



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
DELEGATURA W GDAŃSKU

LGD.410.2.6.2024

Pani
Anna Szwedowska
Dyrektor Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa
Marcelego Kopicza w Szpęgawsku

Dom Pomocy Społecznej im. Dr. Józefa Marcelego
Kopicza w Szpęgawsku
ul. Kasztanowa 23
83-200 Starogard Gdański

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/061 Przestrzeganie praw mieszkańców domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Dom Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, Szpęgawsk 83-200 Starogard Gdański (dalej: „DPS”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Szwedowska, Dyrektor Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, od 30 września 2016 r. ¹ (dalej: „Dyrektor DPS”)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki organizacyjne w DPS dla osób dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych. 2. Przestrzeganie praw mieszkańców DPS i realizacja usług dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb.
Okres objęty kontrolą	Lata 2021 – 2024 (do 13 maja 2024 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały związek z przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	1. Agata Bloch, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/41/2024 z 23 lutego 2024 r. 2. Krzysztof Holli, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/42/2024 z 26 lutego 2024 r.

(akta kontroli str. 1-10)

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą zasady funkcjonowania DPS zostały uregulowane w wewnętrznych procedurach, które co do zasady zapewniały przestrzeganie praw mieszkańców, m.in.: wolności osobistej, godności, wolności poruszania się, ochrony zdrowia, niezakłóconego korzystania ze swojego mienia oraz prawa wyborczego. DPS spełniał warunki efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających wskazanych w § 6 ust. 2 pkt 3 lit. c rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie DPS). Liczba mieszkańców DPS nie przekraczała liczby wskazanej w zezwoleniu Wojewody Pomorskiego. Mieszkańcom zapewniono dostęp do psychologa i psychiatry. Określono zasady postępowania z depozytami mieszkańca, w tym po jego śmierci oraz podejmowano udokumentowane działania, które pozwoliły na likwidację depozytów po śmierci mieszkańców. Jednakże na tablicy ogłoszeń nie było informacji o depozytach, które pozostały po zmarłych mieszkańcach DPS, czym naruszono art. 6 ust. 5 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów.

¹ Od 30 września 2016 r. do 1 listopada 2016 r. Pani Anna Szwedowska pełniła obowiązki Dyrektora DPS, a od 2 listopada 2016 r. była Dyrektorem DPS.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dz. U. z 2018 r. poz. 734, ze zm.

W jednym z czterech pawilonów nie było windy, co było niezgodne z rozporządzeniem w sprawie DPS. W każdym budynku zapewniono pomieszczenie palarni. W DPS podejmowano prawidłowe i rzetelne działania w celu zweryfikowania zapewnienia przestrzegania praw mieszkańców, w tym rzetelnie rozpatrywano skargi na działalność DPS. W Regulaminie prowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS nie wprowadzono zapisów, które powinny uniemożliwiać nieupoważnionym osobom uzyskanie dostępu do informacji oraz zapewniać ochronę poufności tożsamości osoby dokonującej zgłoszenia wydarzenia nadzwyczajnego. Przymus bezpośredni w stosunku do mieszkańców stosowano, jednakże nierzetelnie dokumentowano jego zastosowanie. Nie stwierdzono przypadków w badanej próbie, że zastosowanie środków przymusu bezpośredniego zlecone zostało przez osobę nieupoważnioną. W regulaminie mieszkańców DPS nie określono dla każdego z posiłków czasu wydawania wynoszącego 2 godziny, co było niezgodne z rozporządzeniem w sprawie DPS. Zapisy w regulaminie mieszkańców DPS w zakresie godzin wydawania i spożywania posiłków przez mieszkańców DPS były niezgodne z godzinami wydawania i spożywania posiłków w Planach Dnia Działów Opiekuńczych. Liczba etatów pracowników socjalnych względem liczby mieszkańców w całym kontrolowanym okresie nie była zgodna z wymogami rozporządzenia w sprawie DPS. Wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego nie spełniał w 2022 r. i 2023 r. wymaganego poziomu 0,5 – określonego w rozporządzeniu w sprawie DPS. DPS dla celów sprawozdawczych przekazał do Centralnej Aplikacji Statystycznej zawyżone w ww. wskaźnika za 2022 r. i 2023 r. Dla dziewięciu z 20 pracowników wchodzących w skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego nie przestrzegano wymaganej częstotliwości szkoleń na temat praw mieszkańca, czym naruszono § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS. Mieszkańcy mieli możliwość swobodnego opuszczania DPS. Tylko w dwóch przypadkach nie sporządzono informacji o samowolnym oddaleniu się mieszkańca.

W DPS podejmowano działania zapewniające opiekę nad mieszkańcami. Zapewniono korzystanie ze zróżnicowanych form terapii dostosowanych do zindywidualizowanych potrzeb mieszkańców. Mieszkańcom zapewniano możliwość kontaktu z rodziną oraz dysponowanie własnymi środkami pieniężnymi. W DPS nie dochowano terminów kolejnych badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańców w zakresie uzasadniającym ich pobyt w domu (co najmniej raz na sześć miesięcy), co naruszało art. 38 ust. 1 i ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁵ (dalej: ustawa o zp). Zabezpieczenie antykonceptyjne ubezwłasnowolnionym całkowicie mieszkankom DPS podawano po uprzednim uzyskaniu zgody właściwego sądu opiekuńczego. Wywiązywano się z obowiązku pielęgnacji mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się (kąpiele, golenie, strzyżenie, profilaktyka i leczenie odleżyn), jednakże nierzetelnie dokumentowano jego stosowanie. W DPS nie uregulowano sposobu dokumentowania codziennego sprzątania pomieszczeń i pokoi mieszkalnych. Umożliwiono korzystanie ze świadczeń lekarskich, zarówno w formie ambulatoryjnej jak i stacjonarnej. Zlecenia lekarskie w zakresie badanej przez biegłego próby wykonywane były prawidłowo przez upoważniony personel – iniekcje, konsultacje, badania laboratoryjne. Nie udokumentowano jednak każdorazowego podania leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich. Nie zapewniono obsługi pielęgniarskiej na czterech nocnych dyżurach pielęgniarskim.

Osobom posiadającym pełną zdolność do czynności prawnych zapewniono możliwość wzięcia udziału w wyborach.

⁵ Dz.U. z 2022 r. poz. 2123, ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Warunki organizacyjne w DPS dla osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych

Opis stanu faktycznego

1.1 Zgodnie ze Statutem DPS⁷ (dalej: „Statut”) DPS w okresie objętym kontrolą był budżetową jednostką organizacyjną Powiatu Starogardzkiego, którą kierowała Dyrektor DPS. Dyrektor DPS miała za zadanie m.in. tworzyć warunki do coraz pełniejszej realizacji misji i zadań stojących przed DPS-em oraz kształtować właściwy stosunek personelu do mieszkańców poprzez dokształcanie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Nadzór nad przestrzeganiem wymaganego standardu usług świadczonych przez DPS sprawował Wojewoda Pomorski, a nadzór merytoryczny nad działalnością sprawował Zarząd Powiatu Starogardzkiego poprzez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Starogardzie Gdańskim (dalej: „PCPR”). DPS przeznaczony był dla osób przewlekle psychicznie chorych, posiadał liczbę miejsc zgodną z decyzją Wojewody Pomorskiego. Zgodnie z § 4 ust. 1 Statutu mieszkańców DPS miał w szczególności prawo m.in. do: godnego traktowania, uzyskiwania pełnej informacji o usługach świadczonych przez DPS i korzystania z nich, uzyskiwania wyjaśnień w sprawach przepisów regulujących zasady współżycia mieszkańców, pomocy w zaspokajaniu potrzeb i zapewnienia sobie ochrony prawnej, uczestniczenia w podejmowaniu decyzji w sprawach dotyczących jego osoby, zgłaszania skarg i wniosków do Rady Mieszkańców i Dyrektora DPS, uczestniczenia w pracach Rady Mieszkańców i wyboru do organów Rady Mieszkańców, przyjmowania odwiedzin krewnych i znajomych oraz uzyskania z ich strony pielęgnacji i opieki – w formach i zakresie dostosowanych do regulaminu DPS, przebywania poza DPS, po uprzednim zawiadomieniu personelu, a w przypadku dłuższej nieobecności, po uzyskaniu przepustki. W szczególnych przypadkach do uzyskania przepustki mogła być wymagana zgoda: lekarza, opiekuna prawnego, dyrektora lub Sądu Rodzinnego.

Obowiązkiem mieszkańca DPS było w szczególności: poszanowanie godności osobistej współmieszkańcy i pracownika, współdziałanie z personelem w zaspokajaniu swoich podstawowych potrzeb, dbanie – na miarę możliwości – o higienę osobistą, wygląd zewnętrzny oraz porządek w swoich rzeczach i wokół siebie, przestrzeganie norm i zasad współżycia oraz zarządzeń porządkowych, przyczynianie się do dobrej atmosfery w DPS oraz prawidłowego jego funkcjonowania, dbanie o mienie DPS, ponoszenie opłat za pobyt w DPS zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

Wojewoda Pomorski Decyzją (PS-IV.9423.2.4.2016) z 21 listopada 2016 r. zmienił poprzednie decyzje⁸, orzekając, że DPS jest przeznaczony dla osób przewlekle

⁶ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Stanowiącym załącznik do Uchwały Nr XXVIII/225/2017 Rady Powiatu Starogardzkiego z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie nadania statutu DPS, wraz ze zmianami – Uchwała Nr XLVIII/461/2023 z dnia 28 czerwca 2023 r. zmieniająca uchwałę Nr XXVIII/225/2017 Rady Powiatu Starogardzkiego z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie nadania statutu DPS.

⁸ Decyzja Wojewody Pomorskiego (PS. IV-9013/02/07) nr 10/2007 z 15 lutego 2007 r. zezwalająca Powiatowi Starogardzkiemu na prowadzenie DPS-u w Szpegawsku, w której orzekł, że DPS: jest przeznaczony dla osób przewlekle psychicznie chorych i dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie; posiada dwieście sześć miejsc dla mieszkańców, w tym: sto trzydzieści miejsc dla osób przewlekle psychicznie chorych i siedemdziesiąt sześć miejsc dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie. Zezwolenie wydano na czas nieokreślony. Decyzja Wojewody Pomorskiego (PS.-IV.9423.2.4.2013) z 17 stycznia 2014 r., w której orzekł zmienić decyzję nr 10/2007 z 15 lutego 2007 r. w następujący sposób, DPS: jest przeznaczony dla osób przewlekle psychicznie chorych; posiada dwieście sześć miejsc.

psychicznie chorych, posiada 216 miejsc, zezwolenie na prowadzenie DPS wydano na czas nieokreślony⁹.

(akta kontroli str. 11-26, 118-120, 1392)

Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym DPS¹⁰ (dalej: „RO”) był jednostką organizacyjną Powiatu Starogardzkiego, nad którą nadzór merytoryczny sprawował Zarząd Powiatu Starogardzkiego poprzez PCPR. Przeznaczono go dla osób przewlekle psychicznie chorych, zgodnie z Decyzją Wojewody na prowadzenie DPS. RO określał strukturę organizacyjną, funkcjonowanie i zadania realizowane przez DPS, a strukturę organizacyjną DPS przedstawiał schemat organizacyjny stanowiący załącznik nr 1 do RO. DPS kierowała Dyrektor DPS, która organizowała pracę DPS, podejmowała decyzje w sprawach kadrowych i merytorycznych, należących do zadań DPS, administrowała powierzonym majątkiem, dbała o jego należyty stan techniczny oraz prawidłowe wykorzystanie miejsc i właściwe zabezpieczenie. Dyrektor DPS mogła powoływać zespoły pracownicze (zadaniowe) w celu realizacji zadań DPS. Kierownicy działów bądź koordynatorzy byli odpowiedzialni za prawidłowe wykonywanie zadań określonych dla poszczególnych działów i zespołów zadaniowych oraz za należyty podział i organizację pracy, a także sprawowali merytoryczny nadzór nad pracą właściwych zespołów i stanowisk. Liczbę etatów, rodzaje stanowisk, funkcje i obsadę dla poszczególnych działów ustalała Dyrektor DPS, mając na celu realizację zadań DPS oraz posiadane do dyspozycji środki budżetowe. Do wspólnych zadań działów, zespołów pracowniczych i samodzielnych stanowisk należało w szczególności m.in.: rzetelne i efektywne wykonywanie zadań, stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych i poszerzanie wiedzy, wzajemne współdziałanie i współpraca przy wykonywaniu obowiązków służbowych, rozpoznawanie i załatwianie spraw indywidualnych mieszkańców DPS. W skład DPS wchodziły następujące komórki organizacyjne i stanowiska pracy, m.in.: Dział świadczeń opiekuńczych; Dział terapeutyczno-rehabilitacyjny; Dział gospodarczy i obsługi; Zespół pracowników socjalnych; Kapelan; Psycholog. Zgodnie z § 7 ust. 2 RO poszczególnymi Działami (świadczeń opiekuńczych, terapeutyczno-rehabilitacyjny) kierowali Kierownicy Działów, Główny Administrator kierował Działem gospodarczym i obsługi, zaś Starszy Specjalista pracy socjalnej – Koordynator kierował Zespołem pracowników socjalnych.

(akta kontroli str. 11-12, 27-48)

W czterech pawilonach DPS¹¹ według stanu na 31 grudnia 2021 r., 2022 r. i 2023 r. przebywało odpowiednio: 214, 216 i 215 pensjonariuszy – ich liczba nie przekraczała liczby miejsc określonych w Decyzji Wojewody Pomorskiego. Ubezpieczonych całkowicie mieszkańców DPS w ww. okresie było odpowiednio: 115¹², 111¹³ i 116¹⁴.

W 2021 r., 2022 r., 2023 r. i 2024 r. (do 29 lutego) zmarło 71 mieszkańców DPS, z czego odpowiednio: 20¹⁵, 22¹⁶, 23¹⁷ i 6¹⁸ mieszkańców. W dniu zgonu:

⁹ Nr wpisu do rejestru domów pomocy społecznej dla DPS to 38.

¹⁰ Wprowadzony Uchwałą Nr 28/201/2019 Zarządu Powiatu Starogardzkiego z dnia 17 września 2019 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu Organizacyjnego DPS, zmienionego Uchwałą Nr 129/805/2022 Zarządu Powiatu Starogardzkiego z dnia 11 maja 2022 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu Organizacyjnego DPS.

¹¹ Pawilon: „A”, „B”, „C” i „D”.

¹² Dla których opiekunem prawnym/kuratorem był: członek rodziny (dla 57 pensjonariuszy), pracownik DPS (dla 40 pensjonariuszy), inna osoba obca (dla 18 pensjonariuszy).

¹³ Dla których opiekunem prawnym/kuratorem był: członek rodziny (dla 52 pensjonariuszy), pracownik DPS (dla 40 pensjonariuszy), inna osoba obca (dla 19 pensjonariuszy).

¹⁴ Dla których opiekunem prawnym/kuratorem był: członek rodziny (dla 55 pensjonariuszy), pracownik DPS (dla 37 pensjonariuszy), inna osoba obca (dla 24 pensjonariuszy).

¹⁵ W DPS zmarło 16 mieszkańców, a w szpitalu 4.

¹⁶ W DPS zmarło 12 mieszkańców, a w szpitalu 10.

¹⁷ W DPS zmarło 15 mieszkańców, a w szpitalu 8.

¹⁸ W DPS zmarło 5 mieszkańców, a w szpitalu 1.

- 9 mieszkańców¹⁹ było w przedziale wiekowym 46-55 lat;
- 18 mieszkańców²⁰ było w przedziale wiekowym 56-65 lat;
- 25 mieszkańców²¹ było w przedziale wiekowym 66-75 lat;
- 12 mieszkańców²² było w przedziale wiekowym 76-85 lat;
- 7 mieszkańców²³ miało powyżej 85 lat.

W dniu zgonu czas pobytu ww. mieszkańców w DPS wynosił:

- poniżej roku (15 mieszkańców²⁴);
- od 1 do 2 lat (9 mieszkańców²⁵);
- od 3 do 5 lat (12 mieszkańców²⁶);
- powyżej 5 lat (35 mieszkańców²⁷).

(akta kontroli str. 13-20, 1063-1065)

1.2 W okresie objętym kontrolą w DPS obowiązywały uregulowania wewnętrzne, uwzględniające w szczególności wymogi określone w art. 55 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej, w zakresie:

a) wolności mieszkańców:

- Zarządzenie nr 1/2018 Dyrektora DPS z dnia 19 stycznia 2018 r. (Aneks 1 z dnia 28 stycznia 2020 r. oraz Aneks 2 z dnia 29 maja 2023 r.) dot. środków przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców DPS;
- Zarządzenie nr 2 /2018 Dyrektora DPS z dnia 19 stycznia 2018 r. dot. zasad stosowania zabezpieczeń opiekuńczych (pielęgnacyjnych);
- Komunikat nr 1/2020 Dyrektora DPS z dnia 11 marca 2020 r. w sprawie wstrzymania odwiedzin i wyjazdów mieszkańców DPS;
- Komunikat nr 1/2022 Dyrektora DPS z dnia 14 czerwca 2022 r. w sprawie zasad zabezpieczeń opiekuńczych oraz stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców DPS;
- Zarządzenie nr 4/2024 Dyrektora DPS z dnia 2 maja 2024 r. dot. środków przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców DPS.

b) intymności mieszkańców:

- Komunikat nr 2 Dyrektora DPS z dnia 21 marca 2024 r. w sprawie Harmonogramu kąpieli mieszkańców DPS.

c) godności i poczucia bezpieczeństwa:

- Decyzja Wojewody Pomorskiego z 15 lutego 2007 r. zezwalająca Powiatowi Starogardzkiemu na prowadzenie DPS-u;
- Decyzja Wojewody Pomorskiego z 17 stycznia 2014 r., w której orzekł, że DPS jest przeznaczony dla osób przewlekle psychicznie chorych; posiada dwieście szesnaście miejsc;
- Decyzją Wojewody Pomorskiego z 21 listopada 2016 r. zezwalającą na nadanie imienia DPS;

¹⁹ Zmarło w: 2022 r. 4 mieszkańców, 2023 r. 4 mieszkańców, 2024 r. jeden mieszkaniec.

²⁰ Zmarło w: 2021 r. 6 mieszkańców, 2022 r. 3 mieszkańców, 2023 r. 7 mieszkańców, 2024 r. 2 mieszkańców.

