

Pieczęć Państwowego Inspektora Sanitarnego

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr DNS – HK. 9020.1.44.2018

Lublin, dnia 09.01.2019 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

**[REDAKTOWANE]** – starszego asystenta w Oddziale Higieny Komunalnej WSSE w Lublinie, upoważnienie nr 14 z dnia 22.12.2017 r. oraz upoważnienie do wykonywania czynności kontrolnych z dnia 27.12.2018 r., znak ORG.057.1166.2018.

*(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 i art. 25 ust 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017, poz. 1261, ze zm. ) w związku z art. 67 § 1 oraz art.68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018, poz. 2096, ze zm.)

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie

ul. Archidiakońska 7

20 -113 Lublin

tel./fax 81 466 55 55

[poczta@dpsm.lublin.eu](mailto:poczta@dpsm.lublin.eu)

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

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Dom Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie

ul. Archidiakońska 7

20 -113 Lublin

tel./fax 81 466 55 55

[poczta@dpsm.lublin.eu](mailto:poczta@dpsm.lublin.eu)

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

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

Dom Pomocy Społecznej im. W. Michelisowej w Lublinie

ul. Archidiakońska 7

20 -113 Lublin

tel./fax 81 466 55 55

[poczta@dpsm.lublin.eu](mailto:poczta@dpsm.lublin.eu)

*(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/REGON/PKD – odpowiednio

NIP 946-11-83-227      REGON 000295099

#### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Jolanta Ślęzak – Chabros – 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\*

p. **[REDAKTOWANE]** – Kierownik Zespołu Opiekuńczo - Pielęgnacyjnego

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 27.12.2018 r. godz. 10:47
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* *Nie dotyczy.*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *brak wymogu prawnego*
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 27.12.2018 r. godz. 12:15
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* : *nie dotyczy.*
6. Zakres przedmiotowy kontroli: *Kontrola w zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego i jego zgodności z obowiązującymi wymaganiami higienicznymi i zdrowotnymi, w szczególności, w przedmiocie oceny stanu sanitarno - higienicznego pomieszczeń mieszkalnych placówki.*
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:
  - „Procedura kąpeli mieszkanek pod natryskiem” (załącznik 1 d do Zarządzenia Dyrektora DPS nr 11/2014 z dnia 04.12.2014r.);
  - „Procedura kąpeli mieszkanek w pozycji leżącej z użyciem wózka transportowo - kąpielowego” (załącznik 1 e do Zarządzenia Dyrektora DPS nr 11/2014 z dnia 04.12.2014r.);
  - Harmonogram kąpeli na 2018 r.;
  - Harmonogram sprzątnięcia – indywidualny dla każdej pokojowej;
  - Umowa 10/2018 na dostawę chemii gospodarczej zawarta w dniu 06.06.2018 r. z PHU „WEKTOR” s. c., ul. Rusalka 10 w Lublinie (§5 ust. 1 umowy – dostawa na podstawie telefonicznych zamówień);
  - Umowa nr 15510/O/18 z dnia 03.04.2018 r. zawarta z KOM-EKO S.A. w Lublinie, ul. Wojenna 3 na czas określony od 03.04.2018 r. do 02.04.2020 r.;
  - Opieka lekarza Psychiatry - umowa 2/18 z dnia 02.01.2018 r. zawarta na czas określony od dnia 03.04.2018 r. do 31.12.2018 r.;
  - Umowa na konserwację dźwigów Nr 16/D/2017 z dnia 22.02.2017r. zawarta z Lubelskim Przedsiębiorstwem Dźwigów WINDA-SERWIS Sp. z o.o., ul. Długa 5 w Lublinie na czas określony od dnia 01.03.2017 r. do dnia 28.02.2020 r.;
  - Winda - Księga rewizyjna dźwigu (dźwig hydrauliczny rok budowy 1995, nr fabryczny 35103/PL/95A, Nr ewidencyjny N3113061599);
  - Ostatnia decyzja dot. przeglądu windy – decyzja z dnia 04.12.2018 r. zezwalająca na eksploatację windy do dnia 31.12.2019 r. wydana przez Prezesa Urzędu Dozoru Technicznego;
  - Umowa o dostarczanie wody i odprowadzanie ścieków n Z/08/WKO 16205/00836 zawarta z MPWIK w Lublinie Sp z o.o. w dniu 20.09.2017r. na czas określony do dnia 14.07.2020r.;
  - Umowa na wodę ciepłą i ogrzewanie – Umowa nr EO-4231-42231-402/09 zawarta w dniu 17.12.2009 r. z Lubelskim Przedsiębiorstwem Energetyki Ciepłej w Lublinie Sp. z o.o., ul Puławska 28, 20 - 822 Lublin na czas nieokreślony;
  - Zaświadczenie lekarskie wybranych pracowników.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
- Wykaz „Środki utrzymania czystości i dezynfekcja stosowana w DPS im. W. Melichesowej na dzień 17.12.2018 r.”
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:

Dom Pomocy Społecznej im. Wiktorii Michelisowej, ul. Archidiakońska 7, 20 - 113 Lublin posiada zezwolenie Wojewody Lubelskiego na prowadzenie działalności na czas nieokreślony i wpisany jest do Wojewódzkiego Rejestru Domów Pomocy Społecznej znajdującego się na terenie województwa lubelskiego, prowadzonego przez Wojewodę Lubelskiego. Placówka przeznaczona jest dla osób w podeszłym wieku oraz dla osób przewlekle somatycznie chorych. W placówce przebywają tylko kobiety. Dom pomocy dysponuje 64 miejscami statutowymi. W dniu kontroli wszystkie miejsca były zajęte.

