

**Powiatowa Stacja
Sanitarno- Epidemiologiczna
w Starogardzie Gdańskim
ul. Kanałowa 5, 83-200 Starogard Gdański**

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 72/MO/HP/2022

Starogard Gdański, 26.10.2022 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Młodszego Asystenta i upoważnienie nr 32/2021 z dnia 02.11.2021 r. pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Starogardzie Gdańskim. Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021 r., poz. 195) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.

INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie
ul. Parkowa 4, Rokocin
83-200 Starogard Gdański
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie- oddział Niezapominajka
ul. Jagodowa 19
83-200 Starogard Gdański
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiat Starogardzki
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
Starostwo Powiatowe w Starogardzie Gdańskim
ul. Kościuszki 17
83-200 Starogard Gdański
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – NIP: 5921556077, REGON: 000297856 PKD: 86 Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Berenika Gliniecka - 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*

Nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 26.10.2022 r. godz. 09-00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Jednostka publiczna nie podlegająca pod Ustawę z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r., poz. 162 ze.zm.)
4. Data i godzina zakończenia kontroli 26.10.2022 r. godz. 10-00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* Nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
 - Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy,
 - Nadzór nad czynnikami szkodliwymi w zakresie warunków zdrowotnych środowiska pracy
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: sprawdzono
 - Orzeczenia lekarskie pracowników,
 - Umowa z lekarzem medycyny pracy,
 - Rejestr wypadków przy pracy,
 - Rejestr chorób zawodowych,
 - Ocena ryzyka zawodowego na każdym stanowisku pracy
 - Sposób informowania pracowników o zapoznaniu się z oceną ryzyka zawodowego,
 - Rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych 3 i 4 grupy zagrożenia
 - Rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych
 - Ocena ryzyka zawodowego opracowana na każdym stanowisku pracy,
 - Karty charakterystyki środków chemicznych,
 - Tabela przydziału odzieży ochronnej
 - Instrukcje magazynowania preparatów chemicznych i sposób zapoznania z nią pracowników
 - Spis substancji i mieszanin chemicznych niebezpiecznych stosowanych w działalności zawodowej
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* nie załączono
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01/, F/HP/02/, F/HP/03, F/HP/09

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

III. WYNIKI KONTROLI

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

Aktualnie nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne wobec kontrolowanego zakładu.

Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie jest placówką prowadzoną przez Zarząd Powiatu Starogardzkiego. Zlokalizowany jest w miejscowości Rokocin koło Starogardu Gdańskiego. Przeznaczony jest dla dorosłych mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie. Jednostka macierzysta znajduje się w miejscowości Rokocin. Placówka posiada dwie filie zlokalizowane na terenie Starogardu Gdańskiego.

W oddziale "Niezapominajka" przebywa aktualnie 15 mieszkańców (wyłącznie mężczyźni). Zakwaterowanie: pokoje od jedno - do trzyosobowych.

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

Dom składa się z 7 pokoi mieszkalnych, stołówki, pokoju dziennego, sali do ćwiczeń i terapii oraz pomieszczeń sanitarnych.

Zatrudnienie: Zakład zatrudnia w filii 8 pracowników, w tym 3 mężczyzn. Praca w formie dyżurów z regulaminową przerwą.

Świadczenie usług z zakresu BHP: Usługi w zakresie wymogów BHP świadczy p

Medycyna pracy: Pracownicy posiadają aktualne orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu. Umowa z zakresu med. Pracy zawarta z lek.med. zawarta w
dniu 01.04.2019 r. ul. Norwida 2, 83-200 Starogard Gdański.

Ocena ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy:

Pracodawca ocenia i dokumentuje ryzyko zawodowe, z którym zapoznani są pracownicy. Ocena ryzyka zawodowego na każdym stanowisku pracy (z 2021 r.): *opiekun kwalifikowany, pielęgniarz, starszy opiekun, opiekun, instruktor terapii zajęciowej, starszy opiekun*. Oceny te uwzględniają narażenia na danych stanowiskach pracy, opis stanowiska pracy, zakres obowiązków pracownika, organizację pracy, wymagane kwalifikacje, identyfikacje zagrożeń, skutki zagrożeń, podpis pracownika pod każdą oceną.

