

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 46NHP/16

Bydgoszcz, dnia 09.05.2016 r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Ewę Wiktorowicz-Belzyt – st. asystenta Oddziału Nadzoru Środowiska Pracy - Nr upoważnienia – 80/K/2016 z dnia 01.03.2016 r.

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy.

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1412), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej Browina,

86 - 140 Chełmża

tel. 56 6757111 fax. 56 6194660

mail: browina@home.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej Browina,

86 - 140 Chełmża

tel. 56 6757111 fax. 56 6194660

mail: browina@home.pl - pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ założycielski: Starostwo Powiatowe w Toruniu.....

(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 879-17-66-730 REGON 000294102 PKD 8730

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Anna Woźniak Margol- 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* Nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 28.04.2016 r. godz. 9²⁰

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia

Nie podlega przepisom ustawy o swobodzie działalności gospodarczej

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 28.04.2016 r. 10⁵⁰.

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola sprawdzająca usunięcie nieprawidłowości zawartych w pkt: 1 - 6 oraz pkt 11 decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy z dnia 04.07.2014r. nr 272/2014, znak : NHP 9020.2.17.2014.

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*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

W dniu 28.04.2016r. przeprowadzono kontrolę sprawdzającą usunięcie nieprawidłowości zawartych w pkt: 1 - 6 oraz pkt 11 decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy z dnia 04.07.2014r. nr 272/2014, znak: NHP 9020.2.17.2014.

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

W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono wykonanie obowiązków wymienionych pkt 1 -6 oraz 11 decyzji PWIS w Bydgoszczy z dnia 04.07.2014r. nr 272/2014, znak: NHP 9020.2.17.2014.

pkt 1. Zapewniono pracownikom warsztatu (obsługi) oraz pracownikom narażonym na szkodliwe czynniki biologiczne i chemiczne (kucharkom, opiekunkom oraz pielęgniarcom) bezpieczne warunki spożywania posiłków i napojów. Wydzielono osobne jadalnie dla pracowników warsztatu (w budynku po byłych warsztatach), dla kucharek (pomieszczenie przy kuchni) oraz jadalnię dla opiekunek i pielęgniarek (w budynku głównym). W w/w pomieszczeniach zapewniono stoły z krzesłami, umywalki oraz ręczniki jednorazowe. Zainstalowano urządzenia do podgrzewania przez pracownika własnego posiłku, czajniki elektryczne, zlewozmywaki jednokomorowe oraz szafki przeznaczone do przechowywania w higienicznych warunkach własnego posiłku pracownika. W jadalni przeznaczonej dla opiekunek oraz pielęgniarek zapewniono lodówkę.

pkt 2. Zapewniono pomieszczenia izolujące w toaletach przeznaczonych dla pracowników administracji, kuchni i warsztatu .

pkt 3. Zapewniono porządek oraz właściwy stan sanitarno-techniczny i sanitarno-higieniczny ustępu, kabiny prysznicowej oraz pomieszczeń jadalni i szatni przeznaczonych dla pracowników warsztatu,

pkt 4 Zapewniono pracownikom warsztatu oraz pracownikom narażonym na szkodliwe czynniki biologiczne oraz chemiczne (kucharkom, opiekunkom, pielęgniarce) bezpieczne warunki przechowywania odzieży własnej oraz roboczej w wydzielonych pomieszczeniach. W szatniach zapewnione miejsca siedzące dla co najmniej 50 % zatrudnionych na najliczniejszej zmianie. Szatnie pracowników wyposażono w szafy przeznaczone do indywidualnego użytku każdego pracownika (jedna szafa podwójna przeznaczona dla każdego pracownika korzystającego z szatni). Jedna część szafy była przeznaczona na odzież roboczą, zaś druga - na odzież własną pracowników. Szafy na odzież spełniały wymagania Polskiej Normy. Przy szatniach zapewniono umywalnie (z natryskami oraz ustępami).

pkt 5 Zapewniono wentylację mechaniczną w toalecie dla pracowników warsztatu oraz wentylację grawitacyjną w toalecie dla pracowników kuchni.

pkt 6 Zapewniono wentylację grawitacyjną w pomieszczeniach jadalni i szatni dla pracowników warsztatu i kuchni.

pkt 11 Zapewniono osłony w kabinach prysznicowych w ustępach przy gabinetach pomocy doraźnej.

