

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NS-EP- 1/2019

Zielona Góra, dnia 8 stycznia 2019 r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Kingę Jędrzejek – Sekcja Epidemiologii, upoważnienie do kontroli nr 717

Agatę Aleksandrowicz – Sekcja Epidemiologii, upoważnienie do kontroli nr 702

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

pracowników upoważnionych przez:

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zielonej Górze

(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 (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 1261 ze zm.), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

**Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „PROMYK”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Bartosza Głowackiego8A
65-301 Zielona Góra**

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „PROMYK”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Bartosza Głowackiego8A
65-301 Zielona Góra**

3- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Magdalena Biniszkievicz

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

[REDAKTOWANE]

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

4. NIP 9291659411 REGON 971285918 PKD -

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym: Magdalena Biniszkievicz – dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* -

Krzysztof Kaspróvicz – p.o. kierownik ds. administracyjnych, upoważnienie do kontroli z dnia 8.01.2019r.

(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: 8.01.2019 r. godz.: 9.00

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: -

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 8.01.2019 r. godz.: 11.20
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: **ocena przestrzegania warunków higienicznych i zdrowotnych**
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:
 - Księga rejestrowa;
 - Procedury, instrukcje higieniczne obowiązujące w placówce;
 - Raport z kontroli wewnętrznej, ostatni z dnia 20.12.2018r.;
 - Umowa o świadczenie usług pralniczych nr 02/01/2019 z PRALNIA MAGIEL;
 - Umowa na przygotowanie i dostarczenie posiłków Nr 20/01/2019 z 02.01.2019r. zawarta z KUBUS ul. Osiedlowa, Zielona Góra;
 - Umowa na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów niebezpiecznych-medycznych Nr 05/11/2016 z 14.11.2016r. zawarta z VincoMed Jacek Komorowski;
 - Protokół przeglądu/serwisu urządzeń/ instalacji z czynności serwisowych urządzeń klimatyzacyjnych z dnia 25.04.2018r.;
 - Roczne zestawienie o ilości i rodzaju odpadów do Urzędu Marszałkowskiego z dnia 9.02.2018r.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: F/EP/15

III. WYNIKI KONTROLI

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

W rejestrze podmiotów działalności leczniczej prowadzonym przy Wojewodzie Lubuskim prowadzona jest dla kontrolowanego podmiotu Księga Rejestrowa o numerze 0000000386.

Zakład figuruje w ewidencji obiektów objętych nadzorem Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zielonej Górze.

W stosunku do kontrolowanego podmiotu nie jest prowadzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zielonej Górze postępowanie administracyjno-egzekucyjne.

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

A. Stan zatrudnienia:

W placówce zatrudnionych jest 24 pracowników, w tym: terapeuci, fizjoterapeuci, lekarze, pracownicy administracji.

B. Stan techniczno-sanitarny pomieszczeń zakładu:

Placówka zlokalizowana jest w budynku murowanym. Obiekt pozbawiony jest barier architektonicznych utrudniających dostęp do pomieszczeń osobom niepełnosprawnym poruszającym się na wózku inwalidzkim. W budynku funkcjonuje winda. Źródłem zaopatrzenia budynku w wodę jest wodociąg publiczny, nieczystości płynne odprowadzane są do miejskiej sieci kanalizacyjnej.

Ogrzewanie pomieszczeń oraz ciepłą wodę zapewnia elektrociepłownia. Wszystkie pomieszczenia służące udzielaniu świadczeń zdrowotnych mają zapewniony dostęp światła naturalnego, a wymianę powietrza zapewnia wentylacja grawitacyjna. W niektórych pomieszczeniach zapewniono dodatkowo klimatyzację, a w pomieszczeniach sanitarno -higienicznych dodatkowo wentylację mechaniczną.