Czynniki biologiczne: W ocenie ryzyka ujęto narażenie na czynniki biologiczne. Opracowano rejestry prac i pracowników narażonych na działanie czynnika biologicznego gr. 3. W ocenie ryzyka szczegółowo ujęto wytypowane szkodliwe czynniki biologiczne. Pracownicy zapoznani z ryzykiem zawodowym- 8 osób narażonych na działanie czynnika biologicznego gr. 2 i gr. 3 (5 kobiet, 3 mężczyzn).

Środki ochrony indywidualnej: Pracodawca zabezpiecza nieodpłatnie pełne wyposażenie w odzież oraz środki ochrony indywidualnej. Ustalona tabela norm przydziału odzieży roboczej. Stanowisko pielęgniarza/opiekun młodszy starszy kwalifikowany/asystent osoby niepełnosprawnej/opiekun medyczny/pokojowa: komplet zimowy, komplet letni, obuwie profilaktyczne, rękawiczki jednorazowe gumowe; instruktor terapii zajęciowej: komplet zimowy, komplet letni, obuwie profilaktyczne, okulary

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

ochronne, rękawice ochronne, fartuch ochronny. Środki ochrony osobistej w postaci mydła w płynie, pasty oczyszczającej oraz ręczników jednorazowych są dostępne w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych DPS i jego oddziałów. Pracodawca zapewnia pranie odzieży roboczej w pralni chemicznej oraz w pralkach automatycznych dostępnych na terenie DPS.

System pierwszej pomocy medycznej:

W obiekcie znajdują się materiały do udzielania pierwszej pomocy oraz podstawowe atykiły medyczne. Środki przechowywane są w szafie zabezpieczonej przed dostępem osób niepowołanych z oznakowaniem apteczki.. Pracodawca zapewnił organizację systemu udzielania pierwszej pomocy w postaci odpowiednio wyposażonych i oznakowanych apteczek. Wszyscy pracownicy odbyli kurs w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

Pomieszczenia socjalne: pomieszczenie socjalne z możliwością spożywania posiłków, WC personelu. W dniu kontroli stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń pracy i pomieszczeń socjalnych zachowany. Dostępne środki czystości.

Stosowane substancje chemiczne:

Pracodawca posiada aktualny spis stosowanych środków chemicznych oraz karty charakterystyki dla tych mieszanin. Karty charakterystyk substancji znajdują się na poszczególnych oddziałach. Dla każdej substancji dostępne są dla pracowników karty charakterystyk. Używana jest chemia gospodarcza do sprzątania pomieszczeń socjalnych oraz środki do dezynfekcji rąk- Medisept Velodes Silk oraz do dezynfekcji powierzchni- Alpinuseptol.

Środki przechowywane są w pomieszczeniu gospodarczym bez dostępu osób niepowołanych.

Palenie tytoniu: W kontrolowanym zakładzie jest przestrzegana Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W widocznym miejscu są wywieszone znaki zakazujące palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych.

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
Nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości **nie dotyczy** Słownie **nie dotyczy**

(nr mandatu karnego) **nie dotyczy** (podstawa prawna) **nie dotyczy**

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr **nie dotyczy** z dnia **nie dotyczy** wydane przez **Nie dotyczy**
(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

Nie dotyczy Młodszy Asystent
POSE w Starogardzie Gdańskim

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

DYREKTOR

Dom Pomocy Społecznej w Kokocinie

.....
Berenika Głuchwa

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 26.10.2022 r.

DYREKTOR

Dom Pomocy Społecznej w Kokocinie

.....
Berenika Głuchwa

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie-wykorzystano~~ formularze kontroli* :

1. Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu/obiektu F/HP/01
2. Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy F/HP/02,
3. Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki F/HP/03
4. Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin F/HP/09

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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

F1/PK/01 Wydanie 3 z dnia 2016-03-14