²¹ Zmarło w: 2021 r. 9 mieszkańców, 2022 r. 6 mieszkańców, 2023 r. 8 mieszkańców, 2024 r. 2 mieszkańców.

²² Zmarło w: 2021 r. 2 mieszkańców, 2022 r. 7 mieszkańców, 2023 r. 3 mieszkańców.

²³ Zmarło w: 2021 r. 3 mieszkańców, 2022 r. 2 mieszkańców, 2023 r. 1 mieszkaniec, 2024 r. 1 mieszkaniec

²⁴ Dotyczy: 2 w 2021 r., 7 w 2022 r., 2 w 2023 r., 4 w 2024 r.

²⁵ Dotyczy: 3 w 2021 r., 1 w 2022 r., 5 w 2023 r.

²⁶ Dotyczy: 2 w 2021 r., 3 w 2022 r., 6 w 2023 r., 1 w 2024 r.

²⁷ Dotyczy: 13 w 2021 r., 11 w 2022 r., 10 w 2023 r., 1 w 2024 r.

- Statut, RO;
- Uchwała Rady Powiatu Starogardzkiego 72/437/2016 z dnia 28 października 2016 r. o zatrudnieniu Dyrektora DPS;
- Zarządzenie Nr 8 Dyrektora DPS z dnia 6 października 2015 r. (Aneks nr 1 z dnia 8 kwietnia.2016 r.) w sprawie wprowadzenia regulaminu korzystania z kont depozytowych mieszkańców;
- Zarządzenie nr 18 Dyrektora DPS z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie wprowadzenia regulaminu organizacji przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków w DPS;
- Zarządzenie nr 9 Dyrektora DPS z dnia 1 marca.2017 r. w sprawie wprowadzenia zastępstwa Dyrektora;
- Zarządzenie nr 12 Dyrektora DPS z dnia 3 kwietnia 2017 r. w sprawie wprowadzenia regulaminu działalności zespołów terapeutyczno-opiekuńczych;
- Zarządzenie nr 18 Dyrektora DPS z dnia 3 lipca 2017 r. w sprawie wprowadzenia regulaminu mieszkańców DPS (dalej: „regulamin mieszkańców DPS”);
- Zarządzenie nr 26 Dyrektora DPS z dnia 15 listopada 2017 r. w sprawie wprowadzenia zasad postępowania w przypadku samowolnego oddalenia mieszkańca DPS;
- Zarządzenie nr 4 Dyrektora DPS z dnia 22 stycznia 2018 r. w sprawie wprowadzenia procedury postępowania przy przyjęciu mieszkańca;
- Zarządzenie nr 7 Dyrektora DPS z dnia 9 lutego 2018 r. w sprawie wprowadzenia regulaminu postępowania w sprawie pozostawionych przez zmarłych mieszkańców środków pieniężnych oraz mienia ruchomego;
- Zarządzenie nr 5 Dyrektora DPS z dnia 18 kwietnia 2019 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Rady Mieszkańców;
- Komunikat nr 1 Dyrektora DPS z dnia 11 marca 2020 r. w sprawie wstrzymania odwiedzin i wyjazdów mieszkańców od dnia 11.03.2020 r.;
- Komunikat nr 2 Dyrektora DPS z dnia 11 marca 2020 r. w sprawie stosowania środków szczególnej ostrożności w sytuacji zagrożeń epidemiologicznych;
- Zarządzenie nr 2 Dyrektora DPS z dnia 19 stycznia 2023 r. w sprawie zakazu oraz ograniczenia palenia wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych i nowatorskich wyrobów tytoniowych na terenie DPS;
- Zarządzenie nr 7 Dyrektora DPS z dnia 28 kwietnia 2023 r. wprowadzające Instrukcję Bezpieczeństwa Pożarowego;
- Komunikat nr 4 Dyrektora DPS z dnia 21 grudnia 2020 r. wprowadzający Plan dnia Działów opiekuńczych;
- Komunikat nr 1 Dyrektora DPS z dnia 28 grudnia 2023 r. wprowadzający Plan dnia Oddziałów: „A”, „B”, „b” i „C”;
- Zarządzenie 6 Dyrektora DPS z dnia 23 stycznia 2018 r. wprowadzające gospodarowanie lekami;
- Zarządzenie nr 3 Dyrektora DPS z dnia 15 kwietnia 2020 r. wprowadzające wyposażenie w przyłbice ochronne twarzy oraz maseczki materiałowe do użytku dla pracowników DPS celem podjęcia dalszych działań związanych z przeciwdziałaniem rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2;

- Zarządzenie nr 4 Dyrektora DPS z dnia 15 kwietnia 2020 r. wprowadzające procedury postępowania w przypadku podejrzenia wystąpienia w DPS zakażenia koronawirusem;
- Zarządzenie nr 5 Dyrektora DPS z dnia 21 kwietnia 2020 r. wprowadzające procedury postępowania z odpadami wytwarzanymi w czasie występowania zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 i zachorowań wywołanych przez niego chorobą COVID-19;
- Zarządzenie nr 6 Dyrektora DPS z dnia 22 lipca 2020 r. wprowadzające regulamin odwiedzin w DPS w okresie działań związanych z przeciwdziałaniem rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2;
- Komunikat nr 3 Dyrektora DPS z dnia 7 sierpnia 2020 r. wprowadzający wstrzymanie odwiedzin i wyjazdów mieszkańców od 8 sierpnia 2020 r.;
- Zarządzenie nr 3 Dyrektora DPS z dnia 10 marca 2021 r. wprowadzające procedury odwiedzin i urlopowania mieszkańców DPS w czasie trwania pandemii COVID-19;
- Komunikat nr 4 Dyrektora DPS z dnia 22 października 2021 r. wprowadzający odwiedziny mieszkańców zgodnie z zaktualizowaną rekomendacją MRiPS, MZ, GIS, dla DPS;
- Zarządzenie nr 4 Dyrektora DPS z dnia 22 kwietnia 2022 r. dot. wprowadzenia procedur organizacyjnych i bezpieczeństwa mieszkańcom DPS;
- Komunikat nr 1 Dyrektora DPS z dnia 1 marca 2024 r. dot. potwierdzenia przyjęcia lub nie przyjęcia przez mieszkańców DPS leków zleconych przez lekarzy;
- Zarządzenie 1 Dyrektora DPS z dnia 2 stycznia 2024 r. wprowadzające rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS;
- Zarządzenie nr 5 Dyrektora DPS z dnia 8 maja 2003 r. (wraz z trzema aneksami) wprowadzające procedurę dotyczącą mieszkańców oraz planu adaptacji mieszkańców nowoprzyjętych;
- Komunikat nr 3 Dyrektora DPS z dnia 10 maja 2024 r. wprowadzający kartę przyjęcia leków.

(akta kontroli str. 7-10, 13-48, 52-117, 121-136, 138-141, 340-349, 369-525, 1209-1218, 1313-1338)

Uregulowania w zakresie trybu postępowania z depozytami po śmierci mieszkańca opisano w pkt 2.8. wystąpienia pokontrolnego.

W Regulaminie prowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS²⁸ nie wprowadzono zapisów wynikających z art. 55c ust. 4 ustawy o pomocy społecznej, co opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości. Opracowaną procedurę rejestracji i zgłaszania zdarzeń nadzwyczajnych opisano w pkt 2.3. wystąpienia pokontrolnego.

W regulaminie mieszkańców DPS nie określono dla każdego z posiłków czasu wydawania wynoszącego 2 godziny – co wynika z § 6 ust. 1 pkt 6c rozporządzenia w sprawie DPS. Wskazano jedynie godziny, od których rozpoczyna się wydawanie poszczególnych posiłków: śniadania, obiadu i kolacji. Zapisy w regulaminie mieszkańców DPS w zakresie godzin wydawania i spożywania posiłków przez

²⁸ Wprowadzonym Zarządzeniem Nr 1/2024 Dyrektora DPS w sprawie prowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS wprowadził do stosowania Regulamin prowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS

mieszkańców DPS były niezgodne z godzinami wydawania i spożywania posiłków w obowiązujących w okresie kontroli Planach Dnia Działów Opiekuńczych.

Plan Dnia Działów Opiekuńczych z 2020 r. oraz jadłospisy nie zawierały określonego dla każdego z posiłków czasu wydawania wynoszącego 2 godziny, zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 6c rozporządzenia w sprawie DPS, co opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

W DPS w okresie objętym kontrolą uregulowano sposób dokumentowania wymiany pościeli o czym mowa w § 6 ust. 1 pkt 8a rozporządzenia w sprawie DPS. Kierownicy Działów Opiekuńczych wyjaśnili, że wymiana pościeli odbywa się zgodnie z obowiązującym harmonogramem oraz indywidualnie według potrzeb mieszkańców na wszystkich oddziałach.

W DPS w okresie objętym kontrolą nie uregulowano sposobu dokumentowania codziennego sprzątanía pomieszczeń i pokoiów mieszkalnych, o czym mowa w § 6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie DPS, co opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli, str. 138-141, 1209-1218, 1313-1338, 2856-2871)

Dyrektor DPS zastosowała się do rekomendacji wydanych 19 maja 2021 r. przez MPiPS, MZ i GIS dla domów pomocy społecznej dotyczącymi łagodzenia obostrzeń związanych z epidemią COVID-19. Mieszkańcy DPS bezpośrednio po wprowadzeniu w/w rekomendacji mieli możliwość urlopowania oraz wychodzenia poza teren DPS w celu realizacji bieżących potrzeb oraz swobodnego przemieszczania się po terenie DPS, przy zachowaniu reżimu sanitarnego. Mieszkańcom umożliwiono także odwiedziny z zewnątrz, przez członków ich rodzin oraz bliskich, które każdorazowo odbywały się przy zachowaniu reżimu sanitarnego.

Dyrektor DPS wyjaśniła, że powyższe rekomendacje początkowo wprowadzone zostały słownie, a następnie komunikatem Nr 4/2021 Dyrektora DPS z dnia 22 października 2021 r.

(akta kontroli str. 350-518)

1.3 W DPS (według stanu na 31 grudnia) w: 2021 r., 2022 r. i 2023 r. zatrudniano odpowiednio: 114 (109 etatów), 106 (101,25 etatu) i 104 (98,50 etatu) pracowników zapewniających usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające, tj.: pracownicy socjalni, pielęgniarki, opiekunowie, rehabilitanci, terapeuci, opiekunowie medyczni, pokojowe, instruktorzy ds. kulturalno-oświatowych, instruktorzy terapii zajęciowej, pomoc administracyjna, psycholog. Wymieni wyżej pracownicy pierwszego kontaktu wchodziłi w skład zespołu opiekuńczo-terapeutycznego. Pięciu pracowników pierwszego kontaktu zatrudnionych na umowę zlecenie w grudniu 2023 r.²⁹ przepracowało łącznie 131,37 godzin w bezpośrednim kontakcie z mieszkańcami. Dodatkowo trzech pracowników administracyjnych (jeden starszy referent i dwie starsze księgowo) niebędących pracownikami Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego było pracownikami pierwszego kontaktu i wchodziło w skład zespołu opiekuńczo-terapeutycznego – funkcję swoją wykonywali w zakresie 0,25% wymiaru czasu swojej pracy.

DPS w okresie objętym kontrolą zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie DPS zapewniał mieszkańcom kontakt z psychologiem (zatrudniony na umowę zlecenie) oraz psychiatrą (wizytował placówkę raz w tygodniu zapewniając mieszkańcom DPS opiekę psychiatryczną).

Młodzież z Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego w Swarzędzie świadczyła na rzecz DPS wolontariat, w ramach którego, pod nadzorem nauczyciela z ww. szkoły prowadzili zajęcia, tj. gry stolikowe, rozmowy, śpiewanie piosenek, czytanie literatury

²⁹ Zatrudnieni na stanowiskach: Psychologa, Starszy opiekun kwalifikowany w DPS, Starszy instruktor terapii zajęciowej i dwie Pielęgniarki.

i wspólne słuchanie muzyki. W 2023 r. wolontariusze odwiedzili DPS trzykrotnie³⁰, a ich pobyt trwał każdorazowo około 3 godzin.

W okresie objętym kontrolą nie zatrudniano stażystów, praktykantów oraz osób odbywających służbę zastępczą w DPS.

W DPS, według stanu na dzień 31 grudnia: 2021 r., 2022 r. i 2023 r. przebywało odpowiednio: 214, 216 i 215 pensjonariuszy. Dla ww. liczby pensjonariuszy, DPS według stanu na dzień 31 grudnia: 2021 r., 2022 r. i 2023 r. zapewnił czterech pracowników socjalnych zatrudnionych na pełen etat. Zatrudnienie w DPS na stanowisku pracownika socjalnego powinno być w wymaganej w § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DPS liczbie etatów względem liczby mieszkańców, czyli: 4,28 etatu w 2021 r., 4,32 etatu w 2022 r., 4,30 etatu w 2023 r.

Wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego (według stanu na 31 grudnia): 2021 r., 2022 r. i 2023 r. wynosił według ww. danych odpowiednio: 0,5; 0,47 i 0,47 i nie spełniał w 2022 r. i 2023 r. wymaganego poziomu 0,5 – określonego wymogu w § 6 ust. 2 pkt 3c rozporządzenia w sprawie DPS, co opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

DPS³¹ (według stanu na 31 grudnia) roku: 2021, 2022 i 2023 zatrudniał odpowiednio: 115 (110 etatów), 114 (109,75 etatu) i 123 (111 etatu) pracowników wchodzących w skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Powyższe dane wykazane przez DPS w Centralnej Aplikacji Statystycznej były nierzetelne, w wyniku czego DPS wykazał wskaźnik zatrudnienia ww. pracowników (według stanu na 31 grudnia): 2021 r., 2022 r. i 2023 r. odpowiednio: 0,5; 0,5 i 0,6.

(akta kontroli str. 1066-1208, 1404-1406)

1.4 W wyniku przeprowadzonych oględzin ustalono, co następuje:

DPS znajdował się na ogrodzonym terenie, zlokalizowanym pod adresem ul. Kasztanowa 23 w miejscowości Szpęgawsk. Metalowy płot o wysokości około 200 cm ogradzał teren DPS-u, w tym część sąsiadującą z Jeziorem Rywaldzkim. Na całej długości ww. płotu nie stwierdzono uszkodzeń w jego polaci, które by umożliwiały wydostanie się osobom poza teren DPS-u lub dostanie się na teren DPS-u osobom z zewnątrz. Od strony Jeziora Rywaldzkiego w ww. płocie znajdowało się jedno ruchome przesłó (zamknięte na kłódkę), przez które był możliwy dostęp do części terenu DPS-u bezpośrednio przyległego do ww. jeziora (znajdowały się tam m.in. drzewa, krzewy oraz przepompownia). Na ogrodzony teren DPS-u można było się dostać (autem lub pieszo) przez jedną z trzech bram. Dwie czynne bramy znajdowały się od strony ul. Kasztanowej, z tego: pierwsza brama główna była przy budynku Portierni, a druga brama techniczna była przy budynku, w którym znajdowała się kotłownia wraz z warsztatami i hydrofornią. Trzecia brama znajdowała się od strony Drogi Krajowej Nr 22 – w dniu oględzin nieużywana. Na ogrodzonym terenie DPS zlokalizowano:

- siedem budynków (co uwidoczniło na Planie DPS za bramą wjazdową), z tego: portiernię, cztery pawilony przeznaczone na cele mieszkaniowe dla 216 pensjonariuszy DPS („A”, „B”, „C” i „D” – tzw. małe „b” gdzie znajdowała się również Kuchnia Główna, przygotowująca posiłki dla DPS oraz pomieszczenia biurowe dla pracowników DPS), budynek gospodarczy, budynek z warsztatami, kotłownią i hydrofornią. Pawilony: „A”, „B” i „D” skomunikowano ze sobą łącznikiem;
- dwie studnie głębinowe, przeznaczone na własne potrzeby DPS – każda zabezpieczona płotem.

³⁰ W dniu 7 listopada 2023 r. było 6 wolontariuszy, w dniu 21 listopada 2023 r. było 6 wolontariuszy, a 5 grudnia 2023 r. było 5 wolontariuszy.

³¹ Według danych sprawozdawczych przekazanych przez DPS do Centralnej Aplikacji Statystycznej.

Teren DPS wraz z pawilonami przeznaczonymi dla pensjonariuszy objęty był zewnętrznym monitoringiem wizyjnym. Wgląd w monitoring wizyjny miał Dozorca w budynku Portierni oraz Główny Administrator DPS w Pawlinie D – tzw. „małe b”. Ciągi komunikacyjne na terenie DPS, w tym chodniki między budynkami i pawilonami oraz wejścia do poszczególnych pawilonów dla pensjonariuszy DPS dostosowano do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo. Przy pawilonie „A” znajdowała się zewnętrzna siłownia oraz wiaty rekreacyjne wraz z ławkami.

Pawilon „A” posiadał windę (winda była sprawna), która jeździła między trzema kondygnacjami przeznaczonych na potrzeby pensjonariuszy DPS:

- w piwnicy były m.in.: ogólnodostępne toalety, pralnia, suszarnia, magazyny w czterech pomieszczeniach, pomieszczenie Kierownika terapii zajęciowej, kaplica, gabinet logopedy, gabinet masażysty, gabinet psychologa i kapelana, pięć pomieszczeń do terapii zajęciowej, sala gimnastyczna;

- na parterze były m.in.: kuchenka pomocnicza, zmywalnia, jadalnia połączona ze świetlicą, pomieszczenie socjalne, gabinet zabiegowy, gabinet przedmedycznej pomocy doraźnej (w którym znajdowała się centrala systemu przyzywowo-alarmowego (sygnał wysłany z pokoju nr 1 był widoczny na ww. centrali) oraz centrala systemu przeciwpożarowego)), pokój nr 12 dozoru (izolatka) z monitoringiem wizyjnym (wgląd do monitoringu miał personel gabinet przedmedycznej pomocy doraźnej) oraz drzwiami wyposażonymi w klamki z obu stron – istniała możliwość otwierania drzwi od wewnątrz, pokoje mieszkalne wieloosobowe z WC i prysznicami (zasłanianymi), łazienka ogólnodostępna z zamykanymi toaletami, prysznicem (zasłaniany), wanną, parawanem oraz mobilnym podnośnikiem transportowym – wykorzystywanym przy kąpieli osób z ograniczoną możliwością poruszania się, lub osób leżących - spełniono wymóg, o którym mowa w §6 ust. 4 lit. d rozporządzenia w sprawie DPS. Palarnia znajdowała się przy wyjściu z ww. pawilonu.

