

Pieczczę państwowego inspektora sanitarnego  
**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr DNS-EP.9020.22.1.2018**

Lublin, dnia 18 kwiecień 2018 rok  
*(miejscowość i data)*

przeprowadzonej przez:

Jolanę Poleszak – starszego asystenta Oddziału Epidemiologii WSSE w Lublinie, up. do kontroli nr 53,  
upoważnienie do wykonywania czynności kontrolnych z dnia 16.04.2018 r. znak:ORG.057.47.2018.

Anetę Chruścicką – starszego asystenta Oddziału Epidemiologii WSSE w Lublinie, up. do kontroli nr 56,  
upoważnienie do wykonywania czynności kontrolnych z dnia 16.04.2018 r. znak:ORG.057.46.2018.

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

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora  
Sanitarnego w Lublinie *(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 pkt 7 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji  
Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1261), w związku art. 67 § 1 w związku art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca  
1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 1257).

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

### 1. Podmiot kontrolowany

**Dom Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie, ul. Kosmonautów 78,  
20-358 Lublin, tel. 81 466 55 70-72, fax 81 466 55 73, dpsn@dpsn.lublin.eu**

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

### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu :

**Dom Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie, ul. Kosmonautów 78,  
20-358 Lublin, tel. 81 466 55 70-72, fax 81 466 55 73, dpsn@dpsn.lublin.eu**

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

### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

**Dom Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie, ul. Kosmonautów 78,  
20-358 Lublin, tel. 81 466 55 70-72, fax 81 466 55 73, dpsn@dpsn.lublin.eu**

*(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/REGON/PKD – odpowiednio

**NIP 946 11 83 256      REGON 430400577 PKD**

### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Dorota Poleszak – zastępca dyrektora

*(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\*

1. p. Małgorzata Jędrejek-Bicz – kierownik działu pielęgnacyjnego

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*



Protokół kontroli nr: DNS-EP.9020.22.1.2018

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. **Data i godzina rozpoczęcia kontroli** : 17.04.2018 r., godz. 09:30
2. **Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*** Nie dotyczy
3. **Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:** Brak podstaw prawnych
4. **Data i godzina zakończenia kontroli:** 17.04.2018r. godz. 11:30
5. **Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\***
6. **Zakres przedmiotowy kontroli** : kontrola interwencyjna, przeprowadzona w związku ze skargą zgłoszoną do Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie w dniu 13.04.2018 r.
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** Nie dotyczy
12. **Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\***  
- procedura dotycząca profilaktyki oraz zasad bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego w Domu Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie w Lublinie.  
- Zarządzenie nr 10/2017 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie w Lublinie z dnia 20.11.2017r., w sprawie zakładowych norm zużycia preparatów dezynfekcyjnych w Domu Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie w Lublinie.
13. **Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli** Nie dotyczy

## III. WYNIKI KONTROLI

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

Organem założycielskim Domu Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie w Lublinie jest Wojewoda Lubelski.

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

W dniu 13.04.2018 roku do Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie wpłynęła skarga dotycząca nieprzestrzegania przez Dyрекcję placówki decyzji LPWIS w Lublinie z dnia 22.03.2018 r. znak: DNS-HK.9012.1.13.2018 dotyczącej min. zakazu używania wody ciepłej w związku z wyizolowaniem bakterii Legionella spp. Kontrolę przeprowadzono celem ustalenia czy podana w skardze informacja na temat zwiększonej liczby zachorowań na zapalenie płuc wśród pensjonariuszy była zasadna.

Kontrola obejmowała zakres niezbędny do ustalenia stanu faktycznego i jego zgodności z obowiązującymi wymaganiami higienicznymi i zdrowotnymi oraz weryfikację uzyskanych informacji zgodnie z



Protokół kontroli nr: DNS-EP.9020.22.1.2018

art. 32 ustawy z dnia 05.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi  
(t.j. z 2018r., poz. 151).

Dom Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie mieści się w cztero-kondygnacyjnym budynku, w którym znajduje się 50 dwuosobowych pokoi. W każdym z nich jest łazienka wyposażona w umywalkę, natrysk oraz ustęp. W pokojach nie ma klimatyzatorów ani nawilżaczy powietrza. Mieszkańcy domu poddawani są zabiegom rehabilitacji wspomagającej oraz hydroterapii. W obiekcie znajduje się jedna wanna z hydromasażem, wirówka do kończyn górnych oraz wirówka do kończyn dolnych. Dezynfekcja dysz w wyżej wymienionym sprzęcie odbywa się przy użyciu preparatu Pantra. Podczas kontroli uzyskano informację, że w ostatnim czasie pensjonariusze nie byli poddawani zabiegom hydroterapii. W przypadku konieczności zastosowania inhalatorów lub nebulizatorów używana jest wyłącznie jałowa sól fizjologiczna.

