

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 11/HP/2017**Brańsk, 04.10.2017r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Małgorzatę Kruszewską – kierownika Oddziału Higieny Pracy, nr upoważnienia KS.057.1.2017

Justynę Drozdowską - starszego asystenta Oddziału Higieny Pracy, nr upoważnienia KS.057.2.2017

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Podlaskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku.

*(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 r. poz. 1261) 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 2017 r. poz. 1257).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU****1. Podmiot kontrolowany**Dom Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Brańsku; ul. Jana Pawła II 12, 17-120 Brańsk,  
tel. 85 737 51 32 fax 85 737 50 60,

e-mail: dpsbransk@dpsbransk.pl

*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)***2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**Dom Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Brańsku; ul. Jana Pawła II 12, 17-120 Brańsk,  
tel. 85 737 51 32 fax 85 737 50 60, e-mail: dpsbransk@dpsbransk.pl

8730Z 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**

Starostwo Powiatowe w Bielsku Podlaskim

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

ul. Mickiewicza 46; 17-100 Bielsk Podlaski

*(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))***4. NIP/REGON/PKD odpowiednio**

NIP – 5431015233

REGON – 000558133

PKD - 87

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

Walentyna Tokajuk - 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\***

Anna Januszewska - Starszy Inspektor ds. BHP, p/poż i spraw pracowniczych

Anna Klinicka – Kierownik Działu Terapeutyczno - Opiekuńczego

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)***II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 04.10.2017r. godz. 09<sup>30</sup>

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: podmiot nie podlega ustawie o swobodzie działalności gospodarczej
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 04.10.2017r. godz. 12<sup>30</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
Kontrola kompleksowa w zakresie warunków zdrowotnych środowiska pracy.
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  
Sprawozdania z badań i pomiarów czynników szkodliwych w środowisku pracy: nr 38/2017 z badań chemicznych zanieczyszczeń powietrza ora pomiary mikroklimatu umiarkowanego z dnia 28.04.2017r. wykonane przez AWAL LAB Agata Walendykiewicz Szkolenie Usługi BHP, ul. Wąska 44/2, 15-123 Białystok
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
  1. Dokumentacja dotycząca oceny ryzyka zawodowego
  2. Orzeczenia lekarskie pracowników, stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku
  3. Sprawozdania z badań i pomiarów czynników szkodliwych w środowisku pracy: nr 38/2017 z badań chemicznych zanieczyszczeń powietrza ora pomiary mikroklimatu umiarkowanego z dnia 28.04.2017r.
  4. Rejestr chorób zawodowych
  5. Rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy zagrożenia
  6. Rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy zagrożenia
  7. Procedura postępowania poekspozycyjnego w zakresie zranienia ostrym narzędziem
  8. Procedura bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami
  9. Wykaz zranień ostrymi narzędziami
  10. Raport o bhp w zakresie zranień ostrymi narzędziami
  11. Spis stosowanych mieszanin chemicznych
  12. Karty charakterystyki stosowanych mieszanin chemicznych
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01; F/HP/02; F/HP/03; F/HP/07; F/HP/09; F/HP/17

### 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 w Brańsku jest jednostką organizacyjną podległą Zarządowi Powiatu Bielskiego. Przeznaczony jest dla osób przewlekle somatycznie chorych (40 miejsc) oraz

osób w podeszłym wieku (74 miejsca). Obiekt funkcjonuje na podstawie zezwolenia Wojewody Podlaskiego – decyzja znak: PSV.MN 9013/6/06 z dnia 28.11.2006r.

Dom Pomocy Społecznej w Brańsku zlokalizowany jest w dwóch budynkach wolnostojących. Do dyspozycji mieszkańców domu są m.in.: sala gimnastyczna, gabinet fizykoterapii, hydroterapii, laseroterapii, sala terapii zajęciowej, pokoje dziennego pobytu, biblioteka, kaplica. W obiekcie znajdują się również: gabinety medycznej pomocy doraźnej, magazynki środków czystości, magazyny bielizny, magazyn odpadów medycznych.

Nie toczy się postępowanie administracyjne w zakresie higieny pracy.

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

W trakcie kontroli dokonano oceny warunków zdrowotnych środowiska pracy. Warunki środowiska pracy personelu są zróżnicowane w zależności od stanowiska pracy i zakresu wykonywanych czynności. Ogółem zatrudnionych jest 86 osób na podstawie umowy o pracę: dział terapeutyczny - opiekunicy – 59 osób, dział administracyjno - gospodarczy – 21 osób, księgowość – 4 osoby, samodzielne stanowiska pracy (dyrektor, starszy inspektor bhp) – 2 osoby.

Ponadto 4 osoby zatrudnione są na podstawie umowy zlecenia na stanowisku psychologa, radcy prawnego, 2 kapelanów.

Podczas wykonywanej pracy personel placówki jest narażony na czynniki szkodliwe dla zdrowia, t.j. czynniki biologiczne – narażonych 57 osób, czynniki chemiczne – 31 osób.

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

(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

*Anna Januszewska* ..... *Anna Klimek* .....

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

*Margareta Kwasiele* ..... *Justyna Dwozdowska* .....

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *04.10.2017* .....

*Walentyne Tokajuk* .....

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
im. Jana Pawła II  
17-120 Brańsk, ul. Jana Pawła II 12  
tel/fax. (85) 737 50 60, tel. (85) 737 51 32

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli\*\* F/HP/01 - Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu/obiektu; F/HP/02 - Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy; F/HP/03 - Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki; F/HP/07 - Ocena realizacji wymogów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy związanej z występowaniem w miejscu pracy czynników chemicznych; F/HP/09 - Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin; F/HP/17 - Ocena realizacji wymogów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

(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