Pensjonariusz leżący (nr 31), zamieszkujący pokój nr 5, z łóżka nie miał bezpośredniego dostępu do systemu przyzywowo-alarmowego – przycisk ww. systemu znajdował się obok wyjścia z ww. pokoju. W pokoju znajdował się parawan zapewniający intymność. Pomieszczenie było czyste i wolne od nieprzyjemnych zapachów, miało powierzchnię wymaganą w § 6 ust. 3 lit. b rozporządzenia w sprawie DPS i miało niezbędne wyposażenie wymagane w § 6 ust. 3 lit. c ww. rozporządzenia.

- na pierwszym piętrze były m.in.: kuchenka pomocnicza, zmywalnia, jadalnia połączona ze świetlicą, palarnia (jako wyodrębnione, wentylowane pomieszczenie), pokoje mieszkalne wieloosobowe z WC i prysznicami (zasłanianymi), łazienka ogólnodostępna z zamykanymi toaletami, prysznicem (zasłaniany), wanną, parawanem oraz mobilnym podnośnikiem transportowym – wykorzystywanym przy kąpieli osób z ograniczoną możliwością poruszania się lub osób leżących - spełniono wymóg, o którym mowa w § 6 ust. 4 lit. d Rozporządzenia. Pokój nr 1 był przeznaczony dla trzech osób poruszających się samodzielnie – pomieszczenie było czyste i wolne od nieprzyjemnych zapachów i miało niezbędne wyposażenie.

System przyzywowo-alarmowy oraz system przeciwpożarowy obejmowały wszystkie pokoje przeznaczone dla pensjonariuszy w pawilonie „A”. Czujniki systemu przeciwpożarowego wraz z monitoringiem wizyjnym były dodatkowo na korytarzach.

Na tablicy ogłoszeń w jadalniach na obu poziomach umieszczono m.in. jadłospisy dekadowe z wyborem zestawu posiłków (dieta: oszczędzająca, cukrzycowa), zapewniające minimum trzy posiłki dziennie bez określenia w jakich godzinach były wydawane. Wydawany obiad był zgodny z jadłospisem na dany dzień.

Pawilon „B” posiadał trzy kondygnacje (bez windy) przeznaczone na potrzeby pensjonariuszy DPS:

- w piwnicy były m.in.: pracownia stylizacji (fryzjer), ogólnodostępne toalety, dwie pralnie, dwie suszarnie, pokój gościnny z toaletą i prysznicem zasłanianym kotarą;

– na parterze były m.in.: kuchenka pomocnicza, zmywalnia, jadalnia połączona ze świetlicą, pomieszczenie socjalne, gabinet zabiegowy, gabinet przedmedycznej pomocy doraźnej (w którym znajdowała się centrala systemu przyzywowo-alarmowego (sygnał wysłany z pokoju nr 16 był widoczny na ww. centrali) oraz centrala systemu przeciwpożarowego)), pokój nr 16 dozoru (izolatka) z monitoringiem wizyjnym (wgląd do monitoringu miał personel gabinet przedmedycznej pomocy doraźnej) oraz drzwiami wyposażonymi w klamki z obu stron – istniała możliwość otwierania drzwi od wewnątrz, pokoje mieszkalne wieloosobowe z WC i prysznicami (zasłanianymi), łazienka ogólnodostępna z zamykanymi toaletami, prysznicem (zasłaniany), wanną, parawanem oraz mobilnym podnośnikiem transportowym – wykorzystywanym przy kąpaniu osób z ograniczoną możliwością poruszania się lub osób leżących - spełniono wymóg, o którym mowa w § 6 ust. 4 lit. d rozporządzenia w sprawie DPS. Palarnia znajdowała się przy wyjściu z ww. pawilonu;

– na pierwszym piętrze były m.in.: kuchenka pomocnicza, zmywalnia, jadalnia połączona ze świetlicą, palarnia (jako wyodrębnione, wentylowane pomieszczenie), pokoje mieszkalne wieloosobowe z WC i prysznicami (zasłanianymi), łazienka ogólnodostępna z zamykanymi toaletami, prysznicem (zasłaniany), wanną, parawanem oraz mobilnym podnośnikiem transportowym – wykorzystywanym przy kąpaniu osób z ograniczoną możliwością poruszania się lub osób leżących - spełniono wymóg, o którym mowa w § 6 ust. 4 lit. d rozporządzenia. W pokoju nr 19 na I piętrze znajdował się pensjonariusz (nr 194) o ograniczonej możliwości poruszania się – pomieszczenie było czyste i wolne od nieprzyjemnych zapachów, miało wymaganą powierzchnię w § 6 ust. 3 lit. b ww. rozporządzenia i niezbędne wyposażenie wymagane w § 6 ust. 3 lit. c ww. rozporządzenia. Do transportu pensjonariuszy o ograniczonej możliwości poruszania się personel pawilonu „B” używał między parterem a I piętrzem krzesła ewakuacyjnego.

System przyzywowo-alarmowy oraz system przeciwpożarowy obejmowały wszystkie pokoje przeznaczone dla pensjonariuszy w pawilonie „B”. Czujniki systemu przeciwpożarowego wraz z monitoringiem wizyjnym były dodatkowo na korytarzach.

Na tablicy ogłoszeń w jadalniach na obu poziomach umieszczono m.in. jadłospisy dekadowe z wyborem zestawu posiłków (dieta: oszczędzająca, cukrzycowa), zapewniające minimum trzy posiłki dziennie bez określenia w jakich godzinach były wydawane. Wydawany obiad był zgodny z jadłospisem na dany dzień.

Pawilon „C” posiadał windę (winda była sprawna), która jeździła między dwoma kondygnacjami (parter i I piętro) przeznaczonymi na potrzeby pensjonariuszy DPS:

– w piwnicy lewego skrzydła pawilonu „C” znajdowało się m.in. pomieszczenie do terapii zajęciowej, obok którego była ogólnodostępna toaleta i aneks kuchenny;

– na parterze były m.in.: pomieszczenie oddziałowej, kuchenka pomocnicza, zmywalnia, świetlica, jadalnia, pomieszczenie socjalne, gabinet zabiegowy, gabinet przedmedycznej pomocy doraźnej, pokój personelu (w którym znajdowała się centrala systemu przeciwpożarowego oraz systemu przyzywowo-alarmowego (sygnał wysłany z pokoju nr 12 był widoczny na ww. centrali) oraz centrala systemu przeciwpożarowego)), pokój nr 1 dozoru (izolatka) z monitoringiem wizyjnym (wgląd do monitoringu miał personel w pokoju dla personelu) oraz drzwiami wyposażonymi w lampki z obu stron – istniała możliwość otwierania drzwi od wewnątrz, pokoje mieszkalne wieloosobowe z WC i prysznicami (zasłanianymi), łazienka ogólnodostępna z zamykanymi toaletami, prysznicem (zasłaniany), wanną, parawanem oraz mobilnym podnośnikiem transportowym – wykorzystywanym przy kąpaniu osób z ograniczoną możliwością poruszania się lub osób leżących - spełniono wymóg, o którym mowa w § 6 ust. 4 lit. d rozporządzenia w sprawie DPS. Palarnia znajdowała się przy wyjściu z ww. pawilonu oraz wewnątrz budynku w wyodrębnionym, wentylowanym pomieszczeniu (pomieszczenie między pokojem nr 3 i 4). Pokój nr 4 był przeznaczony dla czterech pensjonariuszy – przycisk systemu przyzywowo-alarmowego znajdował się na ścianie

między oknami pod telewizorem, był też czujnik systemu przeciwpożarowego. W pokoju znajdował się parawan zapewniający intymność. Pomieszczenie było czyste i wolne od nieprzyjemnych zapachów, miało powierzchnię wymaganą w § 6 ust. 3 lit. b ww. rozporządzenia i miało niezbędne wyposażenie wymagane w § 6 ust. 3 lit. c rozporządzenia.

– na pierwszym piętrze były m.in.: kuchenka pomocnicza, zmywalnia, jadalnia, pokoje mieszkalne wieloosobowe z WC i prysznicami (zasłanianymi), łazienki ogólnodostępne z zamykanymi toaletami, prysznicami (zasłanianymi) oraz pralnią.

System przyzywowo-alarmowy oraz system przeciwpożarowy obejmowały wszystkie pokoje przeznaczone dla pensjonariuszy w pawilonie „C”. Czujniki systemu przeciwpożarowego wraz z monitoringiem wizyjnym były dodatkowo na korytarzach.

Na tablicy ogłoszeń w jadalniach na obu poziomach umieszczono jadłospisy dekadowe z wyborem zestawu posiłków (dieta: oszczędzająca, cukrzycowa), zapewniające minimum trzy posiłki dziennie bez określenia w jakich godzinach są wydawane. Wydawany obiad był zgodny z jadłospisem na dany dzień.

Pawilon „D” – zwany również małe „b” posiadał trzy kondygnacje: piwnicę (w której były m.in. magazyny i obieralnie na potrzeby Kuchni Głównej w DPS), parter – z częścią mieszkalną dla pensjonariuszy DPS oraz pomieszczeniami dla pracowników administracyjnych DPS, pierwsze piętro – pomieszczenia dla pracowników administracyjnych DPS:

– na parterze były m.in.: przy holu głównym (na ścianie między Sekretariatem Dyrektora – pokój nr 1, a Gabinetem Dyrektora – pokój nr 2) tablica ogłoszeń, na której umieszczono informacje dot. m.in.: danych adresowych DPS, typu placówki - publiczna, podmiotu prowadzącego DPS – Powiat Starogardzki Starostwo Powiatowe, rodzaju placówki – dla osób przewlekle psychicznie chorych, ilości miejsc – 216, nr wpisu do rejestru DPS – 38, kontaktu (do: Helsińskiej Fundacji Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Obywatelskich i Pełnomocnika Terenowego w Gdańsku, Sędziego Sądu Rodzinnego w Starogardzie Gdańskim, Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Infolinii obywatelskiej, Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego Wydział Polityki Społecznej, Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, Prokuratury Rejonowej, Numerów alarmowych), prawach pacjenta, godzin i dni przyjmowania skarg i wniosków przez Starostę, Wicestarostę, Sekretarza i Skarbnika Powiatu, godzin i dni przyjmowania skarg i wniosków przez Dyrektora DPS oraz Kierownika Działu Opiekuńczego; Zarządzenie Dyrektora DSP w sprawie zakazu oraz ograniczenia palenia wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych i nowatorskich wyrobów tytoniowych na terenie DPS, dni i godzin wykonywania usług krawieckich dla mieszkańców DPS w marcu 2024 r., koronawirusa (praw i obowiązków pracowników), rekomendacji dla zakładów pracy w związku z ryzykiem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, Wytycznych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej dot. COVID, Planów dnia dla Oddziałów „A”, „B”, „b” i „C”, składu osobowego Rady Mieszkańców, dat wyjazdu w kwietniu 2024 r. na zakupy do sklepu oraz punktów gastronomicznych w Starogardzie Gdańskim, Dofinansowania przez Unię Europejską z funduszy europejskich projektu „Aktywność – Praca” w ramach którego Starostwo Powiatowe w Starogardzie Gdańskim na rzecz DPS współrealizowało projekt „Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas Covid -19”, klauzuli informacyjnej dla osób przebywających w obszarze monitorowania na terenie DPS, monitoringu wizyjnego w DPS, klauzuli realizacji obowiązku informacji w zakresie ochrony danych osób fizycznych.

Na ww. tablicy ogłoszeń nie było informacji o depozytach, które pozostały po zmarłych mieszkańców DPS. Obok ww. tablicy ogłoszeń umieszczono na ścianie skrzynkę skarg i wniosków. Przy holu głównym znajdowało się również wejście do Kuchni Głównej DPS

– przygotowującej posiłki dla pensjonariuszy DPS. Obok ww. wejścia był jadłospis na dzień 2 kwietnia 2024 r. – przygotowany obiad był zgodny z zatwierdzonym jadłospisem. Od holu głównego, drzwi z napisem „ODDZIAŁ b” prowadziły na część mieszkalną dla pensjonariuszy pawilonu „D”. Od strony mieszkalnej ww. drzwi były opatrzone napisem „ADMINISTRACJA”.

W części mieszkalnej były m.in.: dyżurka, pokoje mieszkalne z przynależnymi łazienkami i toaletami, dwie jadalnie z tablicami ogłoszeń zawierającymi m.in. jadłospisy dekadowe z wyborem zestawu posiłków (dieta: oszczędzająca, cukrzycowa), zapewniające minimum trzy posiłki dziennie bez określenia w jakich godzinach były wydawane. Wydawany obiad był zgodny z jadłospisem na dany dzień.

System przyzywowo-alarmowy oraz system przeciwpożarowy obejmowały wszystkie pokoje przeznaczone dla pensjonariuszy w pawilonie „D” – wgląd do ww. systemów miał personel z gabinetu przedmedycznej pomocy doraźnej w pawilonie „B” (w którym znajdowała się centrala systemu przyzywowo-alarmowego oraz centrala systemu przeciwpożarowego). Czujniki systemu przeciwpożarowego wraz z monitoringiem wizyjnym były dodatkowo na korytarzach.

Dla 216 pensjonariuszy do dyspozycji było: 69 muszli klozetowych, 49 pryszniców, 15 wanien i 83 umywalki. Spełniono wymóg, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 4 lit. b rozporządzenia w sprawie DPS. W piwnicy Pawilonu A znajdowały się pomieszczenia przeznaczone do rehabilitacji mieszkańców DPS, którym umożliwiano korzystanie z następujących form terapii, w tym m.in.: zajęcia z zakresu rehabilitacji społecznej z zastosowaniem różnego rodzaju treningów i technik terapeutycznych; trening COVID; terapię behawioralną; siłwoterapia; zajęć arteterapeutycznych i ergoterapeutycznych; fizykoterapii³²; masaży³³; kinezyterapii³⁴. Dodatkowo na oddziałach przeprowadzano gimnastykę poranną oraz terapię przeciwoleżynową lampą bioptron.

Dyrektor DPS wyjaśniła, że trzy pokoje dozoru (izolatki w Pawilonach „A”, „B” i „C”) wyposażono w drzwi z klamkami z obu stron, co stwarzało możliwość otwierania drzwi od wewnątrz. Dodała, że zastosowanie środka przymusu bezpośredniego w formie izolacji wobec mieszkańców DPS nie jest stosowane. Pokoje dozoru służą też jako sale adaptacyjne dla mieszkańców nowo przyjętych oraz dla mieszkańców obłożnie chorych, w związku z tym nie ma konieczności usuwania klamki wewnętrznej.

Główny Administrator wyjaśnił, że pojawiająca się w dokumentacji nazwa oddział „D” wynika z faktu, że do 2014 r. istniał oddział o takiej nazwie. Po modernizacji budynku w 2014 r. zdecydowano o włączeniu go do Oddziału „B”, także organizacyjnie, a z uwagi na to, że na terenie DPS znajduje się Oddział „B”, oznaczono go jako „oddział b”. Nazwa „Oddział D” pojawia się w starej dokumentacji, a w nowych dokumentach sukcesywnie jest wprowadzane aktualne nazewnictwo – „Oddział b”. Dodał, że nad wejściem do budynku administracji widnieje informacja „ADMINISTRACJA, ODDZIAŁ A, B”, ponieważ bezpośrednio po wejściu w głównej części budynku znajdują się pomieszczenia administracyjne oraz przejście tzw. łącznikiem do Oddziałów „A” i „B”. Wejście do „Oddziału b” przez hol administracji jest wejściem dodatkowym. Nad wejściem bezpośrednim do Oddziału b, z zewnątrz z lewej strony frontu budynku umieszczono oznaczenie „Oddział b”. Dodał, że na Planie Sytuacyjnym DPS usytuowanym na zewnątrz przed budynkiem administracji oznaczono Oddziały: „A”, „B”, „b” (napis był wyblakły i słabo widoczny) i „C”. W trakcie kontroli NIK zlecono wykonanie nowego planu sytuacyjnego z aktualnym opisem. Ponadto stwierdził, że w trakcie kontroli NIK zmieniono tablicę nad wejściem do budynku administracji na nową, na której

³² Obejmuje zabiegi z wykorzystaniem: prądu galwanicznego, prądu diadynamicznego, prądu interferencyjnego, laseru, SOLLUX, ultradźwięków, parafiny.

³³ Obejmuje masaże: lecznicze, sportowe, izometryczne, kontralateralne, relaksacyjne, terapię punktów spustowych, terapię powięziowej, drenaż limfatyczny.

³⁴ Obejmuje: ćwiczenia bierne, ćwiczenia czynne, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia czynne w obciążeniu, ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia samowspomagane, PIR (pizometryczna relaksacja mięśni), FITS (funkcjonalna indywidualna terapia skolioz).

dodatkowo oznaczono „Oddział b”. Umieszczono też dodatkową tablicę oznaczającą przejście do Oddziałów „A” i „B” nad wejściem do tzw. łącznika do ww. oddziałów. Wskazane w trakcie oględzin stany nieprawidłowe opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 1219-1310)

1.5 W okresie objętym kontrolą odbyły się szkolenia dla pracowników Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego w zakresie praw mieszkańców, dotyczące m.in. zmian w przepisach prawa i kwestii problematycznych mieszkańców domu pomocy społecznej, roli pracownika pierwszego kontaktu w pracy domu pomocy społecznej, zagadnień Protokołu Stambulskiego w Domu Pomocy Społecznej, szkolenia z zakresu elementów przymusu bezpośredniego czy też prowadzenia rejestru zdarzeń nadzwyczajnych w domu pomocy społecznej.

W DPS nie zachowano cykliczności, co najmniej raz na dwa lata, obowiązkowych szkoleń dla ww. Zespołu. W badanej próbie 20 losowo wybranych pracowników Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego szkolenia z wymaganą częstotliwością nie odbyło dziewięciu pracowników, co opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

Zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 4a, szkolenia pracowników zespołu terapeutyczno-szkoleniowego w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej ukończyło 63 pracowników w roku 2019, natomiast do końca kwietnia 2024 r. pozostała część zespołu.