W dniu kontroli w obiekcie przebywało 100 pensjonariuszy, w tym 39 osób poruszających się na wózkach inwalidzkich tzw. nieopuszczających łóżek. Pensjonariuszami są osoby dorosłe, z niepełnosprawnością fizyczną, lub chore na stwardnienie rozsiane, dystrofię mięśniową, mózgowie porażenie, po udarze mózgu, a także po mechanicznych uszkodzeniach kręgosłupa. Przedział wiekowy pensjonariuszy: 18-39 lat 12 osób, 40-59 lat – 26 osób, 60-64 lat- 11 osób, 65-74 lat- 26 osób, 75-79 lat- 8 osób, 80 lat i więcej 17 osób.

Ustalono, że w 2017 roku z wyżej wymienionej grupy przeciwko grypie zaszczepiono 25 osób.

Ustalono również, że w okresie od 01.01. do 17.04.2018 r. na zapalenie płuc zachorowało dwoje podopiecznych Domu Pomocy Społecznej.

1. kobieta chora na stwardnienie rozsiane, hospitalizowana była w Szpitalu MSWiA, w Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologii w dniach 26.03.-05.04.2018 r. Przyjęta z powodu pogorszenia stanu ogólnego, gorączki, duszności spoczynkowej, kaszlu - objawy występowały od kilku dni. Stwierdzono kliniczne cechy zapalenia płuc oraz wzdęty lekko tkliwy brzuch, w badaniach dodatkowych zaobserwowano dużą torbiel nerki.

2. mężczyzna leczony ambulatoryjnie. Pierwsze objawy choroby wystąpiły w dniu 28.03.2018 r. w postaci kaszlu, kataru. W dniu 04.04.2018 r. wystąpiły furczenia, ogólne osłabienie, stany podgorączkowe, włączono antybiotykoterapię, 11.04.2018 r. uzyskano poprawę stanu ogólnego chorego.

Dodatkowo uzyskano informację, że w dniu 16.04.2018 r. objawy grypopodobne oraz gorączka wystąpiły również u jednego pensjonariusza (mężczyzny), który dzień wcześniej był u znajomych, wykapał się po czym wrócił do placówki. Na drugi dzień zgłosił wyżej wymienione objawy chorobowe. Chory pod opieką lekarza, który do leczenia włączył leki przeciw wirusowe.

W okresie od 01.01. do 17.04.2018 r. nastąpiło 6 zgonów wśród podopiecznych, z których 3 miały miejsce w Domu Pomocy Społecznej. Była to kobieta 103 lata – zatrzymanie krążenia, mężczyzna – wyjściowa przyczyna zgonu POCHP oraz mężczyzna – zgon z powodu zawału serca.

Okazano do wglądu dwie karty zgonu osób zmarłych w szpitalu:

1 zgon: przyczyna bezpośrednia - zatrzymanie krążenia, przyczyna wtórna – niewydolność serca nieokreślona, przyczyna wyjściowa: niewydolność jelitowa nieokreślona

2 zgon: przyczyna bezpośrednia – zatrzymanie krążenia, przyczyna wtórna – zatrzymanie akcji serca w wyniku zawału, przyczyna wyjściowa – choroba niedokrwienna serca.

W związku ze stwierdzeniem skolonizowania instalacji wody ciepłej bakterią Legionella spp w stopniu bardzo wysokim Dyrekcja placówki zaproponowała pensjonariuszom przeniesienie do innego domu, żaden z nich nie wyraził zgody, co poświadczono zostało własnoręcznym podpisem na sporządzonym oświadczeniu.

