

DPSp. 3595.2023

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ „OPOKA” 44-100 Gliwice, ul. Pszczyńska 100	
Wpłynęło dnia 26.06.2023	L.dz. 661

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 181/NS/HP/2023

Gliwice, 26.06.2023 r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Anitę Zasada, Sekcja Higieny Pracy, nr upoważnienia SSP-057-64/23

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 338), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14.06.1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023, poz. 775 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej OPOKA w Gliwicach

ul. Pszczyńska 100

44-100 Gliwice

tel. 32 232 21 91

email: DPSOPOKA@POCZTA.ONET.P

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej OPOKA w Gliwicach

ul. Pszczyńska 100

44-100 Gliwice

tel. 32 232 21 91

email: DPSOPOKA@POCZTA.ONET.P

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej OPOKA w Gliwicach

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



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

4. NIP 6311333126

REGON 000686492

PKD 87.30.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Jolanta Pszczółka- Dyrektor Domu Pomocy Społecznej „Opoka”

(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)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 26.06.2023 r. godz. 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: 26.06.2023 r. godz. 13.30

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Kontrola z zakresu ogólnych wymogów bezpieczeństwa i higieny 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 i/lub obrazu*: Nie dotyczy.

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów: Nie dotyczy.

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

➤ Ocena ryzyka zawodowego na stanowisku:

- Pielęgniarka

- Dietetyk

- Fizjoterapeuta

- Pokojowa

- Terapeuta zajęciowy

- Kucharz

- Pracznka

- Pracownik gospodarczy

➤ Orzeczenia lekarskie pracowników na stanowiskach:

– J. K-D. opiekun aktualne do 25.07.2023 r.

– S. K. referent, kasjer, magazynier aktualne do 16.09.2023 r.

– K. J. opiekun aktualne do 29.12.2023 r.

- K. J. starszy instruktor terapii zajęciowej aktualne do 20.01.2025 r.
- A. J. starsza pielęgniarka aktualne do 16.12.2024 r.
- B. G. pracownik socjalny aktualne do 09.09.2024 r.
- A.G. opiekun aktualne do 29.07.2023 r.
- K. G. kucharka aktualne do 20.01.2025 r.
- P. C. pokojowy aktualne do 08.06.2024 r.
- M.K pokojowa aktualne do 29.12.2023 r.
- M. R. terapeutka aktualne do 21.06.2024 r.
- M.S. opiekun aktualne do 29.09.2024 r.
- M. S. pokojowa aktualne do 07.01.2024 r.
- P.W. opiekun medyczny aktualne do 16.11.2025 r.
- A. S. opiekun kwalifikowany aktualne do 16.11.2025 r.
- Rejestr chorób zawodowych i zgłoszeń podejrzeń choroby zawodowej;
- Rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia;
- Rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia;
- Zarządzenie wewnętrzne nr 25/2021 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej „OPOKA” w Gliwicach z dnia 17.12.2021 r. ws. Przydziału i gospodarowania środkami ochrony indywidualnej, odzieżą i obuwiem roboczym, dostarczaniem środków higieny osobistej oraz napojów chłodzących w Domu Pomocy Społecznej „OPOKA” w Gliwicach wraz z zał. nr 1 Tabela norm przydziału odzieży i obuwia roboczego;
- Spis niebezpiecznych substancji i mieszanin chemicznych;
- Karty charakterystyki stosowanych substancji i mieszanin chemicznych;
- Instrukcje BHP dotyczące m. in.:
 - Instrukcja przy obsłudze pralki
 - Instrukcja bezpiecznej wymiany kanistrów i beczek płynnych środków piorących, dezynfekcyjnych i wspomagających pranie,
- Procedury:
 - Procedura bezpiecznego postępowania ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi,
 - Procedura higienicznej dezynfekcji rąk
 - Procedura dezynfekcji powierzchni skażonych materiałem organicznym,
 - Procedura stosowania środków ochrony indywidualnej

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* Nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli:

- F/HP/01 data wydania: 23.10.2012 r. charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu pracy;
- F/HP/02 data wydania 23.10.2012 r. ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy;
- F/HP/03, Data wydania: 23.10.2012 r., Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki;
- F/HP/09 data wydania 23.10.2012 r. ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin.

III. WYNIKI KONTROLI

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

Stan formalno – prawny

Nazwa podstawowej formy prawnej - jednostka organizacyjna niemająca osobowości prawnej

Nazwa szczególnej formy prawnej - gminne samorządowe jednostki organizacyjne

87.30.Z- pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych

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

W zakładzie wprowadzony jest zakaz palenia wyrobów tytoniowych, w tym palenia nowatorskich wyrobów tytoniowych, i palenia papierosów elektronicznych zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 09.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. 2023, poz. 700).

Zgodnie z art. 5 ust. 1a w/w ustawy na terenie obiektu, w którym obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych, umieszczono w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenie słowne i graficzne, informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych na terenie obiektu.

Zgodnie z art. 23e ust.3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2021 r., poz. 1941 z późn. zm.) podczas kontroli poinformowano o trwającej kampanii mającej na celu zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat ryzyka związanego z występowaniem radonu w naszym otoczeniu. Projekty edukacyjne mają na celu uwrażliwienie pracodawców na problem szkodliwości wysokich dawek radonu, którego niebezpieczne stężenia mogą gromadzić się m.in. w miejscach pracy. Przekazano, że wszystkie materiały informacyjno – edukacyjne dotyczące zagrożeń związanych z narażeniem na radon dostępne są pod adresami:

- gov.pl/poznajradon
- gov.pl/web/gis/radon2
- pzh.gov.pl/radon-pochodzenie-i-wplyw-na-zdrowie


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

..... 

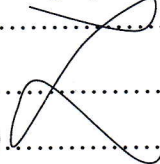
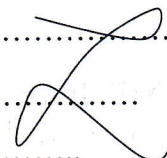
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono**

..... 

(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** grzywne 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

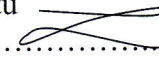
.....  

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Z tego prawa skorzystała/~~nie skorzystała~~**

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

..... 

DYREKTOR

mgr Jolanta Pszczółka

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu)

Oddział Nadzoru Sanitarnego
SEKCJA HIGIENY PRACY

Młodszy Asystent

.....
(czytelny podpis kontrolujących/pieczęć imienne)

mgr Anita Zasada

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁUProtokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 26.06.2023 r.

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ

„OPOKA”

44-100 Gliwice, ul. Pszczyńska 100
Tel./fax: 32 232 21 91, Tel.: 32 232 33 50
NIP: 631 13 33 126, REGON: 000686492

DYREKTOR

mgr Jolanta Pszczółka

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

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularzy kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie ~~WSSE/PSSE~~ w Gliwicach **.

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