(akta kontroli str.1388-1403)

1.6 W ramach funkcjonującej kontroli zarządczej, w zakresie prawidłowości udzielanego wsparcia mieszkańcom, określano cele i mierniki stopnia ich realizacji. W sprawozdaniach z realizacji celów za lata 2021, 2022 i 2023 wskazano osiągnięcie planowanych wartości. W sytuacji wystąpienia możliwych nieprawidłowości w obszarze przestrzegania praw mieszkańców (zidentyfikowanych we własnym zakresie) Dyrektor DPS podejmowała działania zmierzające do zidentyfikowania przyczyn ich wystąpienia oraz podejmował działania korygujące. Przykładem tego mogą być m.in. trzy kontrole sprawdzenia poprawności ewidencji przyjmowanych i rozchodowanych leków w wyniku których stwierdzono błędne wpisy leków wprowadzonych do dokumentacji wewnętrznej na oddziale³⁵, kontrole doraźne z zakresu rozchodu środków finansowych pobranych przez mieszkańców na potrzeby własne i przeznaczonych na działania kulinarne w ramach zajęć kulinarnych w terapii zajęciowej³⁶ w wyniku których stwierdzono brak zapisu o pobraniu kwoty 300 zł, pozostałe zapisy zgadzały się z pobraną gotówką, rozchody pokrywały się z paragonami lub rachunkami. W 2022 r. przeprowadzono kontrolę przychodów i rozchodów leków zakładowych i prywatnych zleczanych na receptę przez lekarza pierwszego kontaktu i psychiatrę oraz zakupionych bez recepty³⁷, w wyniku której zalecono zwiększenie nadzoru przez Kierownika Działu nad prowadzeniem dokumentacji przez pracowników. W 2021 r. przeprowadzono kontrolę prowadzenia dzienników zajęć terapeutycznych oraz dokumentacji z zakresu rehabilitacji społecznej w 2021 r.³⁸, w wyniku których nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji.

NIK zwraca uwagę, że stwierdzone w trakcie niniejszej kontroli nieprawidłowości wskazują, iż przyjęte przez Dyrektora mechanizmy kontroli zarządczej nie były wystarczające i skuteczne dla zapewnienia przestrzegania wszystkich praw mieszkańców.

(akta kontroli str. 1407-1613)

³⁵ Protokół kontroli nr 14/2023 z dnia 30 czerwca 2023, protokół nr 11/2023 z dnia 30 czerwca 2023 oraz nr 10/2023 z dnia 30 czerwca 2023 r.

³⁶ Protokół nr 9/2023 z dnia 30 czerwca 2023 r. oraz protokół nr 7/2023 z dnia 29 czerwca 2023 r.

³⁷ Protokół kontroli 1/2022 z dnia 22 marca 2022 r.

³⁸ Protokół kontroli nr 15/2021 z dnia 30 września 2021 r. oraz nr 14/2021 z dnia 30 września 2021 r.

W okresie objętym kontrolą NIK, w DPS przeprowadzono cztery kontrole dotyczące warunków lub przestrzegania praw mieszkańców (na skutek wniesionych skarg i wniosków). Pierwsza z nich dotyczyła uniemożliwienia przeprowadzenia rozmowy telefonicznej z siostrą mieszkańca. W wyniku przeprowadzonej przez PUW Wydział Polityki Społecznej kontroli stwierdzono, że ograniczenie kontaktu telefonicznego było incydentalne i zostało zaprzestane przed rozpoczęciem kontroli w 2021 r. Działanie to wynikało z zamiaru ochrony mieszkańca przed pogorszeniem jego stanu psychicznego, co następowało, jak wskazywano m.in. w opinii psychologa, po wizytach i rozmowach mieszkańca z siostrą.

Druga dotyczyła anonimowej informacji o nieprawidłowościach dotyczących kradzieży oraz agresji inicjowanej przez grupę mieszkańców DPS oraz braku stosownych działań ze strony Dyrektora DPS, min. w celu zapobieżenia ww. sytuacjom. W wyniku przeprowadzonej przez PUW Wydział Polityki Społecznej, nie stwierdzono nieprawidłowości. Zdaniem kontrolujących DPS podejmował działania w celu zwiększenia poczucia bezpieczeństwa mieszkańców, w zakresie i w ramach środków możliwych do realizacji w warunkach DPS.

W przypadku trzeciej skargi, było to anonimowe pismo mieszkańców i pracowników DPS przekazane przez Pełnomocnika Terenowego Rzecznika Praw Obywatelskich w Gdańsku dotyczące działań zorganizowanej grupy mieszkańców, którzy dokonują kradzieży przedmiotów oraz środków pieniężnych należących zarówno do mieszkańców, jak i pracowników DPS. Wnioskodawcy skarżyli się, że dyrekcja placówki nie podjęła działań w tym zakresie i nie zastosowała koniecznych środków bezpieczeństwa. W wyjaśnieniach wskazano, że w związku z pojawiającymi się zgłoszeniami podejrzenia o próbach włamań do pokoi wdrożono działania poprawiające bezpieczeństwo tj. zainstalowano siedem dodatkowych kamer monitorujących oraz wprowadzono dodatkowe zabezpieczenie.

Czwarta skarga dotyczyła zażalenia opiekuna prawnego mieszkańca DPS, dotyczącego jakości usług świadczonych mieszkańcowi przez DPS, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji związanych z kradzieżami za który obwiniany jest mieszkaniec, problemów z przelewami dokonywanymi przez ZUS, dokumentacją medyczną dotyczącą przedłużenia świadczenia rentowego, kontaktu z Dyrektorem oraz pracownikami socjalnymi Domu. W wyniku przeprowadzonej przez PUW Wydział Polityki Społecznej kontroli, nie stwierdzono nieprawidłowości. Wyjaśnienia w przedmiotowej sprawie przekazano również do Sądu Rejonowego w Gdańsku Wydziału Rodzinnego i Nieletnich.

PCPR w okresie objętym kontrolą przeprowadził w DPS dwie kontrole doraźne³⁹, w wyniku których nie stwierdził nieprawidłowości w badanym zakresie.

(akta kontroli, str.571-622)

W okresie objętym kontrolą skargi wnoszone przez mieszkańców DPS rozpatrywano weryfikowano i realizowano na bieżąco. W rejestrze skarg i wniosków mieszkańców odnotowano dziewięć skarg (w tym pięć zostało wycofanych). Dotyczyły one najczęściej wzajemnych relacji pomiędzy mieszkańcami. Każdy sygnał o nieprawidłowościach dotyczących naruszeń praw mieszkańców był sprawdzany, podejmowano działania wyjaśniające przyczyny i minimalizujące ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w przyszłości.

(akta kontroli, str. 623-744)

³⁹ W dniu 25 sierpnia 2022 r. kontrola w zakresie: organizacja DPS (schemat, regulamin); zasady przyjmowania mieszkańców; jakość świadczonych usług bytowych, wspomagających i opiekuńczych; zapewnianie standardów sanitarnych i przeciwpożarowych, kwalifikacje zatrudnionego personelu; zapewnienie mieszkańcom korzystania ze świadczeń zdrowotnych i opieki pielęgniarstwa, wnoszenie opłat za pobyt oraz wielkość i źródła dochodów. W 2023 r. (brak daty przeprowadzenia kontroli w protokole) kontrola w zakresie: jakość świadczonych usług bytowych, wspomagających i opiekuńczych; zapewnianie standardów sanitarnych i przeciwpożarowych; zapewnienie mieszkańcom korzystania ze świadczeń zdrowotnych i opieki pielęgniarstwa; przeprowadzenia kontroli przez inne podmioty.

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W Regulaminie prowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS nie wprowadzono zapisów wynikających z art. 55c ust. 4 ustawy o pomocy społecznej, tj.: organizację przyjmowania i weryfikacji zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych, podejmowania działań następnych oraz związanego z tym przetwarzania danych osobowych, które powinny uniemożliwiać nieupoważnionym osobom uzyskanie dostępu do informacji oraz zapewniać ochronę poufności tożsamości osoby dokonującej zgłoszenia.

Dyrektor DPS wyjaśniła, że w ww. Regulaminie nie została zawarta informacja, która powinna uniemożliwić nieupoważnionym osobom uzyskania dostępu do informacji oraz zapewnić ochronę poufności tożsamości osoby dokonującej zgłoszenia zdarzenie. Dodała, że Rejestr prowadzili pracownicy socjalni, upoważnieni do przyjmowania informacji o zdarzeniach nadzwyczajnych. Wszystkie informacje o zdarzeniach nadzwyczajnych były zgłaszane w pokoju pracowników socjalnych bez udziału osób nieupoważnionych w związku z czym ochrona poufności w Jej ocenie była zachowana. Ponadto stwierdziła, że każdy z w/w pracowników posiadał upoważnienie do prowadzenia rejestru oraz do przetwarzania danych osobowych.

W ocenie NIK, powyższe wyjaśnienia nie stanowią usprawiedliwienia do nieujęcia w Regulaminie prowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych zapisów uniemożliwiających nieupoważnionym osobom uzyskanie dostępu do informacji oraz zapewniających ochronę poufności tożsamości osoby dokonującej zgłoszenia.

(akta kontroli str. 2856-2864)

2. W dokumentacji obowiązującej w DPS, tj., w regulaminie mieszkańców oraz Planach Dnia Działów Opiekuńczych zawarto zapisy niezgodne z rozporządzeniem w sprawie DPS, tj.:

a) w regulaminie mieszkańców DPS nie określono dla każdego z posiłków czasu wydawania wynoszącego 2 godziny – co było niezgodne z § 6 ust. 1 pkt 6c rozporządzenia w sprawie DPS.

Dyrektor DSP wyjaśniła, że wpis w ww. regulaminie dotyczący wydawania i spożywania posiłków przez mieszkańców o wyznaczonych godzinach dotyczy godziny rozpoczęcia przez nich posiłku oraz godziny wydania śniadania, obiadu, kolacji z kuchni głównej. Dyrektor DPS nie podała przyczyn braku określenia dla każdego z posiłków czasu wydawania wynoszącego 2 godziny – co wynika z § 6 ust. 1 pkt 6c rozporządzenia.

b) zapisy w ww. regulaminie mieszkańców DPS w zakresie godzin wydawania i spożywania posiłków przez mieszkańców DPS były niezgodne z godzinami wydawania i spożywania posiłków w obowiązujących w okresie kontroli, wskazanych w Planach Dnia Działów Opiekuńczych. Według regulaminu mieszkańców DPS godziny wydawania i spożywania posiłków przez mieszkańców DPS odbywały się w następujących godzinach, tj. 8:00 śniadanie, 12:30 obiad, 18:00 kolacja. Natomiast zgodnie z Planem Dnia Działów Opiekuńczych z 2020 r.⁴⁰ w godzinach: 8:00-8:45 było śniadanie i wydawanie leków; 12:30- 13:30 był obiad i wydawanie leków; 17:00-18:00 była kolacja. Zgodnie z Planem Dnia Działów Opiekuńczych z 2023 r.⁴¹ w godzinach 8:00-10:00 było śniadanie i wydawanie leków; 12:30-14:30 był obiad i wydawanie leków, 17:00-19:00 była kolacja.

⁴⁰ Komunikat Nr 4/2020 z dnia 21 grudnia 2020 r. Dyrektora DPS.

⁴¹ Komunikat Nr 1/2023 z dnia 28 grudnia 2023 r. Dyrektora DPS.

Dyrektor wyjaśniła, że zapisy w regulaminie mieszkańców DPS dotyczącym wydawania i spożywania posiłków przez mieszkańców o wyznaczonych godzinach dotyczą godziny rozpoczęcia przez nich posiłku oraz godziny wydania śniadania, obiadu, kolacji z kuchni głównej. Pomimo nieokreślenia w Planach Dnia Działów Opiekuńczych z 2020 roku dla każdego z posiłków czasu wydawania wynoszącego 2 godz. było to respektowane przez personel DPS.

c) Plan Dnia Działów Opiekuńczych z 2020 r. oraz jadłospisy nie zawierały określonego dla każdego z posiłków czasu wydawania wynoszącego 2 godziny – co wynika z § 6 ust. 1 pkt 6c rozporządzenia w sprawie DPS.

Dyrektor DPS wyjaśniła, że pomimo nieokreślenia w Planach Dnia Działów Opiekuńczych z 2020 roku dla każdego z posiłków czasu wydawania wynoszącego 2 godz. było to respektowane przez personel DPS.

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie stanowią usprawiedliwienia powyższych niezgodności.

(akta kontroli str. 1313-1338, 2856-2864)

3. W DPS w okresie objętym kontrolą nie uregulowano sposobu dokumentowania codziennego sprzątania pomieszczeń i pokoi mieszkalnych, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie DPS.

Kierownicy Działów Opiekuńczych wyjaśnili, że nie uregulowano sposobu dokumentowania codziennego sprzątania pomieszczeń i pokoi mieszkalnych, nie prowadzono również dokumentacji w ww. zakresie. Dodały, że na bieżąco sprawdzają stan czystości na swoich oddziałach. Ponadto stwierdziły, że nikt z osób przebywających w DPS nie zgłaszał uwag dotyczących czystości na oddziałach.

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie stanowią usprawiedliwienia do nieuregulowania sposobu dokumentowania codziennego sprzątania pomieszczeń i pokoi mieszkalnych oraz nieprowadzenia dokumentacji w ww. zakresie

(akta kontroli str. 1209-1218, 1313-1338)

4. W DPS, według stanu na dzień 31 grudnia: 2021 r., 2022 r. i 2023 r., na stanowisku pracownika socjalnego nie zapewniono wymaganej w z § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DPS liczby etatów względem liczby mieszkańców, czyli: 4,28 etatu w 2021 r., 4,32 etatu w 2022 r., 4,30 etatu w 2023 r.⁴².

Dyrektor DPS wyjaśniła, że niespełnienie wymogu odpowiedniej ilości etatów pracowników socjalnych nie wpływało na jakość świadczonej przez nich pracy. Czterem pracownikom zatrudnionym na pełen etat przyporządkowano jeden Dział Opiekuńczy. Dodała, że biorąc pod uwagę wymagania określone w § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DPS, w roku 2021, 2022 i 2023 należałoby zatrudnić dodatkowego pracownika socjalnego, odpowiednio na: 0,28 etatu, 0,32 etatu i 0,30 etatu. Stwierdziła, że żadna z przeprowadzonych w DPS kontroli nie zaleciła konieczności zwiększenia poziomu zatrudnienia pracowników socjalnych, również sami pracownicy nigdy nie zgłaszali zbyt dużego obciążenia pracą.

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie stanowią usprawiedliwienia do niedostosowania liczby etatów na stanowisku pracownika socjalnego do liczby mieszkańców DPS.

(akta kontroli str. 1063-1208, 1313-1338)

5. Wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego (według stanu na 31 grudnia) nie spełniał w 2022 r. i 2023 r. wymaganego poziomu 0,5 – określonego w wymogów § 6 ust. 2 pkt 3c rozporządzenia w sprawie DPS. Ponadto DPS

⁴² W 2021 r., 2022 r. i 2023 r. w DPS na stanowisku pracownika socjalnego zatrudniono czterech pracowników na czterech pełnych etatach.

dla celów sprawozdawczych przekazał do Centralnej Aplikacji Statystycznej zawyżone wartości ww. wskaźnika za 2022 r. i 2023 r. Dyrektor DPS wyjaśniła, że powodem nieutrzymania wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego na wymaganym poziomie były uwarunkowania systemowe i ekonomiczne, tj. wysokość wynagrodzenia w DPS (w ramach możliwości budżetowych) jako jednostce poza leczniczej była niższa w stosunku do wynagrodzeń w sektorze leczniczym. Dodała, że sytuacja związana z nieutrzymaniem wskaźnika na wymaganym poziomie nie miała wpływu na jakość świadczonych usług przez DPS.

Starszy specjalista ds. kadrowych wyjaśniła, że rozbieżności między danymi wskazanymi przez DPS w Centralnej Aplikacji Statystycznej, a danymi przekazanymi NIK wynikały z odmiennej interpretacji przyporządkowania poszczególnych stanowisk pracy do danej grupy pracowników przez różne osoby sporządzające sprawozdania w kolejnych latach objętych kontrolą. Wynikało to z braku stosownych objaśnień do sprawozdania w Centralnej Aplikacji Statystycznej. Dodała, że w ramach działań naprawczych uporządkowano grupy stanowisk oraz określono w uzgodnieniu z Dyrektorem DPS precyzyjne zasady zaliczania stanowisk pracy do grup zawodowych na potrzeby sprawozdania CAS.

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie stanowią usprawiedliwienia do niedostosowania poziomu wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w 2022 r. i 2023 r. do wymaganego poziomu 0,5.

(akta kontroli str. 1063-1208, 1313-1338)

6. W Pawilonie „B”, posiadającym trzy kondygnacje, które przeznaczono na potrzeby pensjonariuszy DPS (piwnica, parter i I piętro) nie było windy, co było niezgodne z § 6 ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia w sprawie DPS. Mimo to w pokoju na I piętrze umieszczono jednego mieszkańca o ograniczonej możliwości poruszania się, a do ewentualnego Jego transportu na parter pawilonu było do dyspozycji krzesło ewakuacyjne.

Dyrektor DPS wyjaśniła, że w Pawilonie „B” między poszczególnymi kondygnacjami nie zainstalowano windy, ponieważ nie zachodzi taka konieczność, gdyż we wszystkich pokojach zamieszkują osoby pełnosprawne fizycznie. Dodała, że zawnioskuje do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o uzyskanie dotacji na zakup windy.

Kierownik Działu Opiekuńczego „A” wyjaśniła, że pensjonariusz od początku pobytu w DPS zamieszkuje wraz z zaprzyjaźnioną współlokatorką pokój nr 19 na I piętrze. Od niedawna Jej stan zdrowia uległ pogorszeniu. Pensjonariuszka jest w trakcie diagnostyki i leczenia, porusza się przy pomocy opiekuna, który w razie potrzeby sprowadza Ją na parter. Sytuacja ze stanem zdrowia pensjonariuszki jest przejściowy, dlatego jeszcze nie podjęto decyzji o zmianie miejsca pobytu na parter. Dodała, że gdy stan zdrowia nie ulegnie poprawie lub się pogorszy, zostanie przeniesiona na parter. Ponadto stwierdziła, że pensjonariuszka przyjaźni się ze współlokatorką i prosiła, aby nie przenosić Jej do innego pokoju.

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie stanowią usprawiedliwienia do niedostosowania Pawilonu B do potrzeb osób o ograniczonej możliwości poruszania się.