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

Ostatnia kontrola sanitarna została przeprowadzona przez przedstawicieli LPWIS w Lublinie w dniu 28.09.2017 r. Postępowanie administracyjne nie jest prowadzone.

Dom Pomocy Społecznej zlokalizowany jest w dwóch połączonych ze sobą, dwu- i trzykondygnacyjnych zabytkowych kamienicach przy ul. Archidiakońskiej 7. Zgodnie ze statutem placówka zapewnia całodobową opiekę dla 64 pensjonariuszek w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych. Według oświadczenia p. [REDAKTOWANE] w dniu kontroli w placówce przebywało 64 pensjonariuszek, w tym 25 osób leżących. Budynek podłączony jest do miejskiej sieci wodno – kanalizacyjnej. Wodę ciepłą oraz ogrzewanie placówka pozyskuje z miejskiej sieci ciepłowniczej. Oświetlenie sztuczne i naturalne. Wentylacja grawitacyjna i mechaniczna. Obiekt przystosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych - wyposażony w windę, poręcze, instalację przyzywowo – alarmową. Placówka zapewnia całodobową opiekę lekarską. Opieka lekarza rodzinnego zgodne ze złożoną deklaracją. Lekarz psychiatra przyjmuje 2 x w tygodniu. W domu pomocy społecznej zatrudnionych jest 18 opiekunek (w tym 2 na długim urlopie), 4 pielęgniarki i 4 pokojowe. Podopieczni zamieszkują w 29 pokojach mieszkalnych (pokoje 2 i 3 osobowe), które wyposażone są w tapczany, szafki, stoliki, telewizory, umywalki do mycia rąk (poza 2 pokojami). Ściany pomalowane farbą akrylową, na podłodze target lub panele (sukcesywnie zmieniane na target). Ogólne węzły sanitarno – higieniczne zlokalizowane są na każdej kondygnacji. W łazienkach ogólnodostępnych wydzielone są toalety, umywalki zaopatrzone w dozowniki mydła w płynie, środek do dezynfekcji rąk (Velodes), podajnik na ręczniki jednorazowe oraz część kąpielową wyposażoną w łóżko kąpielowe. Każdy mieszkaniec ma przydzieloną osobę do kąpieli. Prowadzony jest „ Harmonogram kąpieli na 2018 r. ”, z podziałem na miesiące, w którym wpisywana jest data kąpieli pensjonariusza i podpis osoby kąpiącej (ewentualnie powód odstąpienia od kąpieli, np. chora, szpital). Kąpanie odbywa się raz w tygodniu lub częściej (według indywidualnych potrzeb). Ponadto każdy z mieszkańców ma przydzieloną osobę pierwszego kontaktu. Dom Pomocy zapewnia materiały higieniczne takie jak: szampon, mydło, papier toaletowy, ręczniki papierowe, pozostała część środków higieny osobistej kupowana jest ze środków własnych pensjonariuszek. W trakcie kontroli trwały prace remontowe w łazience ogólnodostępnej zlokalizowanej na trzeciej kondygnacji – w związku z awarią rury i zalaniem ściany. Ponadto w pomieszczeniu terapii zajęciowej (006) powstaje „Klub seniora przy DPS W. Melichesowej” w ramach projektu "LUBInclusiON - działania profilaktyczne i usamodzielniające w środowisku lokalnym oraz utworzenie nowych miejsc usług społecznych".

Każda pokojowa posiada indywidualny harmonogram sprzątnięcia, w którym rozpisany jest dokładny plan mycia i dezynfekcji (w podziale na godziny), stanowiący załącznik do zakresu czynności.

Na każdej kondygnacji na korytarzu znajdują się zamykane szafy przesuwane z zapasem czystej bielizny i podkładów zapasowych ( w dniu kontroli zapas wystarczający na każdej kondygnacji). Ponadto wydzielona jest także szafa na pościel świąteczną – zapas wystarczający. Środki czystościowe i dezynfekcyjne (załącznik do protokołu) przechowywane są w wydzielonym podręcznym magazynku. Zapas środków wystarczający.

Odbiorem odpadów komunalnych zajmuje się firma KOM-EKO S.A. w Lublinie, ul. Wojenna 3 (frakcja mokra 3x w tygodniu; frakcja sucha – 2x w tygodniu).

Decyzja zezwalająca na eksploatację windy ważna do dnia 31.12.2019r.

Wszystkie umowy placówki zostały wymienione w cz. II pkt.11 protokołu

W dniu kontroli wszystkie kontrolowane pomieszczenia oraz ich wyposażenie były w dobrym stanie sanitarno – higienicznym.

Oświadczenia lekarskie pracowników w dniu kontroli aktualne.

W dniu kontroli dodatkowo sprawdzono wykonanie zaleceń doraźnych z protokołu DNS-HK.9020.1.42.2017 z dnia 29.09.2017r. - zalecenia wykonane- wyposażono lodówkę na odpady medyczne w termometr.

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\*\*

Wyniki kontroli omówiono z p[REDAKTOWANE] - Kierownikiem Zespołu Opiekuńczo - Pielęgnacyjnego.

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\*\* 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 \*\*

.....  
.....  
.....

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

Oddział Higieny Komunalnej

  
mgr

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

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... 21.01.2018 .....

**DYREKTOR**  
Domu Pomocy Społecznej  
im. W. Michelisowej  
w Lublinie  
mgr Jolanta Świążak-Chabros

**DOM POMOCY SPOŁECZNEJ**  
im. Wiktorii Michelisowej  
ul. Archidiakońska 7  
20-113 Lublin  
tel./fax (81) 532-56-81

.....  
(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

128