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** grzywnę w drodze mandatu karnego na

Nie dotyczy

(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

Nie dotyczy

(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

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

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
Oddział Nadzoru Środowiska Pracy

Ewa Wiktorowicz
..... (czytelny podpis kontrolującego (-ych))
starszy asystent Ewa Wiktorowicz/Bełzyt

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 13.05.2016

DYREKTOR
Dom Pomocy Społecznej w Browinie
Anna Kosińska
BROWINA
ul. Chetmża 8-7-140
tel. (56) 675 71 11, fax (56) 619 46 60
NIP 976 47 06 700

mgr Anna Węsiak-Margol
W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontrolne** -
e-mail: browina@home.pl (nazwa/hr)

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

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
87-100 Toruń, ul. Towarowa 4-6
NIP 879-20-83-766, REGON 871125371
tel. 56 6628759, fax 56 6628751

ND.442.3.2017.DPS.D.GI

Toruń, dnia 29 sierpnia 2017 r.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
87-100 Toruń, ul. Towarowa 4-6
NIP 8792083766, REGON 871125371
tel. 56 66 28 750, fax 56 66 28 751

Krawiec
07.09.2017

~~Dyrektor
Domu Pomocy Społecznej
w Browinie~~

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu przesyła w załączeniu protokół z kontroli doraźnej, przeprowadzonej w Domu Pomocy Społecznej w Browinie w dniu 11 sierpnia 2017 roku z prośbą o podpisanie i odesłanie 2 egzemplarzy do tut. Centrum.

Otrzymują:

1. adresat,
2. Starosta Toruński,
- ③ a.a.

Z up. Starosty
Z-ca Dyrektora Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Toruniu

M. Marmurowicz
mgr Małgorzata Marmurowicz

z kontroli doraźnej, przeprowadzonej w Domu Pomocy Społecznej w Browinie w dniu 11 sierpnia 2017 roku.

Nazwa placówki: Dom Pomocy Społecznej

Browina 56

87-140 Chełmża

Dyrektor Domu: Anna Woźniak-Margol

Typ placówki: dla osób w przewlekłe somatycznie chorych

Liczba miejsc: 125

Data rozpoczęcia kontroli: 11 sierpnia 2017 r.

Data zakończenia kontroli: 11 sierpnia 2017 r.

Osoba kontrolująca:

Grażyna Ilków – starszy specjalista pracy socjalnej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu, legitymująca się Pełnomocnictwem Starosty Toruńskiego z dnia 4 lutego 2013 roku do przeprowadzania kontroli w Domach Pomocy Społecznej oraz Środowiskowych Domach Samopomocy funkcjonujących w powiecie toruńskim, zgodnie z opracowanym planem kontroli na dany rok kalendarzowy.

Zakres kontroli: *Sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacji społecznej organizowanych w domu pomocy społecznej* – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 roku w sprawie rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z dnia 27 lutego 2014 roku, poz. 250).

Dane ogólne:

Liczba mieszkańców:

- ogółem 125,
- osób z zaburzeniami psychicznymi 60, w tym leżących 17.

Dokonane ustalenia:

Dom funkcjonuje w trzykondygnacyjnym ogrodzonym budynku, pobawionym barier architektonicznych, wyposażonym w windę oraz objęty jest monitoringiem. Na

ogólną liczbę 125 mieszkańców w placówce przebywa 60 osób z zaburzeniami psychicznymi, którymi bezpośrednio zajmują się:

- kierownik DTO - 2 etaty,
- pracownik socjalny - 3 etaty,
- terapeuta zajęciowy - 2 etaty,
- technik fizjoterapii - 1 etat,
- pielęgniarka - 8 etatów, zleceń 6
- opiekunowie - 39 etatów
- staże i roboty interwencyjne - 7 etatów (osoby zatrudnione jako opiekunki)

Zajęcia terapeutyczne odbywają się w pracowni terapeutycznej usytuowanej na parterze budynku. Prowadzone są przez 2 terapeutów zajęciowych w godzinach od 7⁰⁰ do 17⁰⁰. Terapeuci zapewniają mieszkańcom organizację czasu wolnego poprzez różne rodzaje terapii, tj.: zajęcia plastyczno – techniczne, zajęcia edukacyjne połączone z grami stolikowymi, sportowe, stolarskie, teatralne, kulinarne, muzyczne, komputerowe, z papieroplastyki, robótki ręczne połączone z szyciem i haftem, redagowanie i wydawanie gazetki, prowadzenie kroniki oraz ergoterapię.

Sala rehabilitacyjna wyposażona jest w sprzęt do kinezyterapii oraz fizykoterapii i spełnia wymogi lokalowe w tym zakresie. Z rehabilitacji korzysta aktualnie 45 mieszkańców z zaburzeniami psychicznymi (liczba zmienna), w tym 17 osób (liczba zmienna) z rehabilitacji przyłóżkowej.

Zajęcia z zakresu kinezyterapii odbywają się w gabinecie fizjoterapii umiejscowionym na parterze budynku. Planowane są w zależności od zleceń lekarskich, stanu zdrowia oraz stopnia sprawności psychoruchowej i chęci mieszkańca. Mieszkańcy wykonują ćwiczenia usprawniające, indywidualnie dobrane do potrzeb, które nadzoruje rehabilitantka, zatrudniona w placówce w oparciu o umowę o pracę w wymiarze pełnego etatu na czas nieokreślony. Wszystkie zabiegi fizjoterapeutyczne i zajęcia ruchowe wykonywane są pod kontrolą wykwalifikowanego fizjoterapeuty. Z zakresu kinezyterapii prowadzone są ćwiczenia: oddechowe, bierne i czynno – bierne, wspomagane, wolne, w odciążeniu, w odciążeniu z oporem, ćwiczenia regresyjne, rozluźniające, ćwiczenia w czynnościach dnia codziennego, ogólnie – usprawniające, pionizacja i nauka chodu i inne metody rehabilitacyjne oraz masaż.

