

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
Oddział Higieny Pracy
ul. Dębinki 4, 80-2112 Gdańsk

DPS.30.0801-08/16

Pieczczę stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHP.9022.1.65.2016.KW

Gdańsk, dnia 2 września 2016 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Katarzynę Węglowską, Oddział Higieny Pracy, upoważnienie do czynności kontrolnych nr 42/2016
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika upoważnionego przez

Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego
(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 (Dz. U. 2015 r., poz. 1412) w związku z art. 67 § 1 i 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2016 r., poz. 23) oraz .

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie
Machowino 53, 76-270 Ustka
e-mail: sekretariat@dpsmachowino.pl, tel./fax. 59-846-12-92
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie
Machowino 53, 76-270 Ustka
e-mail: sekretariat@dpsmachowino.pl, tel./fax. 59-846-12-92
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

- Ewa Młynarczyk – dyrektor
- Starostwo Powiatowe w Słupsku
(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 839-18-92-224 REGON 000293901 PKD 87.20Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Ewa Młynarczyk – 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*

Dorota Lachowicz – starszy referent
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 2 września 2016 r., godzina 10:00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: *Nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *Nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 2 września 2016 r., godzina 13:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *Nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące 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 korzystano*
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
 - *Orzeczenia lekarskie pracowników*
 - *Umowa z lekarzem profilaktykiem*
 - *Ocena ryzyka zawodowego i oświadczenia pracowników o zapoznaniu z ryzykiem*
 - *Karta charakterystyki mieszaniny chemicznej*
 - *Wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych i instrukcje I pomocy, instrukcje bhp*
 - *Tabela przydziału odzieży i obuwia roboczego oraz środków ochrony indywidualnej*
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Nie załączono
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – *F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/07, F/HP/09*

III. WYNIKI KONTROLI

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

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie jest jednostką budżetową, dla której organem prowadzącym jest Starostwo Powiatowe w Słupsku. W stosunku do podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne.

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

W Domu Pomocy Społecznej w Machowinie zatrudnionych jest ogółem 80 pracowników w tym 9 pracowników administracji, 9 pokojowych, 6 pracowników kuchni, 5 palaczy, 6 pielęgniarzek, 8 pracowników obsługi, 5 pracowników rehabilitacji, 32 opiekunów.

Wszyscy pracownicy posiadają aktualne orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy. Pracodawca zawarł umowę w przedmiocie świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy nad pracownikami DPS w Machowinie, umowa nr 326/1/MP/2014 z dnia 1 lipca 2014 r., z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. Janusza Korczaka w Słupsku do dnia 31 grudnia 2016 r. Na bieżąco prowadzony jest rejestr chorób zawodowych. Do chwili obecnej nie zanotowano przypadków wystąpienia choroby zawodowej ani podejrzenia o taką chorobę.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

Pracodawca ocenia i dokumentuje ryzyko zawodowe. Ocena ryzyka zawodowego została sporządzona w 2012 i 2015 roku dla wszystkich stanowisk pracy: pracownik administracyjno-biurowy (9 stanowisk pracy, praca jednozmianowa, zagrożenia: praca przy monitorze ekranowy, czynniki biologiczne), pielęgniarka (6 stanowisk pracy, praca dwuzmianowa, zagrożenia: czynniki biologiczne), pracownik rehabilitacji (3 stanowiska pracy, praca jednozmianowa, zagrożenia: czynniki biologiczne), opiekun (32 stanowiska pracy, praca dwuzmianowa, zagrożenia: czynniki biologiczne), pokojowa (10 stanowisk pracy, praca dwuzmianowa, zagrożenia: czynniki chemiczne, czynniki biologiczne), kucharz (7 stanowisk pracy, praca jednozmianowa, zagrożenia: czynniki biologiczne), pracznia (2 stanowiska pracy, praca dwuzmianowa, zagrożenia: czynniki chemiczne, czynniki biologiczne), krawcowa (1 stanowisko pracy, praca jednozmianowa, zagrożenia: czynniki chemiczne, czynniki biologiczne), kierowca (1 stanowisko pracy, praca jednozmianowa, zagrożenia: czynniki biologiczne), palacz (5 stanowisk pracy, praca dwuzmianowa, zagrożenia: czynniki biologiczne), pracownik fizyczny (1 stanowisko pracy, praca jednozmianowa, zagrożenia: czynniki chemiczne, czynniki biologiczne). Pracownicy zapoznają się z wynikami oceny ryzyka zawodowego w trakcie szkoleń wstępnych i okresowych z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.