(akta kontroli str. 1219-1310, 1313-1338)

7. Przy holu głównym na parterze Pawilonu „D” umieszczono tablicę ogłoszeń, na której nie było informacji o depozytach, które pozostały po zmarłych mieszkańcach DPS, co było niezgodne z art. 6 ust. 5 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów⁴³.

⁴³ Dz.U. Nr 208, poz. 1537 ze zm.

Dyrektor DPS wyjaśniła, że działając jako pełnomocnik wnioskodawcy, na mocy udzielonego Jej pełnomocnictwa, w myśl art. 693 kodeksu postępowania cywilnego wnosi o zezwolenie na złożenie przez wnioskodawcę Powiat Starogardzki Dom Pomocy Społecznej w Szpęgawsku po zmarłych mieszkańcach do depozytu sądowego kwot pozostałych na kontach depozytowych. Nadmienila, że zgodnie z art. 693 pkt 3 kodeksu postępowania cywilnego świadczenie złożone do depozytu może zostać wydane spadkobiercom ustawowym, po przedstawieniu prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku. Dodała, iż to właściwy Sąd Rejonowy w toku prowadzonych czynności zajmuje się przeprowadzeniem całościowej procedury związanej z likwidacją niepodjętych depozytów.

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie stanowią usprawiedliwienia do nieumieszczania na tablicy informacji o depozytach, które pozostały po zmarłych mieszkańcach DPS, do czasu przekazania depozytów do depozytu sądowego.

(akta kontroli str. 1219-1310, 1313-1338)

8. W przypadku dziewięciu⁴⁴ z 20 losowo wybranych spraw pracowników wchodzących w skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego Dyrektor nie zapewniła spełnienia wymogu, o którym mowa w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS. Przepis ten stanowi, że warunkiem efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest uczestniczenie pracowników ww. zespołu co najmniej raz na dwa lata w organizowanych przez dyrektora domu szkoleniach na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami.

Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektor oraz starszego specjalisty, do którego obowiązków należało m.in. prowadzenie akt pracowniczych DPS dokładał wszelkich starań, aby zapewnić cykliczność odbywania szkoleń określonych w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS. Rozbieżności terminów poszczególnych szkoleń wynikały z dwóch powodów, tj. interpretacji przepisów, które rozumiano jako wykonanie szkoleń co dwa lata kalendarzowe, nie skupiając się na konkretnym dniu i miesiącu. Ponadto na żadnym certyfikacie z odbytego szkolenia nie było wskazanego terminu upływu ważności zaświadczenia, więc interpretacja DPS skupiła się na latach kalendarzowych.

(akta kontroli str. 1388 – 1403, 3219-3249)

NIK nie podziela powyższej argumentacji, gdyż przepis rozporządzenia wskazuje wprost, że warunkiem efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest uczestniczenie pracowników ww. zespołu co najmniej raz na dwa lata w szkoleniach na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami. Objęte badaniem dokumentacje szkoleń dziewięciu pracowników odbyły się po dwóch latach od ostatniego szkolenia.

OCENA CZĄSTKOWA

Liczba mieszkańców DPS nie przekraczała liczby wskazanej w zezwoleniu Wojewody Pomorskiego. Wewnętrzne procedury, zgodnie z art. 55 ust. 2 ustawy o DPS zapewniały przestrzeganie praw mieszkańców. Mieszkańcom zapewniono dostęp do psychologa

⁴⁴ Poz. 2 – pielęgniarka – szkolenia w okresie powyżej dwóch lat (10.05.2018 - 28.04.2021),

Poz. 5 - starszy instruktor terapii zajęciowej – szkolenia w okresie powyżej dwóch lat (10.05.2018 - 28.04.2021 oraz 28.04.2021 - 22.06.2023),

Poz. 6 - terapeuta - szkolenia w okresie powyżej dwóch lat (10.05.2018 - 28.04.2021 oraz 28.04.2021 - 22.06.2023),

Poz. 7 - starszy technik fizjoterapii – szkolenia w okresie powyżej dwóch lat (10.05.2018 - 28.04.2021 oraz 28.04.2021 - 22.06.2023),

Poz. 8 - starszy opiekun – szkolenie w okresie powyżej dwóch lat (28.04.2021 - 20.06.2023),

Poz. 9 - starszy opiekun kw. w DPS – szkolenia w okresie powyżej dwóch lat (28.04.2021 - 20.06.2023),

Poz. 13 - st. instruktor terapii zajęciowej – szkolenia w okresie powyżej dwóch lat (22-23.06.2020 - 21.06.2023),

Poz. 19 - starszy opiekun kw. w DPS – szkolenia w okresie powyżej dwóch lat (28.04.2021 - 22.06.2023),

Poz. 20 - instruktor terapii zajęciowej – szkolenia w okresie powyżej dwóch lat (28.04.2021 - 22.06.2023).

Dz.U. z 2018 r. poz. 734, ze zm.

i psychiatry. Określono zasady postępowania z depozytami mieszkańca, w tym po jego śmierci. Trzy z czterech Pawilonów przeznaczonych na cele mieszkaniowe pensjonariuszy pozbawiono barier architektonicznych (dwa Pawilony posiadały windę, a jeden był parterowy) – w jednym Pawilonie posiadającym trzy kondygnacje (piwnica, parter i I piętro) przeznaczone na potrzeby pensjonariuszy DPS nie było windy, co było niezgodne z § 6 ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia w sprawie DPS. Wszystkie cztery Pawilony mieszkalne wyposażono w sprawny system przyzywowo-alarmowy i system przeciwpożarowy, a pomieszczenia były czyste i wolne od nieprzyjemnych zapachów. Pokoje mieszkalne spełniały wymóg minimalnej powierzchni i wyposażenia. Mieszkańcom zapewniono minimum trzy posiłki dziennie, wybór zestawu posiłków, możliwość otrzymania posiłku dodatkowego i dietetycznego. W każdym budynku zapewniono pomieszczenie palarni. Nie stwierdzono, by ogólny stan techniczny lub sanitarny Pawilonów zagrażał bezpieczeństwu mieszkańców. Dyrektor DPS podejmowała prawidłowe i rzetelne działania w celu zweryfikowania zapewnienia przestrzegania praw mieszkańców, w tym rzetelnie rozpatrywała skargi na działalność DPS i podejmowała adekwatne działania. W DPS uregulowano sposób dokumentowania wymiany pościeli zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie DPS. Dyrektor DPS zastosowała się do rekomendacji wydanych 19 maja 2021 r. przez MPiPS, MZ i GIS dla domów pomocy społecznej dotyczącymi łagodzenia obostrzeń związanych z epidemią COVID-19.

W Regulaminie prowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS nie wprowadzono zapisów wynikających z art. 55c ust. 4 ustawy o pomocy społecznej, tj.: organizacji przyjmowania i weryfikacji zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych, podejmowania działań następczych oraz związanego z tym przetwarzania danych osobowych, które powinny uniemożliwiać nieupoważnionym osobom uzyskanie dostępu do informacji oraz zapewniać ochronę poufności tożsamości osoby dokonującej zgłoszenia. W regulaminie mieszkańców DPS nie określono dla każdego z posiłków czasu wydawania wynoszącego 2 godziny – co było niezgodne z § 6 ust. 1 pkt 6c rozporządzenia w sprawie DPS. Ponadto zapisy w ww. regulaminie mieszkańców DPS w zakresie godzin wydawania i spożywania posiłków przez mieszkańców DPS były niezgodne z godzinami wydawania i spożywania posiłków w obowiązujących w okresie kontroli Planach Dnia Działów Opiekuńczych. W DPS nie uregulowano sposobu dokumentowania codziennego sprzątanía pomieszczeń i pokoi mieszkalnych, co było niezgodne z § 6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie DPS. Liczba etatów pracowników socjalnych względem liczby mieszkańców w całym kontrolowanym okresie nie była zgodna z wymogami § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DPS. Wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego nie spełniał w 2022 r. i 2023 r. wymaganego poziomu 0,5 – określonego w wymogów § 6 ust. 2 pkt 3c rozporządzenia w sprawie DPS. Ponadto DPS dla celów sprawozdawczych przekazał do Centralnej Aplikacji Statystycznej zawyżone wartości ww. wskaźnika za 2022 r. i 2023 r. Na tablicy ogłoszeń nie było informacji o depozytach, które pozostały po zmarłych mieszkańcach DPS, co było niezgodne z art. 6 ust. 5 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów.

OBSZAR

2. Przestrzeganie praw mieszkańców DPS i realizacja usług dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb

Opis stanu faktycznego

Wyjścia poza teren DPS nie były ograniczone dla mieszkańców. Mieli oni prawo do przebywania poza domem po uprzednim zawiadomieniu personelu. W DPS obowiązywała procedura postępowania w przypadku samowolnego oddalenia

się mieszkańca⁴⁵ mająca na celu zapewnienie bezpiecznego powrotu mieszkańca w sytuacjach niezgłaszanego oddalenia poza teren DPS. Samowolne oddalenia mieszkańców DPS odnotowywane były również w Książkach raportów pielęgniarских z pełnionych dyżurów. W dokumentacji tej podawano stan mieszkańców na moment rozpoczęcia dyżuru (dziennego lub nocnego), w tym liczbę obecnych i nieobecnych mieszkańców. W latach 2020-2023 (do 31 grudnia 2023 r.) odnotowano łącznie 18 spraw samowolnych oddaleń mieszkańców, w tym cztery w 2021 r., jedno w 2022 r. oraz 13 w 2023r. W DPS nie ograniczono możliwości samodzielnego opuszczania przez mieszkańca terenu domu na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia.

(akta kontroli, str. 3093-3095)

W wyniku badania 18 spraw mieszkańców, dotyczących samodzielnego opuszczenia placówki stwierdzono, że:

- 1) w dwóch przypadkach nie sporządzono informacji o samodzielnym oddaleniu się mieszkańca, co zostało opisane w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości;
- 2) w ośmiu przypadkach w związku z nasilającym się objawem chorobowym oraz pobudzeniem wezwano policję i pogotowie ratunkowe;
- 3) na 18 przypadków samodzielných oddaleń, personel DPS odnalazł sześć osób;
- 4) w dziewięciu przypadkach mieszkańcy przywiezieni zostali do DPS przez Policję, w jednym mieszkaniac został przywieziony przez rodzinę oraz w dwóch przypadkach mieszkańcy wrócili do DPS samodzielnie;
- 5) w 14 przypadkach powiadomiono Policję o samowolnym oddaleniu się mieszkańców;
- 6) w dniu oddalenia mieszkańcy przyjmowali leki na stałe, po ich powrocie sprawdzano stan ich zdrowia.;
- 7) w 11 przypadkach wystąpiła konieczność przeprowadzenia rozmów z psychologiem oraz przewiezienia mieszkańców do szpitala psychiatrycznego.

Pracownicy DPS postępowali zgodnie z ww. zarządzeniem Dyrektora DPS. Po stwierdzeniu przypadku samodzielnego oddalenia się mieszkańca informowano o tym fakcie Dyrektora DPS oraz opiekunów prawnych.

(akta kontroli, str. 3091-3092)

Dyrektor DPS wskazała, że w placówce nie ma procedury określającej zasady zgłaszania personelowi przez mieszkańców DPS wyjść poza jego teren, podopieczni mogą swobodnie opuszczać teren DPS, po uprzednim zgłoszeniu tego faktu pracownikowi danego oddziału opiekuńczo-terapeutycznego. Celem informacyjnym mieszkaniac miał określić czas opuszczenia i powrotu do placówki oraz gdzie będzie przebywał. Przyjętą normą było, iż w/w zasady postępowania były respektowane przez podopiecznych DPS. W/w praktyka była regularnie przypominana mieszkańcom na spotkaniach zespołów ds. planów wsparcia prowadzonych przez zespoły terapeutyczno-opiekuńcze. Jest to niepisana, ale ogólnie przyjęta przez podopiecznych dobra praktyka, która służyła ochronie ich zdrowia i bezpieczeństwu. Jak wskazała Dyrektor DPS, mieszkańcom nie została ograniczona możliwość samodzielnego opuszczania terenu DPS na podstawie art. 55 ust 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

NIK zauważyła, że brak procedury określającej zasady zgłaszania personelowi przez mieszkańców DPS wyjść poza jego teren naruszało swobodę i prawo mieszkańca do zapewnienia mu poczucia bezpieczeństwa

(akta kontroli str. 1339-1397)

⁴⁵ Zarządzenie nr 26/2017 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. Józefa Marcellego Kopicza w Szpęgawsku z dnia 15 listopada 2017 r. w sprawie zasad postępowania w przypadku samowolnego oddalenia mieszkańca w Domu Pomocy Społecznej w Szpęgawsku

2.1 Przymus bezpośredni w stosunku do mieszkańców stosowano w uzasadnionych przypadkach, zgodnie z obowiązującymi przepisami i procedurą wewnętrzną⁴⁶. W okresie objętym kontrolą w DPS odnotowano osiem (trzy w 2021 r., trzy w 2022 r. oraz dwa w 2023 r.) przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego.

W wyniku badania pięciu spraw mieszkańców⁴⁷ wytypowanych z rejestru przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego ustalono, że:

- 1) zastosowano przymus bezpośredni w formie: przytrzymania, przymusowego podania leków, unieruchomienia (obezwładnienie osoby z użyciem pasów). W żadnym przypadku nie uprzedzono o zamiarze zastosowania przymusu i nie odnotowano tej informacji w dokumentacji medycznej, co opisano w sekcji stwierdzone nieprawidłowości;
- 2) w dokumentacji, w której odnotowano zastosowanie przymusu bezpośredniego⁴⁸ stwierdzono ich nierzetelne udokumentowanie polegające na odnotowaniu różnych rodzajów zastosowanego środka przymusu bezpośredniego, w pkt 1.1 nie wskazywano rodzaju zastosowanego przymusu bezpośredniego o którym mowa w art. 3 ust. 6 ustawy ozp, co opisane zostało w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości;
- 3) we wszystkich przypadkach osobą zlecającą zastosowanie przymusu bezpośredniego oraz podejmującą decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego była pielęgniarka; każdy z przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego został odnotowany w dokumentacji medycznej;
- 4) we wszystkich przypadkach ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przeprowadził lekarz na podstawie karty zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 5) łączny czas stosowania przymusu bezpośredniego wyniósł od 15 minut do trzech godzin i 30 minut;
- 6) stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej kontrolowany był nie rzadziej niż 15 minut zgodnie z art. 18 ust. 3-6 ustawy ozp;

(akta kontroli str. 2949-3006, 3030-3067)

W DPS w okresie objętym kontrolą stosowano również niestandardowe formy zabezpieczenia w postaci zabezpieczenia opiekuńczego (pielęgnacyjnego) obejmującego m.in. zabezpieczenie mieszkańca pasem zabezpieczającym do łóżka, fotela lub wózka inwalidzkiego. Zgodnie z zarządzeniem Dyrektora DPS z dnia 19 stycznia 2018 r. w sprawie zasad stosowania zabezpieczeń opiekuńczych (pielęgnacyjnych)⁴⁹, w DPS stosowano zabezpieczenia opiekuńcze w stosunku do mieszkańców w podeszłym wieku, niedołężnych pod względem fizycznym, otępiałych lub głęboko upośledzonych intelektualnie, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie mogli opuszczać łóżka fotela lub wózka inwalidzkiego. O możliwości zastosowania zabezpieczenia opiekuńczego (pielęgnacyjnego) decydował lekarz psychiatra, który zobowiązany był opisać w historii choroby mieszkańca przyczynę stosowania zabezpieczenia, jego rodzaj, przewidywane pozytywne efekty dla mieszkańca oraz przewidywany czas trwania, wypisać wniosek o zgodę na zastosowanie zabezpieczenia opiekuńczego (pielęgnacyjnego), który pozostawał w historii choroby. Aktualizacja zasadności stosowania zabezpieczeń opiekuńczych (pielęgnacyjnych) odbywała się co sześć miesięcy, natomiast lista mieszkańców, u których stosowano

⁴⁶ Zarządzenie nr 1/2028 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. dr Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku dnia 19 stycznia 2018 r. w sprawie stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców Domu zmieniony aneksem nr 1 z dnia 28 stycznia 2020r. do Zarządzenia nr 1 /2018 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. dr Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku z dnia 19 stycznia 2018 r. w sprawie stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców Domu.

⁴⁷ mieszkańiec nr 155, 53, 120, 37 oraz mieszkańiec A.G.

⁴⁸ tj. karta zastosowania przymusu bezpośredniego, Książki raportów pielęgniarskich.

⁴⁹ Zarządzenie nr 2/2018 Dyrektora Domu pomocy Społecznej imienia dr. Józefa Kopicza w Szpęgawsku z dnia 19 stycznia 2018 r. w sprawie zasad stosowania zabezpieczeń opiekuńczych (pielęgnacyjnych)

zabezpieczenie opiekuńcze przedkładana była do sędziego raz w roku⁵⁰. Zgodnie z ww. procedurą zabezpieczenie takie stosowano w sytuacji, gdy pozostawienie mieszkańcowi pełnej swobody ruchu spowodowałoby zagrożenie jego zdrowia i życia (spowodowane m.in. samouszkodzeniem, przewróceniem się, wyrwaniem wkłucia) oraz uniemożliwiałoby mieszkańcowi udział w zajęciach terapeutycznych, rehabilitacyjnych z powodu niemożności utrzymania stabilnej pozycji siedzącej.

(akta kontroli, str. 2906- 2924)

Zabezpieczenie opiekuńcze (pielęgnacyjne) zastosowano w roku 2021 wobec 23 mieszkańców (10 kobiet i 13 mężczyzn), w roku 2022 wobec 22 mieszkańców (12 kobiet i 10 mężczyzn) oraz w roku 2023 wobec 24 mieszkańców (12 kobiet i 12 mężczyzn), na podstawie decyzji lekarza specjalisty psychiatry, zatwierdzonego przez Dyrektora DPS.

(akta kontroli str.745-818)

2.3 W DPS przestrzegano podstawowych praw mieszkańców przewlekle chorych psychicznie. Badaniem objęto dokumentację pięciu osób⁵¹, w tym: jednej która samowolnie oddaliła się z DPS (więcej niż jeden raz), jednej ubezwłasnowolnionej całkowicie, jednej która zgłaszała skargi wskazujące na nieprzestrzeganie jego praw w DPS oraz ubezwłasnowolnionej częściowo, a także dwóch osób nie poruszających się samodzielnie (jedna leżąca i ubezwłasnowolniona całkowicie oraz jedna poruszająca się na wózku inwalidzkim i ubezwłasnowolniona częściowo). Badanie wykazało, że mieszkańcy skierowani zostali do DPS na podstawie postanowienia właściwego sądu, w tym dwie na wniosek przedstawiciela ustawowego, dwie na wniosek dyrektora właściwego ośrodka pomocy społecznej oraz jedna po uchyleniu środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym.