Skład pomieszczeń podmiotu leczniczego stanowią:

- rejestracja;
- poczekalnia dla pacjentów wydzielona z miejscami siedzącymi;
- sala doświadczenia światła wyposażona w materace, maty, meble, przyrządy i urządzenia umożliwiające aktywizację lub wyciszenie wybranych obszarów percepcji za pomocą światła, dźwięków, muzyki, różnorodnych zabawek rozwijających zdolności poznawcze u dzieci;
- gabinety terapeutyczne - pedagogiczny, logopedyczny, psychologiczny: meble, biurka, krzesła, zabawki;
- gabinet lekarski z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym;
- sala pobytu dziennego składająca się z 3 sal (meble, zabawki, materace, siedziska), 2 pomieszczeń sanitarno-higienicznych z natryskiem (przewijak, kozetka dla dorosłych);
- sala fizykoterapii;
- pomieszczenie kinezyterapii: drabinki, kozetki, niezbędny sprzęt rehabilitacyjny;
- sala integracji sensorycznej: drabinki, platforma do ćwiczeń, materace;
- pomieszczenie kąpeli wodno-wirowej wyposażone w urządzenia do hydroterapii (2 wirówki, jacuzzi) z natryskiem;
- szatnia dla pacjentów wyposażona w wieszaki i zamykane na klucz szafki;
- pomieszczenie socjalne wyposażone w: umywalkę do mycia rąk, dwukomorowy zlewozmywak, szafki pracowników, miejsce spożywania posiłków;
- pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów przystosowane dla osób niepełnosprawnych wyposażone w kabinę natryskową, miskę ustępową oraz umywalkę;
- pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla personelu przystosowane dla osób niepełnosprawnych;
- pomieszczenie porządkowe wyposażone w zlew;
- szatnia na odzież wierzchnią;
- pomieszczenia administracyjne;
- pomieszczenia kuchenne;
- jadalnia;
- magazynek;
- pomieszczenie sanitarno-higieniczne wykorzystywane jako magazyn sprzętu, miejsce przechowywania sprzętu do utrzymania czystości.

Stanowiska mycia rąk w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych, gabinetach (lekarski, logopedyczny), sala fizykoterapii, kinezyterapii, integracji sensorycznej, pomieszczenie kąpeli wodno-wirowej wyposażono w:

- umywalkę do mycia rąk z bieżącą ciepłą i zimną wodą,
- dozownik z mydłem w płynie,
- dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk – Desmerdan, Skinman soft,
- pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku,

- pojemnik na zużyte ręczniki wyłożony workiem foliowym.

Pomieszczenia przeznaczone do rehabilitacji leczniczej wyposażono w stanowiska do mycia rąk z kompletem niezbędnych dozowników. Meble stanowiące wyposażenie wykonane są z materiałów o powierzchni gładkiej, odpornych na działanie wody i środków dezynfekcyjnych.

W obiekcie prowadzone są obecnie prace remontowe polegające na odnowieniu (szpachlowanie, malowanie) ścian i sufitów ciągów komunikacyjnych na parterze budynku.

C. Zakres prowadzonej działalności:

W kontrolowanym obiekcie wykonywane są takie zabiegi jak: kinezyterapia - ćwiczenia bierne, izometryczne, czynno-bierne, samowspomagane, w odciążeniu, czynne, oddechowe, synergistyczne, fizykoterapia - prądy TENS, prądy KOTZA, prądy Traberta, elektrostymulacja, laseroterapia, magnetoterapia, ultradźwięki, ciepolecznictwo - Sollux, lampa Biotron, hydroterapia - masaż wirowy kończyn dolnych, masaż wirowy kończyn górnych, całościowy.

D. Ochrona przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi:

1) środki dezynfekcyjne stosowane w zakładzie:

- Desmerdan, Skinman soft - preparat do higienicznej dezynfekcji rąk;
- Mikrozyd AF - dezynfekcja powierzchni;
- VIP - żel myjąco-wybielający do urządzeń sanitarnych;
- PIKASAT VC 120 - skoncentrowany środek do gruntownego czyszczenia pomieszczeń i urządzeń sanitarnych;
- Voigt VC 241 Nano Orange - płyn do mycia podłogi na bazie alkoholu.

Preparaty dezynfekcyjne przechowywane w oryginalnych opakowaniach, oznakowanych etykietą w języku polskim, zawierającą nazwę preparatu, jego wytwórcę, skład, spektrum działania, termin przydatności do użycia.