Wdrożono działania mające na celu ochronę podopiecznych oraz personelu przed ewentualnym zakażeniem poprzez wprowadzenie zakazu używania wody ciepłej do czasu uzyskania prawidłowych wyników badań (każdy pensjonariusz otrzymał pisemną informację, po zapoznaniu z którą podpisał się, za wyjątkiem jednej kobiety, która korzysta z prysznicy). Dodatkowo przy wszystkich punktach wodnych zamieszczono taką informację. Zdjęto wszystkie słuchawki prysznicowe celem uniknięcia wytworzenia aerozolu powietrzno-wodnego, we wszystkich wylewkach. Oczyszczono z kamienia bądź wymieniono perlatory na nowe oraz przeprowadzono dezynfekcję całej instalacji wodnej. Procedurę tę wykonała niezależna firma Hydrochemia z Bielsko-Białej



Protokół kontroli nr: DNS-EP.9020.22.1.2018

metodą czyszczenia chemicznego dwutlenkiem chloru. W chwili obecnej Dom Pomocy Społecznej posiada umowę nr DPSN/1/2018 zawartą w dniu 03.01.2018 r. z Przedsiębiorstwem Wielobranżowym TERMIKAL w Lublinie w zakresie obsługi technicznej wymiennikowi oraz dokonywania napraw.

W związku z wprowadzonym zakazem korzystania z ciepłej wody, do mycia pensjonariuszy używana jest woda uprzednio zagotowana w czajniku elektrycznym (znajdującym się w każdym pokoju). Przy wykonywaniu czynności myjąco-pielęgnacyjnych podopiecznym pomagają pielęgniarki oraz opiekunowie. Toaleta osób leżących odbywa się przy łóżku. W Domu Pomocy Społecznej zatrudnionych jest 90 osób, w tym 14 pielęgniarek i 6 fizjoterapeutów.

W trakcie kontroli okazano do wglądu procedurę dotyczącą profilaktyki oraz zasad bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego w Domu Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie, w której opisano również zasady izolacji stosowanej w zakażeniach przenoszonych drogą powietrzno-kropelkową. Z uzyskanych podczas kontroli informacji wynika, że w przypadku wystąpienia choroby zakaźnej lub zakażenia nie ma możliwości zapewnienia choremu warunków izolacji w pokoju jednoosobowym z węzłem sanitarnym. W trakcie kontroli uzyskano informację, że w przypadku konieczności zastosowania warunków izolacji chory przebywa w pokoju jednoosobowym z umywalką bez węzła sanitarno-higienicznego co jest sprzeczne z informacjami zawartymi w przedstawionej procedurze.

Preparaty dezynfekcyjne stosowane w Domu Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie w Lublinie:

- Bacillol AF – preparat do szybkiej dezynfekcji powierzchni
  - Sterillium Classic Pure – preparat do dezynfekcji rąk
  - Qautrodes Unit – preparat do mycia i dezynfekcji urządzeń ssących
  - Microbac Forte – preparat do mycia i dezynfekcji powierzchni, w tym podłóg
- Środki czystościowe do toalet
- Sansed
  - Domestos

Większość mieszkańców Domu Pomocy Społecznej korzysta z pampersów, w przypadku wystąpienia biegunki pampersy traktowane są jako odpad medyczny. Placówka posiada umowę na odbiór odpadów medycznych z firmą Utylimed. Każda osoba korzystająca z basenu lub kaczki posiada taki sprzęt na wyłączność i przechowuje go we własnym pokoju. Dezynfekcja odbywa się przy użyciu środka Domestos. Zalecono przeprowadzanie dezynfekcji basenów i kaczek przez zanurzenie w chlorowym preparacie do dezynfekcji o bakteriobójczym, wirusobójczym i sporobójczym spektrum działania.

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

Doraźne zalecenia, uwagi, wnioski

1. Zapewnić zamykany pojemnik do dezynfekcji basenów i kaczek.
2. Zapewnić warunki izolacji w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej.

### 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\*\* uwagi i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego.....

.....

.....

.....



Protokół kontroli nr: DNS-EP.9020.22.1.2018

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 nałożono/nie nałożono\*\***  
grzywnę w drodze mandatu karnego na ..... słownie ..... (nr mandatu karnego) ..... (podstawa prawna)
5. **Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr** .....  
(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**
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**.....  
.....  
.....

**Kierownik** ..... **Z-ca Dyrektora**  
**Działu Pielęgnacyjnego** .....  
*Małgorzata Jędrejek-Bicz* ..... *Dorota Poleśzak* .....  
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

**Oddział Epidemiologii** ..... **Oddział Epidemiologii**  
*mgr Jolanta Poleśzak* ..... *lek. wet. Aneta Chruścicka* .....  
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 26.04.2018r.

**Kierownik** .....  
**Działu Pielęgnacyjnego** .....  
*Małgorzata Jędrejek-Bicz* .....  
(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