

DzSP. 3594.2023

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ „OPOKA” 44-100 Gliwice, ul. Pszczyńska 100	
Wpłynęło	
dnia 26.06.2023	L.dz. 662

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 424/NS/HK/2023**

Gliwice, dnia 26.06.2023 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

Katarzynę Siedlecką, Sekcja Higieny Komunalnej, nr up. SSP/057/52/23  
(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 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 338) w związku z art. 67 §1 oraz 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2023 r., poz. 775 ze zm.).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej „OPOKA” w Gliwicach  
ul. Pszczyńska 100 tel. 32 232 33 50  
44-100 Gliwice email: sekretariat@dpsp.gliwice.eu  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej „OPOKA”  
ul. Pszczyńska 100  
44-100 Gliwice  
(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 wspólników))  
ul. Pszczyńska 100  
44-100 Gliwice  
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 6311333126 / 000686492 / 8730Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Jolanta Pszczółka – Dyrektor Domu Pomocy Społecznej „OPOKA” w Gliwicach  
(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\*

Lidia Par – Kierownik Działu Opiekuńczo-Medyczno-Rehabilitacyjnego  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 26.06.2023 r. godz. 10<sup>00</sup>
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* ..... nie dotyczy .....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:  
Podmiot utworzony z mocy ustawy - własność jednostek samorządu terytorialnego
4. Data i godzina zakończenia kontroli 26.06.2023 r. godz. 13<sup>30</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* ..... nie dotyczy .....
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
Kontrola sanitarna kompleksowa w zakresie oceny stanu sanitarno-higienicznego i technicznego obiektu.
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:
- Umowa nr 2/M/2023 z dnia 02.01.2023 r. z firmą PreZero Recycling Południe Sp. z o.o., ul. Kokotek 33, 41-700 Ruda Śląska, na odbiór odpadów komunalnych.
  - Umowa nr 3/P/2023 z dnia 02.01.2023 r. z firmą EKO RAT Kamil Paczkowski, Łukasz Kozak Sp. c., ul. Gen. J. Ziętka 22A/1, 44-190 Knurów, na stały monitoring DDD.
  - Protokół serwisu deratyzacji z dnia 25.05.2023 r. przeprowadzony przez firmę EKO RAT Kamil Paczkowski, Łukasz Kozak Sp. c., ul. Gen. J. Ziętka 22A/1, 44-190 Knurów.
  - Umowa nr 1/P/2023 z dnia 02.01.2023 r. z firmą Sylwia Żak Przedsiębiorstwo Wielobranżowe FOREST, ul. Mularska 28, 43-100 Tychy na odbiór odpadów medycznych.
  - Karty przekazania odpadów o kodach 18 01 03\*:
    - nr 00004/2023 z dnia 10.05.2023 r.,
    - nr 00003/2023 z dnia 15.05.2023 r.
  - Protokół przeglądu klimatyzacji z dnia 29.05.2023 r. przeprowadzony przez firmę PSE Instalacje Sp. c., ul. Pszczyńska 206, 44-100 Gliwice.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
..... nie dotyczy .....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr.....



### III. WYNIKI KONTROLI

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

*Podmiot jest własnością jednostki samorządu terytorialnego.*

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

- a) *Dom Pomocy Społecznej „OPOKA” przeznaczony jest dla osób przewlekle somatycznie chorych.*
- b) *W obiekcie zapewniono 57 miejsc dla pensjonariuszy, w dniu kontroli w Domu Pomocy Społecznej przebywało 55 mieszkańców.*
- c) *W obiekcie wydzielono 26 pokoi mieszkalnych, w tym 7 pokoi jednoosobowych, 8 pokoi dwuosobowych, 9 pokoi trzyosobowych, 2 pokoje czteroosobowe.*
- d) *Obiekt jest w pełni przystosowany dla potrzeb osób niepełnosprawnych. Zapewniona jest winda oraz podjazdy.*
- e) *Obiekt podłączony jest do sieci wodno-kanalizacyjnej. Nieczystości płynne odprowadzane są do kanalizacji. Zapewniono dopływ bieżącej ciepłej i zimnej wody.*
- f) *Ogrzewanie pomieszczeń oraz ciepła woda poprzez wymiennikownię zlokalizowaną w budynku.*
- g) *W obiekcie zapewniono wentylację grawitacyjną, mechaniczną i klimatyzację. Według oświadczenia strony przeglądy wentylacji grawitacyjnej i mechanicznej oraz klimatyzacji odbywają się na bieżąco.*
- h) *Wydzielono pomieszczenia i miejsca:*

