

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NEP.30.2016

Bydgoszcz, 07.09.2016r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Annę Szaulewicz, asystenta Oddziału Nadzoru Przewodniczącego, numer
upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych 36/K/2016

(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. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej
Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 1412 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 2016 poz. 23 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej w Browinie, 87-140 Chełmża, tel. (56) 675 71 11, fax. (56) 6194660,
browina@home.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej w Browinie, 87-140 Chełmża (tel. (56) 675 71 11, fax. (56) 6194660,
browina@home.pl)

Prowadzona działalność: świadczenie stałej opieki i pielęgnacji, bezpiecznego i godnego życia, rozwoju
osobowego i samodzielności oraz podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do
samodzielnego życia, z uwzględnieniem stopnia ich psychicznej i fizycznej sprawności.

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej w Browinie, 87-140 Chełmża

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

Organ założycielski- Starostwo Powiatowe w Toruniu

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 879-17-66-730 REGON 000294102

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Anna Woźniak-Margol - dyrektor

(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*

Katarzyna Wieczorek- auditor wewnętrzny Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej- Epidemiologicznej w Bydgoszczy
Grażyna Podlewska – obserwator auditu wewnętrznego Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej- Epidemiologicznej w
Bydgoszczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli- 06.09.2016r. godz. 8³⁰

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* - nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli- 06.09.2016r. godz. 10¹⁵

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- nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
- dokumentacja realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularz kontroli – nr F/EP/11(1 egz.)

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli- KRS 1370919
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Placówka mieści się w samodzielnym, dwupiętrowym budynku i zamieszkuje w niej 125 osób somatycznie chorych, tworząc 2 zespoły opiekuńczo - terapeutyczne nr 1 i nr 2. Kontrolę przeprowadzono w następujących pomieszczeniach obiektu: w wybranych pokojach mieszkańców, w 2 gabinetach medycznej pomocy doraźnej, w sali fizykoterapii, w palarni, w łazienkach, pomieszczeniach gospodarczych, magazynach czystej bielizny.

Udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie opieki i pielęgnacji osób somatycznie chorych. Wykonuje się następujące zabiegi medyczne: iniekcje, kroplówki, pobieranie krwi (system zamknięty), badania poziomu cukru we krwi, zmiany opatrunków, podawanie leków doustnych, pomiary ciśnienia tętniczego, usprawnianie mieszkańców za pomocą ćwiczeń fizycznych (dla osób chodzących w sali ćwiczeń, dla leżących -przy łóżku chorego) i zabiegów leczniczych (elektrolecznictwo, galwanoterapia, jonoforeza, prądy diadynamiczne, fototerapia, światłoterapia, hydroterapia, parafinoterapia).

Opracowane były i stosowane procedury higieniczno – sanitarne, które były zatwierdzone i aktualizowane. Pracownicy zostali zapoznani z procedurami, co zostało udokumentowane. Opracowany był dokument (procedura) dotycząca kontroli wewnętrznej w zakresie, realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Częstotliwość kontroli wewnętrznej była zgodna z obowiązującymi przepisami prawa. Ostatni protokół z czerwca 2016 r. z kontroli, która obejmowała ocenę znajomości i prawidłowości stosowania procedury postępowania z odpadami medycznymi. Okresowo dokonywany był przegląd wszystkich procedur. Opracowana była ocena ryzyka wystąpienia zakażeń w związku z wykonywaniem świadczeń medycznych.

Stosowane były następujące środki dezynfekcyjne: Bioseptol AMF, Surfianos do powierzchni dotykowych; Jazol Solid, Domestos - do powierzchni bezdotykowych, Domestos - do powierzchni zanieczyszczonej materiałem biologicznym, Bioseptol 80 – do rąk, Cutasept F – do skóry.

Zabezpieczenie w środki ochrony osobistej takie, jak: fartuchy, rękawice, maseczki było wystarczające (z relacji personelu).

W gabinetach medycznej pomocy doraźnej znajdowały się stanowiska do higienicznego mycia rąk prawidłowo wyposażone. Stosowane były tylko narzędzia jednorazowego użytku. Sterylny sprzęt jednorazowego użytku przechowywany był w prawidłowych warunkach, z zachowanym terminem ważności.

Odpady o kodzie 180103 usuwane były z miejsca ich wytwarzania raz dziennie i w razie potrzeby.

Opieka pielęgniarska sprawowana jest całodobowo.

Opieka medyczna nad mieszkańcami sprawowana jest przez lekarzy z Przychodni Lekarskiej Pro Familia w Chełmży, ul. Sienkiewicza 1B. Lekarz odwiedza pacjentów w DPS na zasadzie wizyt domowych, 1 x w tygodniu. W przypadku stwierdzenia choroby zakaźnej, formularze zgłoszeń lekarz wypełnia w przychodni i przekazuje właściwemu Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu.

W placówce wydzielona była palarnia. W pozostałych pomieszczeniach placówki był przestrzegany zakaz palenia tytoniu. W miejscach widocznych zawieszono były odpowiednie oznaczenia zgodnie z ustawą.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*- nie dotyczy

a).....

b).....

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*- zalecono uwzględnienie w procedurze dot. postępowania w przypadku wystąpienia chorób zakaźnych zasad postępowania w przypadku chorób zakaźnych najczęściej występujących w placówce (np. wszawica, świerzb).

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 grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

(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

(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

Wieczorek Podkiewska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
Oddział Nadzoru Przewodniczącego

asystent Anna Szauiewicz

Anna Szauiewicz

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

DYREKTOR
Dom Pomocy Społecznej w Browsinie

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

19.08.2016

mgr Anna Woźniak-Durgoł

DYREKTOR
Dom Pomocy Społecznej w Browinie

Anna Woźniak-Durgoł

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
BROWINA
87-140 Chelmża
tel. (58) 675 71 11, fax (58) 619 05 00
NIP 675-17-66-750; REGON 0400254102
e-mail: browina@dnema.pl

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularz kontroli** - nr F/EP/11 (1) „Ocena pomieszczeń”, z treścią którego strona została zapoznana. Formularz jest do wglądu w siedzibie WSSE w Bydgoszczy.
(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