Uzasadnieniem do skierowania do DPS był stan zdrowia (zaawansowanie i rodzaj choroby) oraz konieczność całodobowej opieki z uwagi na niezdolność do samodzielnej egzystencji i zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Każdy z mieszkańców został przebadany przez lekarza psychiatrę (biegłego sądowego), który potwierdził potrzebę umieszczenia w DPS. Dokumentacja każdego z pięciu mieszkańców określała ich specyficzne potrzeby w zakresie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, medyczne lub terapeutyczne. Mieszkańcy byli hospitalizowani na oddziale psychiatrycznym, zabezpieczono ich potrzeby dietetyczne (czterech z pięciu mieszkańców było na diecie cukrzycowej i wysokobiałkowej). Wszystkim mieszkańcom zapewniano możliwość kontraktu z rodziną.

(akta kontroli, str.2046-2131)

Dyrektor DPS wyjaśniła, że w placówce nie stosuje się systemu kar za naruszenie obowiązujących zasad i regulaminów. Jeżeli mieszkaniec narusza porządek i mir domowy wówczas w zależności od sytuacji prowadzone są indywidualne rozmowy dyscyplinujące z psychologiem, a także powoływane są zespoły, w skład których wchodzi pracownik socjalny, kierownik Działu Opiekuńczego, terapeuta i psycholog. W razie uzasadnionej konieczności mieszkaniec przedstawiony jest na konsultację lekarza psychiatry. W DPS zatrudnionych jest dwóch psychologów, którzy byli do dyspozycji podopiecznych.

(akta kontroli, str. 2050)

W aktach mieszkańców znajdował się wywiad środowiskowy, sporządzony przez pracownika socjalnego jednostki opieki społecznej właściwej przed przyjęciem do DPS. Z wywiadów środowiskowych wynikało, że żaden z pięciu mieszkańców, których akta analizowano nie posiadał nieruchomości, ruchomości, ani innych zasobów.

⁵⁰ Sprawozdanie z kontroli Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 21 kwietnia 2022 r. kontroli telefonicznej w DPS w Szpegawsku za okres od 1 stycznia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. (przesłanego pierwotnie w dniu 31 marca 2022 r.), z dnia 10 stycznia 2023 r. przeprowadzonej w DPS w Szpegawsku za okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. oraz 10 stycznia 2024 r. przeprowadzonej w DPS w Szpegawsku za okres od 1 stycznia 2023 r. do 31 grudnia 2023 r.

⁵¹ mieszkaniec nr 217, 31, 66, 61 i 168.

We wszystkich analizowanych przypadkach mieszkańcy wnosili opłatę za pobyt w DPS w wysokości 70% posiadanego dochodu (w trzech przypadkach z renty, w dwóch przypadkach z zasiłku stałego i pielęgnacyjnego), a pozostałą kwotę stanowiła dopłata wnoszona przez właściwą Gminę.

Żaden z pięciu mieszkańców nie posiadał depozytów wartościowych złożonych w kasie pancerniej DPS. Mieszkańcy mieli zapewnione prawo swobodnego dysponowania własnymi środkami finansowymi na rachunku depozytowym. Wyплаты środków finansowych dla mieszkańców odbywały się raz w tygodniu. Stosownie do potrzeb mieszkańców nabywano zlecane leki, w tym pełnopłatne, a także odzież oraz inne artykuły, zgodnie ze zgłaszanymi potrzebami, np. zakup słodczy, czajnika bądź telewizora. Wypłat gotówki oraz zakupów zgodnie ze zgłoszonym zapotrzebowaniem, dokonywał upoważniony pracownik socjalny w obecności personelu działu opiekuńczego. Na pięciu badanych mieszkańców trzech wypłacało własne środki pieniężne. W dwóch przypadkach środkami dysponował opiekun prawny oraz pracownik pierwszego kontaktu, którzy środki z konta depozytowego przeznaczone były na zabezpieczenie bieżących potrzeb mieszkańców.

Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektor DPS, opiekunowie prawni wyznaczani byli przez Sąd i tylko przed Sądem odpowiadali za sprawowanie opieki, składając w tym celu sprawozdania w których rozliczali się z wydatkowanych środków finansowych podopiecznego. Opiekunowie prawni nie byli zobowiązani do przedkładania paragonów i rachunków z rozliczeń wydatkowanych środków. Sądy Rodzinne cyklicznie występowały do DPS z wnioskiem o opinię na temat wywiązywania się z funkcji opiekuna prawnego dla podopiecznych.

(akta kontroli, str. 2046-2131)

Mieszkańcy poddawani byli konsultacjom przez współpracującego z DPS lekarza psychiatrę. W wyniku badania pięciu spraw ww. mieszkańców dotyczących przestrzegania ich praw, w trzech⁵² przypadkach stwierdzono, że zaświadczenia lekarskie potwierdzające konieczność ich dalszego pobytu w DPS zostały wystawione po terminie wskazanym w art. 38 ust. 5 ustawy ozp., co opisano szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli, str. 2046-2049, 2823-2827, 2078-2079, 2089-2090, 2118-2119)

DPS dysponował środkami higieny osobistej, bielizną, odzieżą, obuwem i udostępniał je mieszkańcom, którzy nie mogli ich zakupić z własnych środków. Na oddziałach prowadzony był m.in. zeszyt ewidencji przychodu oraz rozchodu odzieży wydawanej mieszkańcom na poszczególnych oddziałach. Każda wydawana rzecz była odnotowywana w ww. zeszycie. Rzeczy wydawane były dla mieszkańców wg. potrzeb w placówce oraz przebywających w szpitalach.

(akta kontroli, str. 2120-2131)

Mieszkańcom DPS umożliwiono oddanie głosu w wyborach samorządowych w dniu 7 kwietnia 2024 r. Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektor, w DPS utworzono odrębny obwód głosowania. Obwód wyborczy został zgłoszony na wniosek Dyrektora Domu, zgodnie z wystosowanym pismem Wójt Gminy Starogard Gdański z dnia 16 stycznia 2024 r. w sprawie przygotowania wyborów do organów jednostek samorządu terytorialnego. Lokal wyborczy spełniał wszelkie wymogi techniczne, zgodnie z protokołem sporządzonym w dniu 6 kwietnia 2024 r. Wszyscy mieszkańcy, którzy w dniu wyborów posiadali prawną zdolność do oddania głosów mogli to zrobić poprzez wrzucenie kart do urny w lokalu wyborczym. Natomiast osoby leżące miały zapewnioną do głosownia urnę pomocniczą tzw. przenośną. Jednakże żaden z podopiecznych nie zgłosił chęci oddania w ten sposób swojego głosu.

(akta kontroli, str. 1055-1061)

⁵² Mieszkaniec nr 31, 66 i 168

Zgodnie z wprowadzonym w dniu 2 stycznia 2024 r. Zarządzeniem Dyrektora DPS w sprawie prowadzenia Rejestru zgłoszeń o wydarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Szpęgawsku⁵³, w rejestrze zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych związanych z zagrożeniem życia lub zdrowia mieszkańców DPS odnotowano sześć przypadków takich wydarzeń. W wyniku badania trzech⁵⁴ z sześciu zarejestrowanych wydarzeń stwierdzono, że:

- 1) wskazano datę zgłoszenia zdarzenia, opis i miejsce zdarzenia, informacje o podjętych działaniach następczych oraz dane osoby przyjmującej zgłoszenie;
- 2) informacje wskazane w rejestrze zdarzeń były zgodne z informacjami wskazanymi w raportach pielęgniarских;
- 3) informacje odnotowane w rejestrze zdarzeń nadzwyczajnych wpisane zostały przez członków Zespołu przyjmującego i weryfikującego zgłoszenia o zdarzeniu nadzwyczajnym zgodnie z ust. II pkt 3 i 5 Załącznika nr 1 do Zarządzenia nr 1/2024 Dyrektora DPS w sprawie prowadzenia Rejestru zgłoszeń o wydarzeniach nadzwyczajnych;
- 4) zanonimizowane informacje zawarte w rejestrze zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych przekazane zostały do organu prowadzącego Starostwa Powiatowego w Starogardzie Gdańskim⁵⁵ w dniu 19 marca 2024 r.

Informacja zbiorcza dotycząca zgłoszeń zdarzeń nadzwyczajnych odnoszących się do mieszkańców placówki, związanych z zagrożeniem ich życia lub zdrowia i podjętych działaniach następczych przekazana została zgodnie z rekomendacją Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego Wydziału Polityki Społecznej z dnia 12 marca 2024 r.⁵⁶. Pierwsze sprawozdanie za okres od 1 stycznia do 29 lutego 2024 r. zostało przekazane w formie elektronicznej oraz papierowej do Starostwa Powiatowego Wydział Polityki Społecznej, Kultury, Sportu oraz Promocji Regionu w Starogardzie Gdańskim.

(akta kontroli str. 2878-2883)

2.4 Dyrektor DPS w okresie objętym kontrolą, zgodnie z art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy⁵⁷ w zw. z art. 175 tej ustawy wyegzekwowała od przedstawicieli ustawowych ubezwłasnowolnionych całkowicie mieszkanek zgodę właściwego sądu opiekuńczego na stosowanie zabezpieczenia antykoncepcyjnego. W okresie objętym kontrolą dla trzech objętych badaniem mieszanek⁵⁸ ubezwłasnowolnionych całkowicie, przed podaniem zabezpieczenia antykoncepcyjnego uzyskano zezwolenie właściwego sądu opiekuńczego oraz zgodę opiekuna prawnego.

(akta kontroli str. 3080-3090)

2.5 W DPS wywiązywano się z obowiązku pielęgnacji mieszkańców w tym osób o ograniczonej możliwości poruszania się. Na dzień 1 marca 2024 r. w DPS przebywało 16 osób o ograniczonej możliwości poruszania się (w tym jedna osoba leżąca). Mieszkańcom, z ograniczeniami w samodzielny poruszaniu się, zapewniono pielęgnację, w tym kąpiel, strzyżenie, golenie oraz profilaktykę i leczenie odleżyn. Czynności z utrzymaniem właściwego stanu skóry obejmujące m.in. kąpiel pod prysznicem, toaletę całego ciała w łóżku oraz zmianę bielizny pościelowej odnotowane zostały w Kartach czynności opiekuńczych.

⁵³ Zarządzenie nr 1/2024 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej imienia dr Józefa Marceliego Kopicza w Szpęgawsku z dnia 2 stycznia 2024 r. w sprawie prowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Szpęgawsku.

⁵⁴ Wydarzenie z dnia 21 lutego 2024 r., z dnia 7 stycznia 2024 r. oraz z dnia 30 stycznia 2024 r.

⁵⁵ Pismo nr ZPS.4120.440.1.2024.KW z dnia 19 marca 2024 r.

⁵⁶ Pismo nr PS-IX.9421.1.6.2024.MJ dnia 12 marca 2024 r.

⁵⁷ Dz.U. z 2023 r., poz. 1610 ze zm.

⁵⁸ mieszkanki nr 25, 105 i 149.

Badaniem objęto dokumentację trzech mieszkańców⁵⁹ z ograniczoną możliwością poruszania się, w wyniku, którego ustalono, że:

- 1) zmiana pościeli następowała po terminie wynikającym z § 6 ust. 1 pkt 8 c rozporządzenia DPS, co opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości;
- 2) w odniesieniu do mieszkańca leżącego, czynności z utrzymaniem właściwego stanu skóry w zakresie kąpieli (pod prysznicem, w wannie oraz toalety całego ciała w łóżku) odnotowywane były regularnie tj. zgodnie z obowiązującym harmonogramem kąpieli lub według indywidualnych potrzeb mieszkańca;
- 3) mieszkańcy objęci zostali czynnościami opiekuńczymi w zakresie ograniczenia sprawności ruchowej obejmującymi m.in. stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej, wysadzanie na wózek inwalidzki, stosowanie udogodnień;
- 4) nie dokumentowano wymiany ręczników, co opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 2712-2822)

2.6 W okresie objętym kontrolą w DPS leczenie mieszkańców odbywało się zgodnie ze zleceniem lekarskim, a leki podawane były przez osoby uprawnione tj. pielęgniarki do których obowiązków należało m.in. rozkładanie i podawanie leków zleconych przez lekarza oraz dopilnowanie przyjęcia leków przez mieszkańca.

(akta kontroli, st. 2837-2839)

W DPS nie zapewniono rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej mieszkańców, gdyż w dokumentacji tej nie potwierdzano podania leku i każdej jego dawki przez pielęgniarkę, co opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektor DPS leki dla mieszkańców rozkłada pielęgniarka według zaleceń lekarskich. Iniekcje domięśniowe podawane są wyłącznie przez dyżurujące pielęgniarki i dokumentowane w zeszytach iniekcji,

(akta kontroli, str. 2337)

W DPS nie zapewniono obsady dyżuru pielęgniarskiego na dyżurach nocnych, tj. 27 lipca 2021 r., 4 grudnia 2021 r., 29 stycznia 2022 r. oraz 24 marca 2024 r., co zostało opisane w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli, str. 2338-2388)

W wyniku badania dokumentacji medycznej trzech mieszkańców⁶⁰ przez powołanego biegłego z zakresu psychiatrii, pod kątem prawidłowości realizacji zleceń lekarskich przez personel DPS stwierdzono, że:

- 1) mieszkańcom umożliwiono korzystanie ze świadczeń lekarskich, zarówno w formie ambulatoryjnej jak i stacjonarnej;
- 2) lekarz POZ i lekarz specjalista poinformowany został przez personel DPS o wszystkich lekach przyjmowanych na stałe przez mieszkańca (dotyczy dwóch kart zleceń lekarskich: jedna dotycząca leków dot. leczenia schorzeń somatycznych, druga dotycząca leków psychiatrycznych);
- 3) w sytuacji stosowania przymusu bezpośredniego – przytrzymanie w celu podania iniekcji domięśniowej, została zapewniona opieka medyczna. Karty zastosowania przymusu bezpośredniego, karta oceny stanu fizycznego pacjenta w trakcie stosowania przymusu bezpośredniego obecne były w dokumentacji;
- 4) zlecenia lekarskie, w tym po hospitalizacji, wykonywane były prawidłowo przez upoważniony personel – iniekcje, konsultacje, badania laboratoryjne. Brak kart potwierdzających podanie każdorazowej dawki leków w dokumentacji. Dostępne w raportach pielęgniarskich wpisy o odmowie przyjmowania leków doustnych. Brak

⁵⁹ mieszkani nr 217, 145 i 31 (mieszkaniec leżący).

⁶⁰ Mieszkaniec nr 31, 168 i 37 (przymus bezpośredni)

informacji odnośnie stosowania zamienników zaleconych leków. Na podstawie prowadzonej księgi przychodów – rozchodów leków należy przyjąć, że zamienniki nie były stosowane.

Zgodnie z wyjaśnieniem Kierowników Działu A, B, C zamienniki leków stosowane są przypadku braku dostępności leku w aptece i hurtowniach farmaceutycznych oraz w sytuacji korzystniejszej ceny leku dla mieszkańca.

- 5) w raportach pielęgniarских umieszczono informacje dotyczące wszystkich udzielanych świadczeń;
- 6) mieszkańcy mieli zapewnioną stałą opiekę pielęgniarską, która pozostawała w kontakcie z lekarzem psychiatrą oraz lekarzem POZ. Realizowane były również na bieżąco konsultacje w innych dziedzinach medycyny zgodnie z potrzebami mieszkańców.

Zgodnie w wyjaśnieniem Kierowników Działu A, B, C lekarze psychiatrą i POZ-U w chwili udzielania świadczeń mieli całkowity dostęp do całej dokumentacji mieszkańców na wszystkich oddziałach.

(akta kontroli str. 2330-2336)

2.7 W DPS zarządzeniem Dyrektora DPS z dnia 3 kwietnia 2017 r.⁶¹ powołano osiem zespołów terapeutyczno-opiekuńczych⁶² w skład których wchodził Kierownicy Działów A, B, C, pracownicy pierwszego kontaktu oraz specjaliści, tj. pracownicy socjalni, psycholog, terapeuci zajęciowi, rehabilitant. Nadzór i monitoring dokumentacji zespołów terapeutyczno – opiekuńczych pełnił Kierownik Działu terapeutyczno-rehabilitacyjnego. Do podstawowych zadań zespołów terapeutyczno-opiekuńczych należało m.in. opracowywanie Indywidualnych planów wsparcia⁶³ mieszkańców oraz wspólna z mieszkańcami ich realizacja. IPW powinny być przygotowane w terminie sześciu miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do DPS. Dokonywanie wpisów oceny problemów oraz podjętych działań przez pracownika pierwszego kontaktu w IPW miało być dokonywane po trzech dniach i po sześciu miesiącach od przyjęcia mieszkańca do DPS. Każdemu mieszkańcowi przypisano pracownika pierwszego kontaktu zgodnie z § 4 pkt 1 ww. zarządzenia w działalności zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, zgodnie z którym wybór pracownika pierwszego kontaktu następował w dniu przyjęcia mieszkańca.

(akta kontroli, str. 1614-1999)

Dla pięciu mieszkańców⁶⁴, których dokumentację objęto szczegółową analizą, w DPS prowadzono dokumentację związaną z realizacją IPW. Plany opracowano zgodnie z § 2 ust. 4 rozporządzenia w sprawie DPS. Realizując IPW współpracowano z pracownikiem pierwszego kontaktu. Tam, gdzie to możliwe, wyboru pracownika pierwszego kontaktu dokonywał mieszkaniowiec (na pięć przypadków w dwóch wyborach dokonali mieszkańcy w pozostałych opiekunowie prawni i kurator). We wszystkich IPW dokonywano ich oceny i modyfikowano z uwzględnieniem zmienionej sytuacji mieszkańca minimum co sześć miesięcy.

(akta kontroli, str. 2046-2049)

Objęta analizą przez NIK dokumentacja związana z realizacją IPW ww. pięciu mieszkańców prowadzona była niezgodnie z obowiązującymi przepisami i nierzetelnie, gdyż nie spełniała wymogów wynikających z § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DPS.