- *Segment A:*

- Parter:*

- Pokój Kierownika Działu,*
- Salę konferencyjną,*
- 3 pokoje mieszkalne,*

- I piętro:*

- 3 pokoje mieszkalne,*
- Gabinet zabiegowy,*
- Magazyn odpadów medycznych,*
- Magazyn preparatów i środków do utrzymania czystości,*
- Pokój odwiedzin,*
- Kuchnię podręczną,*

- II piętro:*

- 4 pokoje mieszkalne,*
- Pokój psychologa.*

- Poziom -1:*

- Magazyn czystej bielizny,*
- Pralnię,*
- Brudownik,*
- Pomieszczenie gospodarcze do przechowywania wózków do sprzątania.*

- *Segment D:*

- Parter:*

- 8 pokoi mieszkalnych,
- Pomieszczenie porządkowe wyposażone w umywalkę z dozownikami na mydło w płynie i preparat do dezynfekcji rąk, podajnik na ręczniki jednorazowe, stacje dozujące, regał do przechowywania zapasu materiałów higienicznych,
- Łazienka ogólnodostępna,
- Pokój socjalny pielęgniarek i opiekunów,
- Pomieszczenie socjalne pań pokojowych

- I piętro:*

- 8 pokoi mieszkalnych,
- Łazienka ogólnodostępna,
- Sala terapii,
- Pokój rehabilitantów.

- Łącznik pomiędzy segmentami A i D:

- Pomieszczenie rehabilitacji ruchowej.

i) *Pokoje dla pensjonariuszy wyposażone są w łóżka, szafki, komody. Do każdego pokoju przynależy węzeł sanitarny lub wspólny dla dwóch pokoi.*

*Ściany w pokojach pokryte są farbą emulsyjną, natomiast podłogi wyłożone są materiałami łatwozmywalnymi. W pomieszczeniach sanitarnych ściany i podłogi wyłożone są w płytkami ceramicznymi. Pomieszczenia sanitarne są w pełni przystosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych i wyposażone są w miski ustępowe, umywalki, natryski, pochwyty ułatwiające korzystanie z pomieszczeń.*

j) *Łazienki ogólnodostępne wyposażone są w miski ustępowe, umywalki, wanny oraz pochwyty ułatwiające korzystanie osobą niepełnosprawnym. Na każdym piętrze zapewniono podnośnik z wymiennymi płachtami (kąpielowe i transportowe) lub wózki kąpielowe ułatwiające czynności kąpielowe osobą leżącym.*

k) *W segmencie A na poziomie -1 wydzielono pomieszczenia prani: brudownik, pomieszczenie prania, magazyn bielizny czystej i magazyn bielizny brudnej.*

*Bрудna bielizna zbierana jest do worków foliowych umieszczanych w workach foliowych na stelażach zabezpieczonych workami płóciennymi i przewożona do pomieszczenia brudownika przy pralni, gdzie jest segregowana.*

*Pomieszczenie prania wyposażone jest w 2 pralnice, suszarkę oraz pralkę automatyczną.*

*Stosowane środki do prania to: Turbo break, Ozonit, Turbo Plus.*

*Bielizna pościelowa prana jest raz na dwa tygodnie lub w razie konieczności. Natomiast brudna bielizna osobista mieszkańców odbierana jest dwa razy w tygodniu lub w razie konieczności.*

*Czysta bielizna przechowywana jest w magazynie czystej bielizny wyposażonym w zamknięte szafy. Ściany i podłogi w magazynie pokryte są płytkami ceramicznymi.*

