

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.30.2023. ACuSłupsk, 21.09.2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Amelię Cudzik – Hk nr up. 15/23 Monikę Nowocień – HK Nr up 14/23
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupsku
(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 (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 338 ze zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. k.p.a.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**1. Podmiot kontrolowany**Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, Machowino nr 53, 76-270 Ustka
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)**2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, Machowino nr 53, 76-270 Ustka
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)**3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań**

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, Machowino nr 53, 76-270 Ustka

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

Machowino nr 53, 76-270 Ustka

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 8391892224/ 000293901**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

Dyrektor – Krzysztof Surowiec

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

-

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*Elżbieta Jopek – pielęgniarka, Małgorzata Spryszak – kierownik Działu Opiekuńczo – Terapeutycznego
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI****1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 20.09.2023 r. godz. 9.35 (kontrola w obiekcie), 21.09.2023 r. godz. 9.00 (sporządzenie protokołu w PSSE w Słupsku), 22.09.2023 r. godz. 8.30 (dokończenie protokołu, zapoznanie z protokołem, nałożenie mandatu karnego w PSSE w Słupsk)****2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli***

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie podlega ustawie Prawo Przedsiębiorców

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

4. Data i godzina zakończenia kontroli 20.09.2023 r. godz. 13.00, 21.09.2023 r. godz. 12.00, 22.09.2023 r. godz. 09.05
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 1 h
6. Zakres przedmiotowy kontroli

Utrzymanie czystości i porządku w obiekcie, kontrola stanu sanitarno – higienicznego, postępowanie z odpadami medycznymi, spełnienie wymagań § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. 2017 r. poz. 2294) dot. minimalnej częstotliwości pobierania próbek ciepłej wody oraz procedury postępowania w zależności od wyników badania bakteriologicznego

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

- Umowa o świadczenie usług nr K/03/01//2023 zawarta dnia 02.01.2023 r. pomiędzy Joanna Staniuk SOMMER prowadzącej działalność gospodarczą pod firmą KING JOANNA STANIUK SOMMER ul. Grottgera 16G a Powiat Słupski ul. Szarych Szeregów 14, 76-200 Słupsk nabywca DOM POMOCY SPOŁECZNEJ W MACHOWINIE – dot. wywozu odpadów komunalnych umowa na czas określony do 31.12.2023 r.

- procedury zapobiegające zakażeniom i chorobom zakaźnym związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi dot. czynności w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich; postępowanie z odpadami medycznymi;

- Umowa nr 24/2022 zawarta w dniu 14 grudnia 2022 r. pomiędzy Powiatem Słupskim ul. Szarych Szeregów 14, 76-200 Słupsk będącym nabywcą DOMEM POMOCY SPOŁECZNEJ W MACHOWINIE, Machowino 53, 76-270 Ustka a Medicus Clinic Ewa Abramowicz ul. Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk dot. odbioru i transportu odpadów medycznych – umowa obowiązuje do dnia 31.12.2023 r.

- rejestr zdawania odpadów medycznych

- rejestr dezynfekcji narzędzi i sterylizacji

- umowa 17/22 zawarta w dniu 15.11.2022 r. pomiędzy Powiatem Słupskim ul. Szarych Szeregów 14, 76-200 Słupsk będącym nabywcą DOMEM POMOCY SPOŁECZNEJ W MACHOWINIE, Machowino 53, 76-270 Ustka a N ZOZ Medicus ul. Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk dot. wykonywania usługi w zakresie sterylizacji narzędzi przy wykorzystaniu autoklawu – umowa obowiązuje do dnia 31.12.2023 r.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* wykaz liczby pokoi w DPS, oświadczenie P. Krzysztofa Surowiec

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

Decyzja nr 32/2006 z dnia 28.12.2006 r. Wojewody Pomorskiego zezwalająca Powiatowi Słupskiemu na prowadzenie Domu Pomocy Społecznej pod nazwą Dom Pomocy Społecznej w Machowinie z siedzibą w Machowinie nr 53, 76-270 Ustka

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

1. Skontrolowano: budynek administracyjny (w budynku mieszczą się 2 prysznice, ciepła woda w całym budynku z jednego bojlera, budynek ma 2 piętra) z salą terapeutyczną, toaletą, pomieszczenie gospodarcze, budynek mieszkalny z węzłami sanitarnymi z prysznicami, (oddział Arka i Oaza),