⁶¹ Zarządzenie Nr 12/2017 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. dr Józefa Marceliego Kopicza w Szpegawsku z dnia 3 kwietnia 2017 r w sprawie Regulaminu działalności Zespołów terapeutyczno-opiekuńczych.

⁶² Oddział „A” – Zespół I (parter), Zespół II (piętro)

Oddział „B” – Zespół I (parter), Zespół II (piętro), Zespół III (male b)

Oddział „C” – Zespół I (parter), Zespół II (piętro), Zespół III (internat).

⁶³ Dalej: IPW

⁶⁴ Mieszkaniowiec nr 31, 61, 66, 168 i 217

W jednym przypadku nie sporządzono karty aktywizacji dla mieszkańca⁶⁵, co było niezgodne z § 5 ust. 1-3 rozporządzenia z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi⁶⁶, gdyż nie został określony planowany rodzaj, zakres programowy oraz wymiar czasu zajęć rehabilitacji społecznej. Powyższe zostało opisane w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

IPW określano cel aktywizacji/działania, wskazywano członków zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, powołanych do jego realizacji. Skład zespołu w formalnej dokumentacji wskazywany był na etapie opracowywania Karty procesu realizacji adaptacji mieszkańca, w IPW zamieszczano również Karty do wypełnienia dla specjalistów, w których odnotowano postęp prac z mieszkańcem, Karty samodzielności prowadzone przez rok, półroczne karty aktywizacji mieszkańca z oceną skuteczności podjętych działań oraz karty uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych.

Dokumentacja półroczna członków zespołu obejmowała określenie pozytywnych (mocnych stron) cech mieszkańca, informacji czego dotyczyły aktywizacja/działanie, jaki występuje problem. Wskazywano również cel aktywizacji/działania oraz cel przeciwdziałania występującemu problemowi, ocenę skuteczności podjętych działań i dalszy plan pracy mieszkańcem. Dokumentacja ta sporządzana była po zakończeniu podlegającego ocenie okresu półrocznego. Na etapie oceny realizacji planu, prezentowano faktycznie podjęte działania, które w dużej mierze były dostosowane do indywidualnych potrzeb mieszkańca, a także miały indywidualny charakter.

(akta kontroli str. 1614-1999)

W ramach działań terapeutycznych i kulturalno-oświatowych DPS realizował dla mieszkańców, w okresie objętym kontrolą, różnego rodzaju aktywności, m.in. cykliczne spotkania terapeutyczne zespołu ds. profilaktyki uzależnień i pomocy osobom uzależnionym, weekendowe zajęcia terapeutyczne oparte na pracy indywidualnej i grupowej, wyjazdy integracyjne, letnie grillowanie, imprezy taneczne w plenerze, zawody sportowe, próby teatralne, zawody wędkarskie. Zaprojektowane formy rehabilitacji społecznej z badanej próby spraw (z jednego miesiąca w roku), nie były podporządkowane celom gospodarczym.

(akta kontroli str. 900-1047)

2.8 Dyrektor DPS zarządzeniem nr 7/2018 z dnia 9 lutego 2018 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu postępowania w sprawie pozostawionych przez zmarłych mieszkańców środków pieniężnych oraz mienia ruchomego wprowadził Regulamin postępowania w sprawie pozostawionych przez zmarłych mieszkańców środków pieniężnych oraz mienia ruchomego stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia (dalej: „Regulamin”). Wykonanie ww. zarządzenia powierzono Kierownikom Działów Opiekuńczych oraz Pracownikom socjalnym.

Zgodnie z ww. Regulaminem mienie po zmarłym mieszkańcu jest spisywane przez pracowników DPS⁶⁷. Ostateczne rozliczenie⁶⁸ następuje w ciągu 30 dni od zgonu. Prawo do nabycia środków pieniężnych oraz mienia ruchomego z depozytu mają jedynie spadkobiercy, po dostarczeniu przez nich prawomocnego postanowienia Sądu lub aktu notarialnego o nabyciu spadku. W przypadku zgonu mieszkańca samotnego, DPS po upływie trzech miesięcy od zgonu występuje do Sądu Rejonowego z wnioskiem o złożenie środków pieniężnych i mienia ruchomego po zmarłym do depozytu Sądu - rzeczy ruchome zostaną złożone w miejscu i terminie wyznaczonym przez Sąd.

⁶⁵ mieszkaniec nr 61 za okres od 01.07-31.12.2021

⁶⁶ Dz.U. poz. 250

⁶⁷ Kierownika Działu Opiekuńczego i Pracownika socjalnego.

⁶⁸ Na kontach depozytowym i odpłatności mieszkańca dokonuje Dział księgowości i Zespół pracowników socjalnych.

W DPS od 1 stycznia 2021 r. do 31 marca 2024 r. zmarło łącznie 72 mieszkańców⁶⁹, którzy pozostawili po sobie łącznie 403.847,39 zł w formie depozytów⁷⁰. DPS w okresie objętym kontrolą przekazał spadkobiercom depozyty po zmarłych mieszkańcach w łącznej kwocie 43.963,82 zł, zaś depozyty z lat 2021-2023 w kwocie 317.783,51 zł przekazano do depozytu sądowego. Depozyty z 2024 r. (do 31 marca) w kwocie 42.100,06 zł były w trakcie likwidacji przez DPS.

Badaniem objęto dziesięć depozytów, z czego:

- 5 depozytów na łączną kwotę 40.916,00 zł⁷¹, które wypłacono spadkobiercom;
- 5 depozytów (o najwyższych kwotach) na łączną kwotę 111.827,44 zł⁷², które przekazano do depozytu sądowego.

W czterech przypadkach spadkobiercom przekazano depozyty na podstawie okazanych aktów poświadczenia dziedziczenia (łączna kwota 30.088,17 zł), a w jednym przypadku przekazano depozyt (10.827,83 zł) na podstawie postanowienia Sądu o nabyciu spadku. W pięciu przypadkach Sąd zezwolił DPS na wpłacenie do depozytu sądowego kwot po zmarłych mieszkańcach.

Depozyty ww. zlikwidowano i przekazano spadkobiercom oraz do depozytu sądowego zgodnie z zapisami z Regulaminu.

Dyrektor DPS wyjaśniła, że w związku z likwidacją depozytów w latach 2021-2024 (do 31 marca) po zmarłych mieszkańcach, DPS nie występował do organu prowadzącego właściwą ewidencję, rejestr lub zbiór danych o udzielenie informacji umożliwiających ustalenie miejsca zamieszkania potencjalnych uprawnionych do depozytu po zmarłych, gdyż po upływie trzech miesięcy od zgonu DPS występował do Sądu Rejonowego z wnioskiem o złożenie środków pieniężnych i mienia ruchomego po zmarłych do depozytu Sądu. Dodała, że w ww. okresie DPS nie likwidował depozytów po zmarłych mieszkańcach przed 1 stycznia 2020 r.

(akta kontroli, str. 138-339, 1313-1338)

Odnosnie problemów, z jakimi się boryka DPS, Dyrektor DPS wskazała, że dotyczą one różnych płaszczyzn. Do umieszczenia w DPS coraz częściej kwalifikowane są osoby młode z przeszłością kryminalną i uzależnieniami. Dyrektor DPS wskazała, że nie ma wpływu i decyzyjności na to, kto zostanie umieszczony w jednostce. Podkreśliła, że nowo przyjęte osoby, w szczególności młode, z uzależnieniami, czy też po zakończeniu internacji sądowo-psychiatrycznej nie zawsze dostosowują się do realiów DPS. Często skutkuje to burzeniem miru domowego i wpływa negatywnie na pozostałych mieszkańców poprzez poczucie utraty przez nich bezpieczeństwa. Pomimo podejmowania działań dotyczących zmiany wydanych postanowień i decyzji dla w/w mieszkańców procedury sądowe trwają bardzo długo. Kolejnym problemem jest brak obsady pielęgniarskiej, co wynika z uwarunkowań systemowych, tj. wysokość wynagrodzenia w jednostce poza leczniczej.

(akta kontroli, str. 1313-1322)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. We wszystkich badanych trzech sprawach⁷³, nie dokumentowano podawania każdej dawki leków, pozwalających ocenić prawidłowość realizowanego leczenia,

⁶⁹ Od 1 stycznia 2021 r. do 31 marca 2024 r. zmarło łącznie 72 mieszkańców DPS, z tego: 20 w 2021 r., 22 w 2022 r., 23 w 2023 r. i 7 do 31 marca 2024 r.

⁷⁰ Odpowiednio: 131.297,15 zł w 2021 r., 142.427,69 zł w 2022 r., 88.022,49 w 2023 r. i 42.100,06 do 31 marca 2024 r.

⁷¹ Dotyczy: zgon z 24 stycznia 2021 r. – depozyt 10.827,83 zł, zgonu z 30 lipca 2021 r. – depozyt 3.060,17 zł, zgon z 15.02.2023 r. – depozyt 11.283,78 zł, zgonu z 23 września 2023 r. – depozyt 12.961,40 zł, zgonu z 12 listopada 2023 r. – depozyt 2.782,82 zł.

⁷² Dotyczy: zgon 14 lutego 2021 r. – depozyt 48.897,84 zł, zgon 8 listopada 2021 r. – depozyt 14.783,27 zł, zgon 9 sierpnia 2022 r. – depozyt 14.347,03 zł, zgon 17 sierpnia 2022 r. – depozyt 18.202,14 zł, zgon 18 listopada 2022 r. – depozyt 15.597,16 zł.

⁷³ Mieszkaniec nr 37, 31 i 168

zleconego przez lekarza, co mogło skutkować niezapewnieniem bezpieczeństwa mieszkańców.

Dyrektor DPS wyjaśniła, że w placówce nie dokumentowano każdorazowego podania leków zleconych przez lekarza poszczególnym mieszkańcom. Jedynie w sytuacji, kiedy podopieczny odmawiał przyjęcia leku, fakt ten odnotowywany był w Książce raportów pielęgniarских.

(akta kontroli, str. 1393-1397)

NIK podkreśla, że w okresie objętym kontrolą w celu dokumentowania sposobów podawania leków podopiecznych wprowadzono w dniu 21 marca 2024 r. Komunikat nr 1/2024 w sprawie potwierdzenia przyjęcia lub nie przyjęcia przez mieszkańców DPS leków zleconych przez lekarzy. W komunikacie tym przyjęto zasadę, zgodnie z którą zalecono przy każdorazowym zdawaniu dyżuru przez pielęgniarkę lub opiekuna, aby wpisywać informację do Książki raportów pielęgniarских następującej treści: „Mieszkańcy w dniu dzisiejszym przyjęli leki zgodnie z zleceniami lekarskimi”. Jeżeli któryś z mieszkańców, leków nie przyjął bądź odmówił, należało zapisać imię i nazwisko podopiecznego oraz podać przyczynę odmowy przyjęcia leku. Odpowiedzialnymi za realizację i przestrzeganie niniejszych zaleceń wskazano Kierowników Działów Opiekuńczych.

(akta kontroli, str. 1393-1397)

W trakcie kontroli Dyrektor DPS kolejnym komunikatem Nr 3/2024 z dnia 10 maja 2024 r. wprowadziła również obowiązek dokumentowania potwierdzania przyjęcia leków przez mieszkańców DPS w Szpęgawsku zgodnie z zaleceniami lekarskimi w kartach potwierdzających przyjęcie leków zleconych przez lekarza. W trakcie kontroli przedłożono kopię trzech kart (z dnia 11 i 12 maja 2024 r.) potwierdzających podanie leków trzem mieszkańcom, których dokumentacja objęta była badaniem biegłego.

NIK zauważa, że niedokumentowanie podawania każdej dawki leku oznaczało naruszenie prawa mieszkańca do zapewnienia mu poczucia bezpieczeństwa.

(akta kontroli str. 2337, 2399-2904)

2. W badanej dokumentacji zastosowania przymusu bezpośredniego pięciu mieszkańców⁷⁴ stwierdzono ich nierzetelne udokumentowanie polegające na:

- a) niewpisywaniu w pkt 1.1 kart zastosowania przymusu bezpośredniego, rodzaju zastosowanego przymusu bezpośredniego o którym mowa w art. 3 ust. 6 ustawy ozp;
- b) wpisywaniu w Książkach raportów pielęgniarских innych rodzajów zastosowanych środków przymusu bezpośredniego niż wskazanych w kartach zastosowania przymusu bezpośredniego;
- c) w jednym przypadku⁷⁵ w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego wpisano informację o podjęciu decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, w sytuacji, gdy takie działanie nie miało miejsca.

(akta kontroli, str. 2949-2963)

Dyrektor DPS wyjaśniła, że w kartach zastosowania przymusu bezpośredniego nie wskazywano rodzaju przymusu bezpośredniego, ponieważ wynikało to z nieprawidłowej interpretacji przepisów prawa. Odpowiedzialni za wypełnienie karty pracownicy wskazywali środki zastosowanego przymusu bezpośredniego uznając prawidłowość tej informacji. Przyczyną rozbieżności zapisów w poszczególnych dokumentach była omyłkowa zmiana nazewnictwa środków przymusu bezpośredniego przez osoby odpowiedzialne.

(akta kontroli, str. 2949-2963)

Kierownik Działu C (starsza pielęgniarka) wypełniając kartę zastosowania przymusu bezpośredniego mieszkańca nr 53 wyjaśniła, że niewskazanie rodzaju przymusu bezpośredniego w pkt 1.1 karty wynikało z nieprawidłowego zinterpretowania przepisu

⁷⁴ mieszkańiec nr 155, 53, 120, 37 oraz mieszkańiec A.G.

⁷⁵ mieszkańiec nr 53

dot. w/w pkt. Niewskazanie godziny zastosowania przymusu wynikało przez nieuwagę. Natomiast wpisanie w pkt 4 karty informacji o podjęciu decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego wynikało z omyłki. Pomyłka wynikała z konieczności szybkiej reakcji na zaistniałą sytuację biorąc pod uwagę dobro oraz bezpieczeństwo pozostałych mieszkańców.

(akta kontroli, str. 3012-3014)

Kierownik Działu A (starsza pielęgniarka), wypełniając kartę zastosowania przymusu bezpośredniego mieszkańca nr 120 wyjaśniła, że nie wskazanie rodzaju przymusu bezpośredniego w karcie w pkt 1.1, wynikało z nieprawidłowej interpretacji przepisów prawa.

(akta kontroli, str. 3007 -3009)

Zgodnie z wyjaśnieniem pielęgniarki, wypełniając kartę przymusu bezpośredniego mieszkańca nr 155, niewykazanie rodzaju przymusu bezpośredniego wynikało z nieprawidłowej interpretacji przepisów prawa. W wyżej wymienionej informacji wskazano środek zastosowanego przymusu tj. pasy magnetyczne do łóżka na koniczyny uznając prawidłowość tej informacji.

(akta kontroli, str. 3010-3011)

Zgodnie z wyjaśnieniem byłej pielęgniarki⁷⁶ wypełniając kartę zastosowania przymusu bezpośredniego z dnia 27 października 2021 r. dotyczącą mieszkańca A.G., w karcie, raporcie oraz w dokumentacji medycznej nie odnotowano informacji o uprzedzeniu mieszkańca o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego, ponieważ podczas całej procedury stosowania przymusu bezpośredniego mieszkaniowiec był informowany na bieżąco o czynnościach jakie były dokonywane podczas zabezpieczania. Tylko przez niedopatrzenie i przeoczenie nie ujęto tego w karcie, raporcie i dokumentacji medycznej.

(akta kontroli, str. 3015-3016)

NIK zauważyła, że nierzetelne udokumentowanie zastosowania środków przymusu bezpośredniego naruszało prawo mieszkańca do zapewnienia mu poczucia bezpieczeństwa.

(akta kontroli, str. 2946, 2925-2948, 2964-3006)

3. W badanej dokumentacji zastosowania przymusu bezpośredniego pięciu mieszkańców⁷⁷ nie odnotowano informacji o uprzedzeniu mieszkańca o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego. Stanowiło to naruszenie art. 18 ust. 2 ustawy oip, zgodnie z którym każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenie o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

(akta kontroli, str. 3030-3031)

Dyrektor DPS wyjaśniła, że we wszystkich pięciu przypadkach zastosowania przymusu bezpośredniego, mieszkańcy zostali uprzedzeni o możliwości zastosowania wobec nich w/w środka. Jednakże nie odnotowano tego faktu w dokumentacji medycznej oraz raportach pielęgniarskich pomimo obowiązujących przepisów. Sytuacje dotyczące braku zapisu wynikały z konieczności szybkiej reakcji na zaistniałą sytuację co spowodowało pominięcie w/w zapisu. Ponadto nie odnotowano informacji dotyczących przyczyn odstąpienia od uprzedzenia osoby o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego, ponieważ we wszystkich przypadkach podopieczni zostali uprzedzeni przez personel o możliwości zastosowania wobec nich przymusu. Jednocześnie informuję, że w związku z prowadzoną kontrolą oraz występującymi nieścisłościami podjęto natychmiastowe działania naprawcze. Efektem tego było spotkanie kadry kierowniczej Domu celem przypomnienia o obowiązujących przepisach i procedurach.

(akta kontroli, str.3072-3079)

⁷⁶ Pracującą w DPS w okresie od 14 kwietnia 2008r do 31 października 2021r.

⁷⁷ mieszkaniowiec nr 155, 53, 120, 37 oraz mieszkaniowiec A.G.

Kierownik Działu A (starsza pielęgniarka) oraz Kierownik Działu C (starsza pielęgniarka) oraz pielęgniarka pracująca w DPS wskazały, że we wszystkich przypadkach zastosowania przymusu bezpośredniego mieszkańcy byli uprzedzani o możliwości zastosowania wobec nich przymusu. Brak w/w informacji w dokumentacji medycznej oraz raportach pielęgniarskich wynikał z pośpiechu oraz szybkiej reakcji na niebezpieczeństwo biorąc pod uwagę dobro i bezpieczeństwo pozostałych mieszkańców.

(akta kontroli, str. 3007-3011)

Zdaniem NIK uprzedzenie mieszkańca o możliwości zastosowania wobec niego środka przymusu bezpośredniego jest niewystarczające. Zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy oop, każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania należy odnotować w dokumentacji medycznej.