*Transport czystej bielizny na piętra odbywa się w oznakowanym wózku zabezpieczonym workiem foliowym i płóciennym.*

l) *W przypadku zgonu mieszkańca zwłoki są oddzielane od współmieszkańca parawanem. Powiadamiana jest rodzina zmarłego oraz wskazany według woli zmarłego zakład pogrzebowy. Po zabraniu zwłok przez zakład pogrzebowy zdejmowana jest bielizna pościelowa i przekazywana do pralni oraz dezynfekowane jest łóżko, pokój zostaje wywietrzony i uprzątnięty.*



*m) Odpady medyczne:*

- Wytwarzane są odpady o kodach 18 01 03\* i gromadzone w czerwonych opisanych sztywnych pojemnikach w gabinecie zabiegowym,
- Transportowane są z miejsca powstawania za pomocą zamykanych opisanych pojemników, które są każdorazowo myt i dezynfekowane.
- Magazynowane są w przenośnym urządzeniu chłodniczym posiadającym wewnątrz z materiałów łatwozmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, termometr do pomiaru temperatury wewnątrz urządzenia, oraz zabezpieczenie przed dostępem osób niepożądanych, owadów, gryzoni i innych zwierząt. W pomieszczeniu zapewniono umywalkę z dostępem do bieżącej ciepłej i zimnej wody, dozowniki na mydło w płynie i preparat do dezynfekcji rąk, podajnik na ręczniki jednorazowe, kosz na odpady.

Odbierane są przez firmę specjalistyczną zgodnie z zawartą umową raz w miesiącu lub w razie potrzeby.

*n) Odpady komunalne:*

- gromadzone są w koszach wyłożonych workami foliowymi.
- prowadzona jest segregacja odpadów,
- na zewnątrz wydzielono stanowisko do gromadzenia odpadów komunalnych zmieszanych i segregowanych,
- Odbierane są przez firmę specjalistyczną zgodnie z zawartą umową dwa razy w tygodniu odpady zmieszane oraz raz na dwa tygodnie odpady segregowane.

*o) Utrzymaniem czystości i porządku na terenie obiektu zajmują się pracownicy. Pokoje mieszkalne są sprzątane co najmniej raz dziennie lub w razie potrzeby.*

*W obiekcie wydzielone są pomieszczenia porządkowe umożliwiające przechowywanie sprzętów i preparatów do utrzymania czystości oraz higieniczny pobór wody do celów porządkowych.*

*Dodatkowo na poziomie -1 wydzielono pomieszczenie do przechowywania wózków służących do sprzątania.*

*p) W dniu kontroli dostępne były preparaty dezynfekcyjne:*

- do rąk: *Manusan, AniosGel 800,*
- do powierzchni: *Aerodesin 2000,*
- do sanitariatów: *Domsetos.*

*Okazano do wglądu karty charakterystyki preparatów niebezpiecznych stosowanych w obiekcie.*

*W dniu kontroli wszystkie preparaty posiadały aktualne terminy przydatności.*

*q) W obiekcie opracowano i wdrożono procedury m.in. postępowania z odpadami medycznymi, postępowania po zgonie mieszkańca, bezpiecznego i higienicznego wykonywania zabiegów medycznych, prania pościeli oraz osobistych rzeczy mieszkańców.**r) Na terenie obiektu umieszczono informację słowną i graficzną o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych.**s) W obiekcie zapewniony jest stały monitoring DDD – podpisana umowa z firmą EKO RAT Kamil Paczkowski, Łukasz Kozak Sp. c., ul. Gen. J. Ziętka 22A/1, 44-190 Knurów.***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. ~~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)

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\*\*

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

*Olivia Par*

ASYSTENT  
 SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ  
*Katarzyna Siedlecka*  
 Katarzyna Siedlecka

DYREKTOR

*[Signature]*  
 mgr Jolanta Pszczółka

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeń imienna/pieczeń podmiotu)

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 26.06.2023

**DYREKTOR**

  
mgr Jolanta Pszczółka

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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: 000680492

W trakcie kontroli wykorzystano / nie wykorzystano formularze kontroli\*\* zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE Gliwice\*\*.

**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