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

budynek mieszkalny z węzłami sanitarnymi z prysznicami (oddział Eden), pomieszczenie z przenośnym urządzeniem chłodniczym do gromadzenia odpadów medycznych, budynek mieszkalny z węzłem sanitarnym z prysznicami (oddział Biały Domek), budynek mieszkalny z węzłami sanitarnymi z prysznicami oraz wanną - oddział Pałac, Oddział Nasza Rodzina, pralnia, sala rehabilitacyjna (np. rowery, ćwiczenia gimnastyczne, zabiegi kinezyterapii), magazyn bielizny czystej, miejsce gromadzenia bielizny brudnej, gabinet pomocy doraźnej, teren wokół obiektu, chatę tworzącą (zajęcia twórcze)

2. Liczba mieszkańców w dniu kontroli: 118, limit miejsc w obiekcie 120, zakwaterowanie dla dorosłych kobiet i mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie
 3. Ciepła woda pozyskiwana z pieców węglowych - każdy budynek mieszkalny wg oświadczenia p. Krzysztofa Surowiec posiada piec węglowy - łącznie 4 piece). Obiekt posiada wyniki badań Legionella Sp. z dnia 16.12.2022 r. – wyniki niekwestionowane
 4. Środki dezynfekcyjne dostępne w obiekcie Alpinuseptol, Mediseptol – do powierzchni, Actichlor Disinfectant Granules – granulki do dezynfekcji powierzchni, Sterillhand do skóry, Quatrodes Unti NF, Aniosyme x 3 – do narzędzi, domestos – do toalet. Ponadto dostępne środki: Tytan – kamień i rdza, mydło w płynie, Cif – do czyszczenia, Kubuś – do szyb, Ajax – środek czyszczący, szampony do włosów, żele pod prysznic, Vanish – płyn do prania, ACE – płyn wybielający, puxox – proszek do prania, pronto do mebli. Ponadto dostępny środek Trisept Max opisany w pkt. III.3.a protokołu.
 5. Bielizna czysta przechowywana w wydzielonych zamykanych szafach i regałach w osobnym pomieszczeniu.
 6. Bielizna brudna gromadzona w wydzielonych pojemnikach w osobnym pomieszczeniu, prana w pralni własnej.
 7. W gabinecie pomocy doraźnej odpady medyczne o nieostrych końcach gromadzone w pojemniku wyłożonym workiem koloru czerwonego prawidłowo opisanym. Na odpady medyczne o ostrych końcach przygotowane pojemniki o sztywnych ścianach odpornych na przekłucie koloru czerwonego.
 8. W obiekcie dostępne przenośne urządzenie chłodnicze w wydzielonym pomieszczeniu, pomieszczenie wyposażone w umywalkę do mycia rąk z bieżącą ciepłą i zimną wodą, ciepła woda z podgrzewacza, dostępny płyn do dezynfekcji rąk, mydło w dozowniku, ręczniki jednorazowego użytku, rękawiczki jednorazowe, urządzenie do pomiaru temperatury w urządzeniu chłodniczym, pojemnik na odpady medyczne wyłożony czerwonym workiem foliowym opisany w pkt. III.3.b protokołu
 9. Teren wokół obiektu uporządkowany
 10. Podczas kontroli nie stwierdzono złamania zakazu palenia wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych, w widocznych miejscach umieszczone oznakowania słowne i graficzne zakazu palenia wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych
 11. Odpady komunalne gromadzone w pojemnikach wyłożonych workami foliowymi, następnie usuwane do pojemników zbiorczych.
3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*
- a) niewdrożone i niestosowane procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi:
 - w gabinecie pomocy doraźnej przeterminowane pakiety foliowo – papierowe (przechowywane w szufladach i szafach wraz z innymi pakietami będącymi w terminie ważności) tj.
 - * 2 pakiety z zatyczką (termin ważności: 08.06.2023 r.)
 - * 3 pakiety z pojemnikiem na płyny ustrojowe (termin ważności: 11.2022 r.)
 - * 3 pakiety z cewnikiem do odsysania (termin ważności: 24.08.2023 r.)
 - * 4 pakiety z zestawem do aerozoloterapii dla dorosłych (data ważności: 07.2023 r.)
 - * 5 pakietów z rękawiczkami lateksowymi pudrowymi mikrochropowatymi w pełni anatomicznymi (termin ważności: 07.2023 r.)
 - * 1 pakiet z zestawem do podawania żywienia dojelitowego za pomocą zgłębnika (termin ważności: 01.2022 r.)
 - * 4 pakiety z zestawem grawitacyjnym do worków (data ważności: 27.07.2023 r.)
 - * 3 pakiety ze strzykawką 60 ml (termin ważności: 07.2023 r.)
 - około 40 sztuk przeterminowanych szpatulek drewnianych laryngologicznych z drewna brzoźowego w pudełku w gabinecie pomocy doraźnej (data ważności: 06.2020 r.)
 - w gabinecie pomocy doraźnej płyn dezynfekcyjny do rąk Trisept Max (opakowanie 5 litrowe, płyn częściowo użyty) z nieczytelną/zamazaną datą produkcji, na etykiecie informacja „data ważności 2 lata od daty produkcji” - brak możliwości oceny skuteczności płynu dezynfekcyjnego
 - Ww. pakiety, szpatułki, płyn usunięto z szaf i szuflad.
 - b) nieprawidłowy sposób postępowania z odpadami medycznymi, niestosowna procedura postępowania z odpadami medycznymi: worek z odpadami medycznymi o nieostrych końcach nieoznakowany w pomieszczeniu z urządzeniem chłodniczym do gromadzenia odpadów medycznych; czas gromadzenia odpadów medycznych o kodzie 180103 w temperaturze pokojowej w czerwonym worku powyżej 72 godzin – worek oznakowany: data i godzina rozpoczęcia użytkowania: 13.09.2023 r.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwie skreślić

