
Elżbieta Budziak

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 16.10.2018

Dyrektor

Magdalena Lewandowska

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

(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