2) procedury i instrukcje obowiązujące w zakładzie:

- Instrukcja mycia i dezynfekcji rąk;
- Instrukcja sprzątania dla różnych rodzajów powierzchni;
- Procedura mycia i dezynfekcji twardych, zmywalnych powierzchni;
- Procedura higienicznego mycia i pielęgnacji rąk;
- Procedura postępowania z odpadami;
- Procedura postępowania z brudną odzieżą.

W ocenie kontrolujących procedury obowiązujące w zakładzie dostosowane są do rodzaju prowadzonej działalności. Procedury są aktualizowane i zatwierdzone przez dyrektora.

Kontrola wewnętrzna w obszarze zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych jest dokumentowana w wersji papierowej i przeprowadzana co 6 miesięcy ostatni protokół z dnia 20.12.2018 roku.

W placówce nie wykonuje się świadczeń medycznych z naruszeniem ciągłości skóry, nie stosuje się narzędzi i sprzętu wymagającego sterylizacji. Stosowana jest jednorazowa bielizna i materiały: rękawiczki, podkłady, ręczniki papierowe, pampersy.

E. Postępowanie z bielizną i odzieżą ochronną personelu

Odzież ochronna personelu prana jest w pralni zewnętrznej lub we własnym zakresie. Brudna odzież magazynowana jest w pojemniku plastikowym wyłożonym workiem foliowym. Czysta odzież ochronna przechowywana jest w szafach w pomieszczeniu socjalnym. Materiały jednorazowe przechowywane w magazynku, w zamkniętej szafie.

F. Gospodarka odpadami

Odpady komunalne - gromadzone są w pojemnikach wielorazowych wyłożonych workiem foliowym. Odpady komunalne z zakładu usuwane są do pojemników znajdujących się na zewnątrz budynku. Za wywóz odpadów odpowiada ZGK w Zielonej Górze.

Odpady medyczne - o kodzie 180104 gromadzone są w pojemnikach, wyłożonych niebieskimi workami, opisanych odpowiednim kodem gromadzonych w nim odpadów.

Odbiorcą odpadów jest koncesjonowany przedsiębiorca VincoMed Jacek Komorowski, ul. Kasztanowa 2, 66-008 Słone umowa nr 05/11/2016 z 14.11.2016r. W czasie kontroli przedstawiono karty przekazania odpadów. Odpady odbierane są z obiektu raz w tygodniu. Złożono roczne zestawienie do Urzędu Marszałkowskiego w Zielonej Górze o ilości wytworzonych odpadów za 2017 r. W 2017 r. do utylizacji przekazano 0,010 Mg o kodzie 180103 oraz 0,254 Mg o kodzie 180104.

G. Sprzątanie pomieszczeń

Sprzątaniem pomieszczeń zajmuje się personel placówki. Sprzęt porządkowy przechowywany jest w pomieszczeniu sanitarno-higienicznym, niedostępnym dla osób postronnych. Do dezynfekcji mebli, sprzętu terapeutycznego, materacy, wanien stosowany jest Mikrozid AF, do urządzeń sanitarnych stosowany jest VIP oraz PIKASAT VC 120 skoncentrowany środek do gruntownego czyszczenia pomieszczeń i urządzeń sanitarnych, do mycia podłóg Voigt VC 241 Nano Orange.

Czystość bieżąca kontrolowanych pomieszczeń nie budzi zastrzeżeń.

Umieszczono piktogram informujący o obowiązującym zakazie używania wyrobów tytoniowych i e-papierosów.

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** uwagi 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 grzywnien 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

Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży
Niepełnosprawnej "Promyk" SPZOZ

p.o. Kierownika ds. Administracyjnych
Krzysztof Kasprowski

Krzysztof Kasprowski
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Anna Jarosz
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 2019 r.

Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży
Niepełnosprawnej "Promyk" SPZOZ

p.o. Kierownika ds. Administracyjnych
Krzysztof Kasprowski

Krzysztof Kasprowski
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularzy kontroli** Ocena zakładu/oddziału rehabilitacji leczniczej F/EP/15

(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