godzina 7.40, data i godzina zamknięcia: 16.09.2023 r. godzina: 8.00 (ww. worek w dniu kontroli umieszczony w urządzeniu chłodniczym)

Naruszono: art. 11 ust. 1, ust 2, pkt. 3, ust. 6, art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284 ze zm.), § 6 ust. 1, § 8 ust. 2, § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. 2017 r. poz. 1975).

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

1. Stosować procedury zapobiegające zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Używać wysterylizowane pakiety z narzędziami w terminach ważności, nie używać przeterminowanych pakietów.
3. Prawidłowo postępować z odpadami medycznymi, prawidłowo oznakowywać worki z odpadami medycznymi zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. 2017 r. poz. 1975), nie przekraczać czasu gromadzenia odpadów medycznych w miejscu wytworzenia opisanym w ww. rozporządzeniu.
4. Używać środków do dezynfekcji rąk z czytelną datą produkcji/ważności oznakowaną na opakowaniu.

Ww. zalecenia wydano podczas kontroli w obiekcie.

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

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 b ~~nie nałożono~~/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

Krzysztof Surowiec – Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości 150 zł słownie sto pięćdziesiąt złotych

(nr mandatu karnego) DE 6303814

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

(podstawa prawna) art. 50 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284 ze zm.)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr 13/23 z dnia 01.01.2023 r. wydane przez
Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupsku
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
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
P. Elżbieta Jopek – pielęgniarka pełni dyżur w obiekcie DPS i podaje leki mieszkańcom w czasie podpisywania protokołu przez osoby uczestniczące w kontroli.

V. Jopek Katarzyna *Smolice*
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Udźniś Anna *Moskwaś*
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Klauzula informacyjna

Oddział Nadzoru Sanitarnego

W związku z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119/1) (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) określanym w klauzuli dalej jako RODO informujemy, że od dnia 25 maja 2018 r. przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Słupsku.

1. Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Słupsku będący jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Słupsku, zwany dalej „Administratorem”. Dane kontaktowe Administratora: 76-200 Słupsk, ul. Piotra Skargi 8, tel. 59-8431291, adres e-mail: psse.slupsk@sanepid.gov.pl
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych pod adresem pocztowym wymienionym w pkt 1 lub adresem e-mail: iod.psse.slupsk@sanepid.gov.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań przypisanych organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej tj. sprawowania zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzenia działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także prowadzenia działalności oświatowo-zdrowotnej czyli działań wynikających z ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 338 ze zm.) oraz aktów wykonawczych do nich (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e, art. 9 ust. 2 lit. g, h, i, j RODO).
4. Odbiorcą danych będą tylko instytucje/urzędy upoważnione z mocy prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach ustawowych bądź o archiwizacji.
6. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Pani/Panu także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO (uodo.gov.pl) gdy uzna Pani/Pan, że sposób przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, nie będą poddawane profilowaniu.

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 22.09.2023 r.

DYREKTOR
Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
w Machowinie

DOM PIELNICTWA SPOŁECZNEJ
w MACHOWINIE
76-270 USTKA, tel./fax 59 846 12 92
woj. pomorskie
NIP 839-189-22-24 Reg. 000293901

mgr Krzysztof Surowiec

(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