DPS w Machowinie posiada kotłownię na ekogroszek. Kotłownia obsługiwana jest przez 5 pracowników zatrudnionych na stanowisku palacza, w równoważnym systemie czasu pracy. Pracodawca wykonuje pomiary czynników pyłowych i chemicznych na ww. stanowiskach pracy. Ostatnie badanie z 2014 r. przeprowadzone przez Ekoperfex S.C., Laboratorium Badań Środowiskowych w Słupsku- sprawozdanie z badań nr 11/12/LBŚ/2014 z dnia 28 listopada 2014 r. – czynniki pyłowe (frakcja wdychalna 0,23 mg/m³-0,06 krot. NDS, frakcja respirabilny 0,15 mg/m³-0,11 krot. NDS) i chemiczne (tlenek węgla poniżej oznaczalności metody badawczej). Następne badania zaplanowano na listopad 2016 r.

Dodatkowo pracodawca przeprowadza badania hałasu na stanowiskach pomocy kuchennej i kucharza oraz pracznia. Ostatnie badania przeprowadzone przez firmę Ekoperfex S.C., Laboratorium Badań Środowiskowych w Słupsku- sprawozdanie z badań nr 7/32/LBŚ/2015 z dnia 4 września 2015 r. wykazały dla stanowisk: kucharza/pomocy kuchennej 68,8 dB – 0,02 krot. NDN, pracznia 71,1 dB – 0,04 krot. NDN).

Na bieżąco prowadzone są rejestry czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy oraz karty badań i pomiarów.

Dla stosowanych mieszanin chemicznych pracodawca posiada karty charakterystyki. Pracownicy mają zapewniony dostęp do kart charakterystyki oraz informacji w nich zawartych.

Pracodawca zapewnia właściwe do rodzaju wykonywanej pracy środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze. W sanitariatach dostępne są odpowiednie środki higieny osobistej dla pracowników.

Stan skontrolowanych pomieszczeń pracy i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych nie budzi zastrzeżeń i spełnia wymogi bezpieczeństwa i higieny pracy.

W Domu Pomocy Społecznej w Machowinie zorganizowany jest system udzielania pomocy w formie apteczki i pomocy znajdującej się w sekretariacie. W czasie kontroli nie stwierdzono łamania przepisów dotyczących zakazu używania tytoniu (palenia papierosów) w kontrolowanym obiekcie. Przekazano materiały dotyczące kampanii „Bezpieczni na starcie, zdrowi na mecie”.

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

Nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Nie wydano

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**

2. ~~Wniesione~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesione~~/nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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/a 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

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

STARSZY REFERENT

mgr Dorota Lachowicz

Starszy asystent

K. Węglowska
Katarzyna Węglowska

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałam w dniu 2 września 2016 r.

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie

mgr Ewa Młynarczyk

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
w MACHOWINIE

76-270 USTKA, tel./fax 59 846 12 92
woj. pomorskie

NIP 839-189-22-24, Reg. 000293901

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

1. F/HP/01 „Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu pracy”
2. F/HP/02 „Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy”
3. F/HP/03 „Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki
4. F/HP/07 „Ocena realizacji wymogów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy związanej z występowaniem w miejscu pracy czynników chemicznych
5. F/HP/09 „Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin”
(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.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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*