Z zakresu fizykoterapii wykonywane są: zabiegi elektroterapii, laseroterapii, magnetoterapii, światłolecznictwa, terapii ultradźwiękowej, ciepłolecznictwa i hydroterapii. W kontrolowanej placówce prowadzone również są ćwiczenia przyłóżkowe i oddechowe.

W ramach zajęć terapeutycznych Dom oferuje:

- zagospodarowanie czasu wolnego z uwzględnieniem zainteresowań oraz możliwości zdrowotnych mieszkańców,
- zapobieganie skutkom ograniczenia aktywności,
- zwiększenie zakresu samodzielności i zaradności życiowej mieszkańca,
- wdrażanie do aktywności fizycznej i umysłowej,
- kształtowanie charakteru i rozwijanie osobowości,
- nabywanie nowych umiejętności,

- kontynuowanie dawnych zainteresowań,
- integrację społeczną,
- poznawanie okolic,
- rozwijanie pasji.

Rehabilitacja mieszkańców polega na zwiększeniu zakresu ruchomości w stawach, zmniejszeniu przykurczy, zwiększeniu koordynacji ruchowej, zwiększeniu pojemności życiowej płuc, reedukacji chodu, zwiększeniu wydolności życiowej, zapobieganiu odleżynom, zwiększeniu sprawności ruchowej.

W kontrolowanej placówce prowadzone również są ćwiczenia przyłóżkowe i oddechowe, z których aktualnie korzysta 17 osób z zaburzeniami psychicznymi. Kontrolni poddano dokumentację 60 osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie ich udziału w zajęciach rehabilitacji społecznej organizowanych na terenie placówki. Ustalono, iż w zajęciach terapeutycznych oraz zajęciach ruchowych uczestniczy aktualnie 60 osób, w tym w mniejszym zakresie 17 mieszkańców leżących.

W czasie prowadzonych czynności kontrolnych sprawdzono aktywność 60 mieszkańców z zaburzeniami psychicznymi w zajęciach terapeutycznych za okres od 1 stycznia 2017 roku do 30 czerwca 2017 roku. Ustalono, iż instruktor terapii zajęciowej prowadzi miesięczny zeszyt terapeuty, zestawienie aktywności mieszkańca z podziałem na rodzaj terapii zajęciowej. Rehabilitant prowadzi rejestr zajęć rehabilitacyjnych. Usługi terapeutyczne i rehabilitacyjne są wpisywane do Indywidualnego Planu Wsparcia

Aktywność 60 mieszkańców z zaburzeniami psychicznymi w zajęciach rehabilitacji społecznej w I półroczu 2017 roku.

Rodzaj zajęć	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
Zajęcia terapeutyczne	60	71	55	50	35	50
Zajęcia terapeutyczne przyłóżkowe	20	15	20	15	20	15
Zajęcia ruchowe	39	44	38	44	42	40
Ogółem miesięcznie zajęć rehabilitacji społecznej	119	130	112	109	97	105

Wnioski:

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych stwierdzono, iż udostępniona dokumentacja Domu odzwierciedla aktywność 60 mieszkańców z zaburzeniami psychicznymi przebywających w placówce na wysokim poziomie. Została ona wprowadzona bezpośrednio po wejściu w życie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 roku w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. 2014, poz. 250) i jest na bieżąco aktualizowana. Praca personelu odpowiedzialnego za realizację zajęć rehabilitacji społecznej przebiega zgodnie

z opracowanymi w danym roku kalendarzowym planami pracy (miesięczne kopie planów w załączeniu).

Nie stwierdzono nieprawidłowości w kontrolowanym zakresie.

Protokół sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, które otrzymują: Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Browinie, Starosta Toruński oraz Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu.

Pouczenie: W przypadku, gdy Dyrektor Domu nie zgadza się z ustaleniami i wnioskami wynikającymi z niniejszego protokołu, służy mu prawo złożenia do Starosty Toruńskiego w terminie 14 dni od daty otrzymania protokołu, pisemnych wyjaśnień.

Podpis osoby kontrolującej:

Starszy specjalista pracy
społecznej
mgr Grażyna Ilków

Podpis Starosty Toruńskiego:

STAROSTA TORUŃSKI

Miroslaw Graczyk

Podpis Dyrektora Domu:

DYREKTOR
Dom Pomocy Społecznej w Browinie

mgr Anna Woźniak-Margol

Toruń, dnia 29 sierpnia 2017 r.