Na uwagę zasługuje fakt, że w wyniku kontroli NIK Dyrektor DPS wprowadziła zarządzenie w sprawie stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców DPS⁷⁸, w którym m.in. wprowadzono nowy zapis dotyczący obowiązku odnotowywania w dokumentacji medycznej każdego przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania.

Nierzetelne dokumentowanie zastosowania środka przymusu bezpośredniego naruszało prawo mieszkańca do zapewnienia mu poczucia bezpieczeństwa.

(akta kontroli, str. 2949-3031)

4. W dwóch⁷⁹ na 18 przypadków nie sporządzono informacji o samodzielnym oddaleniu się mieszkańca, co było niezgodne z zarządzeniem⁸⁰ Dyrektora DPS w sprawie zasad postępowania w przypadku samowolnego oddalenia się mieszkańców. Zgodnie z pkt 7 zarządzenia w przypadku samodzielnego oddalenia się mieszkańca, osoba sprawująca bezpośredni nadzór nad mieszkańcem jest zobowiązana do sporządzenia informacji o samowolnym oddaleniu się mieszkańca DPS.

(akta kontroli, str. 3091-3214)

Jak wskazała Dyrektor DPS obie sytuacje zostały omyłkowo zakwalifikowane jako samowolne oddalenie się. W obu przypadkach mieszkańcy zostali bardzo szybko odnalezieni na terenie placówki przez personel. Osoby sprawujące bezpośredni nadzór nad mieszkańcami zaistniałe wydarzenia opisały w raporcie pielęgniarskim jako próby ucieczki podopiecznych. W związku z powyższym nie zostały założone karty oddaleń. Zgodnie z wyjaśnieniem Kierownika Działu C, mieszkaniec w dniu 31.01.2021 r. samowolnie opuścił oddział C. Wyjścia poza teren nie zgłosił personelowi. Osoby sprawujące bezpośredni nadzór nad mieszkańcem szybko zorientowały się, że mieszkańca nie było na oddziale. Natychmiast podjęto poszukiwania, które skutkowały znalezieniem pensjonariusza. Karta oddalenia nie była wypisana, ponieważ nie była powiadomiona Policja, a osoba odpowiedzialna tak interpretowała zarządzenie nr 26/2017 Dyrektora DPS z dnia 15 listopada 2017 r.

(akta kontroli, str. 3072-3079)

Zgodnie z wyjaśnieniem Kierownika Działu A mieszkaniec usiłował w dniu 21.11.2023 r. oddalić się z placówki. Terenu DPS nie opuścił. Mieszkaniec został zauważony przez portiera, gdy próbował się oddalić. W obecności pracownika mieszkaniec powrócił na Oddział A. Karta oddalenia nie została wypisana, ponieważ mieszkaniec DPS nie opuścił terenu DPS-u i nie musiały być powiadomione służby ratunkowe.

(akta kontroli, str. 3215-3216)

⁷⁸ Zarządzenie nr 4/2024 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej imienia dr. Józefa Marcellego Kopicza w Szpęgawsku w sprawie stosowania środków przymusu bezpośredniego.

⁷⁹ Oddalenie z placówki z dnia 31 stycznia (dot. mieszkańca Z.M.) oraz z dnia 21 listopada 2023 r. (próba ucieczki mieszkańca nr 66)

⁸⁰ Zarządzeniem nr 26/2017 r. Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. Józefa Marcellego Kopicza z dnia 15 listopada 2017 r. w sprawie zasad postępowania w przypadku samowolnego oddalenia się mieszkańców w Domu Pomocy Społecznej w Szpęgawsku.

NIK nie podziela powyższej argumentacji, gdyż w ww. sytuacji nie ma znaczenia jak długo trwało oddalenie i gdzie mieszkanięc został odnaleziony. Oddalenie się w przedmiotowej sytuacji (lub jak wskazano w raportach pielęgniarstkich z dnia 31 stycznia 2021 r. – oddalenie oraz z dnia 21 listopada 2023 r. próba ucieczki) to szczególnie przypadek zakłócenia normalnego trybu życia DPS, o którym mowa załączniku nr 1 do ww. Zarządzenia Dyrektora DPS w sprawie zasad postępowania w przypadku samowolnego oddalenia się mieszkańca podlegający obowiązkowi sporządzenia informacji na ustalonym druku Załącznik nr 1.

5. W wyniku badania pięciu spraw⁸¹ mieszkańców dotyczących przestrzegania ich praw w trzech przypadkach⁸² stwierdzono, że zaświadczenia lekarskie potwierdzające konieczność ich dalszego pobytu w DPS zostały wystawione po terminie wskazanym w art. 38 ust. 5 ustawy ozp., tj. po sześciu miesiącach od dnia ostatniego zaświadczenia. Zaświadczenia w przypadku mieszkańca nr 31 wystawiono dopiero w dniu 17.08.2021 r. (poprzednie w dniu 02.02.2021 r.), mieszkańca nr 66 w dniu 09.08.2022 r. (poprzednie w dniu 27.07.2021 r.) i mieszkańca nr 168 w dniu 06.07.2021 r. (poprzednie w dniu 05.01.2021 r.). Powyższe stanowiło naruszenie ww. wskazanego przepisu zgodnie z którym osoba, o której mowa w ust. 1, podlega okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. Badania przeprowadza się raz na sześć miesięcy.

(akta kontroli, str. 2046-2049, 2823-2827, 2078-2079, 2089-2090, 2118-2119)

Jak wyjaśniła Dyrektor DPS oraz starszy specjalista pracy socjalnej – Koordynator, do której obowiązków należało m.in. prowadzenie dokumentacji mieszkańców, nieterminowe wystawienie zaświadczenia lekarskiego dla mieszkańca nr 31 i dla mieszkańca nr 168, o którym mowa w art. 38 ust. 5 ozp spowodowane było sytuacją epidemiczną SARS-CoV-2 w kraju. Przesunięcie terminu badania w przypadku mieszkańca nr 31 o kilkanaście dni oraz w przypadku nr 168 o jeden dzień, nie wynikało z naszego zaniedbania, ale możliwości przeprowadzenia konsultacji przez lekarza psychiatrę w okresie pandemii. Nieterminowe wystawienie zaświadczenia lekarskiego dla mieszkańca nr 66 wynikało z tego, że przebywał on na leczeniu w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim od dnia 27 lipca 2022 r. Nadmieniam, że badanie potwierdzające konieczność dalszego pobytu jest wystawiane przez lekarza psychiatrę podczas osobistej konsultacji w naszej placówce. W związku, iż mieszkanięc w okresie konieczności wystawienia zaświadczenia był hospitalizowany, nie było to możliwe. Jednocześnie informuję, że po powrocie mieszkańca z leczenia szpitalnego, został on niezwłocznie, zgodnie z harmonogramem konsultacji psychiatrycznych w placówce umówiony na wizytę celem wydania zaświadczenia.

(akta kontroli, str. 2132-2135, 2823-2827)

Zdaniem NIK, powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, gdyż działanie to stanowiło ograniczenie prawa do wolności mieszkańców.

6. W trzech na 40 badanych Kart czynności opiekuńczych mieszkańców⁸³ o ograniczonej możliwości poruszania się stwierdzono, że w dokumentach tych odnotowano obowiązek zmiany pościeli po terminie wynikającym z § 6 ust. 1 pkt 8 lit. c rozporządzenia w sprawie DPS. W odniesieniu do mieszkańców:

- a) nr 31 stwierdzono zapis dotyczący zmiany pościeli w styczniu i lutym 2024 r. po 25 i 21 dniach od ostatniej odnotowanej zmiany pościeli. W lutym 2023 r. odnotowano zapis po 16 dniach od ostatniej odnotowanej zmiany pościeli;
- b) nr 145 stwierdzono zapis dotyczący zmiany pościeli styczniu 2024 r. po 15 dniach, w lutym 2024 r. po 25 dniach od ostatniej odnotowanej zmiany pościeli; w styczniu 2023 r. po 20 dniach, w lutym 2023 r. po 25 dniach od ostatniej zmiany pościeli,

⁸¹ Mieszkańcy DPS nr 31, 61, 66, 168 i 217

⁸² Mieszkańcy nr 31, 66 i 168

⁸³ nr 31, 145 i 217

w lutym 2022 r. po 25 dniach od ostatniej zmiany pościeli, w lutym 2021 r. po 24 dniach od ostatniej zmiany pościeli;

- c) nr 217 stwierdzono zapis dotyczący zmiany pościeli w styczniu 2023 r. po 17 dniach, w lutym 2023 r. po 26 i 21 dniach od ostatniej odnotowanej zmiany pościeli, w styczniu 2022 r. po 16 dniach, w lutym 2023 r. po 24 dniach od ostatniej odnotowanej zmiany pościeli.

(akta kontroli, str. 2712-2822)

Jak wskazała Kierownik Działu A, pościel mieszkańcom jest zmieniana wg. harmonogramu kąpieli. U mieszkańca nr 31 pościel zmieniana jest dodatkowo w każdą niedzielę na prośbę opiekuna prawnego. Ze względu na zintensyfikowanie pracy opiekuńczej, uzupełnienie dokumentacji miało nastąpić w terminie późniejszym.

(akta kontroli, str. 2823-2825, 2828)

Kierownik Działu B wyjaśniła, że, w poszczególnych okresach pościel była wymieniana regularnie, według obowiązującego harmonogramu kąpieli mieszkańców oddziału B, co dwa tygodnie oraz według indywidualnych potrzeb mieszkańców. Brak wpisu spowodowany był zintensyfikowaniem działań opiekuńczo pielęgnacyjnych bezpośrednio dotyczących mieszkańców – uzupełnianie dokumentacji pozostawiono na okres późniejszy i dokonanie wyżej wymienionych wpisów pominięto.

Zdaniem NIK nierzetelne prowadzenie dokumentacji uniemożliwiło weryfikację obowiązku określonego w § 6 ust. 1 pkt 8 lit. c rozporządzenia w sprawie DPS, stanowiącego, że pościel zmieniana powinna być w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie. Działanie takie naruszało prawo mieszkańca do zapewnienia mu poczucia bezpieczeństwa oraz ochrony zdrowia.

(akta kontroli, str. 2823-2825, 2829)

7. Objęta analizą przez NIK dokumentacja związana z realizacją IPW pięciu mieszkańców⁸⁴ prowadzona była niezgodnie z obowiązującymi przepisami i nierzetelnie, gdyż:

- a) nie sporządzono karty aktywizacji dla mieszkańca nr 61 za okres od 01.07-31.12.2021, i nie dokonano oceny i modyfikacji planów wsparcia z uwzględnieniem zmienionej sytuacji mieszkańca, co było niezgodne z § 5 ust. 1-3 rozporządzenia z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, gdyż nie został określony planowany rodzaj, zakres programowy oraz wymiar czasu zajęć rehabilitacji społecznej;
- b) nie było podpisu mieszkańca potwierdzającego zapoznanie się z opracowanym planem na karcie aktywizacji mieszkańca (IPW) nr 61, na dokumencie nie było również adnotacji, że opracowanie planu z udziałem mieszkańca nie było możliwe;
- c) w kartach aktywizacji mieszkańca nr 61 za okres 01.01-30.06.2023, 01.07-31.12.2023, 01.01-30.06.2023 oraz 01.01-30.06.2024 nie wskazano, czy mieszkaniiec objęty był wymiarem czasu zajęć rehabilitacji społecznej (10 h tygodniowo).
- d) nie było podpisu na pierwszej karcie aktywizacji przez mieszkańca (IPW) nr 31, jak również adnotacji, że opracowanie planu z udziałem mieszkańca nie było możliwe. Nie wskazano również, czy mieszkaniiec objęty był wymiarem czasu zajęć rehabilitacji społecznej (10 h tygodniowo).
- e) nie było podpisu mieszkańca potwierdzającego zapoznanie się z opracowanym planem na kartach aktywizacji mieszkańca nr 31 za okres 01.01-30.06.2022 i 01.07-31.12.2022 jak również adnotacji, że opracowanie planu z jego udziałem nie było możliwe. Nie wskazano również, czy mieszkaniiec objęty jest wymiarem czasu zajęć rehabilitacji społecznej (10 h tygodniowo);

⁸⁴ Mieszkańcy nr 31, 61, 66, 168 i 217

- f) nie było podpisu mieszkańca na karcie aktywizacji mieszkańca nr 217, oraz adnotacji potwierdzającej zapoznanie się z opracowanym planem oraz brak adnotacji, że opracowanie planu z jego udziałem nie było możliwe;

Dokumenty wskazane powyżej w pkt b - f nie spełniały wymogów wynikających z § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DPS, ponieważ nie zostały sporządzone z udziałem mieszkańca ani nie zawierały adnotacji, że sporządzenie IPW z jego udziałem nie było możliwe.

(akta kontroli, str. 1714-1999, 2046-2049)

Kierownik Działu Terapeutyczno – Opiekuńczego, do której obowiązków należało m.in. prowadzenie i nadzorowanie wypełniania dokumentacji i sprawozdawczości wskazała, że zgodnie z przyjętą procedurą, w przypadku mieszkańców nr 61, 31 i 217 ww. nieprawidłowości spowodowane były niedopatrzeniem pracownika pierwszego kontaktu oraz dużą ilością obowiązków na rzecz mieszkańców. Kierownik wskazała, że dokona analizy wszystkich zapisów IPW u 216 mieszkańców domu i uzupełni występujące braki oraz wykaże się większą skrupulatnością w analizowaniu planów IPW.

(akta kontroli, str. 1334-1335)

8. W dokumentacji potwierdzającej wywiązywanie się przez DPS z obowiązków dotyczących higieny mieszkańców⁸⁵ nie prowadzono dokumentacji potwierdzającej wymianę ręczników.

Zgodnie z wyjaśnieniem Kierowników Działu A, B, C wymiana ręczników odbywała się zgodnie z obowiązującym harmonogramem oraz indywidualnie wg. potrzeb mieszkańca na wszystkich oddziałach. Codziennie dokonywano podziału pracy na odcinki, które następnie były sprawdzane. Dokumentacja sprzątnięcia nie była prowadzona, na bieżąco sprawdzany był stan czystości na oddziałach.

NIK zwraca uwagę, że nierzetelne prowadzenie dokumentacji oznacza, że nie jest możliwe potwierdzenie, że DPS wywiązywał się z obowiązku określonego w § 6 ust. 1 pkt 8 lit. b rozporządzenia w sprawie DPS. Przepis ten stanowi, że ręczniki zmieniane są w miarę potrzeby, jednak nie rzadziej niż raz na tydzień.

(akta kontroli, str. 2823-2825, 2833)

9. Objęta analizą przez NIK dokumentacja związana z obsadą dyżurów pielęgniarских wykazała, że w DPS nie zapewniono obsady nocnego dyżuru pielęgniarского 27 lipca 2021 r., 4 grudnia 2021 r., 29 stycznia 2022 r. oraz 24 marca 2024 r.

Jak wyjaśniły Kierowniczki Działu A, B, C brak opieki pielęgniarской na ww. dyżurach nocnych spowodowane było zbyt małą ilością pielęgniarek pracujących w DPS. Planowanie dyżurów (grafików) dokonują kierownicy działów opiekuńczych. Planując grafik ustalany jest między działem A, B i C plan zapewniający mieszkańcom chociaż jedną opiekę pielęgniarскую na dyżurze dziennym i nocnym.

Dyrektor DPS wskazała, że problemem jest brak obsady pielęgniarской, który wynika z uwarunkowań systemowych tj. wysokości wynagrodzenia w jednostce poza leczniczej. NIK zwraca uwagę, że zgodnie z art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁸⁶ obowiązkiem kierownika jednostki jest zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej. Przyjęte mechanizmy okazały się nieskuteczne.

(akta kontroli, str. 2337-2388)

OCENA CZĄSTKOWA

W DPS podejmowano działania zapewniające właściwą opiekę nad mieszkańcami. Zapewniono korzystanie ze zróżnicowanych form terapii dostosowanych do zindywidualizowanych potrzeb mieszkańców. Mieszkańcom zapewniano możliwość kontaktu z rodziną oraz dysponowanie własnymi środkami pieniężnymi. W badanej próbie zaświadczenia lekarskie potwierdzające konieczność dalszego pobytu mieszkańców w DPS zostały wystawione po terminie wskazanym w art. 30 ust. 5 ustawy

⁸⁵ Karty czynności opiekuńczych mieszkańców nr 31, 66 i 168.w

⁸⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 1270 ze zm.

ozp. Zabezpieczenie antykoncepcyjne ubezwłasnowolnionym całkowicie mieszkankom DPS podawano po uprzednim uzyskaniu zgody właściwego sądu opiekuńczego. Wywiązywano się z obowiązku pielęgnacji mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się (kąpiele, golenie, strzyżenie, profilaktyka i leczenie odleżyn), jednakże nierzetelnie dokumentowano jego stosowanie. Przymus bezpośredni w stosunku do mieszkańców stosowano, jednakże nierzetelnie dokumentowano jego zastosowanie. Nie stwierdzono przypadków w badanej próbie, że zastosowanie środków przymusu bezpośredniego zlecone zostało przez osobę nieupoważnioną.

Mieszkańcom umożliwiono korzystanie ze świadczeń lekarskich, zarówno w formie ambulatoryjnej jak i stacjonarnej. Zlecenia lekarskie w zakresie badanej przez biegłego próby wykonywane były prawidłowo przez upoważniony personel – iniekcje, konsultacje, badania laboratoryjne. Nie udokumentowano jednak każdorazowego podania leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich. W wyniku kontroli wprowadzono taki obowiązek komunikatem Dyrektor. Nie zapewniono obsługi pielęgniarstwa na każdym dyżurze pielęgniarskim. Podejmowano udokumentowane działania, które pozwoliły na likwidację depozytów po śmierci mieszkańców.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Ujęcie w Regulaminie prowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS zapisów dotyczących uniemożliwienia nieupoważnionym osobom uzyskania dostępu do informacji oraz zapewnienia ochrony poufności tożsamości osoby dokonującej zgłoszenia.
2. Uregulowanie sposobu dokumentowania codziennego sprzątanego pomieszczeń i pokoiów mieszkalnych.
3. Zapewnienie adekwatnej obsady w etatach pracowników socjalnych względem liczby mieszkańców DPS.
4. Zapewnienie wymaganego wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego.
5. Przekazanie dla celów sprawozdawczych w Centralnej Aplikacji Statystycznej rzetelnych danych w zakresie zatrudnienia pracowników za rok 2021, 2022 i 2023.
6. Ujednolicenie w regulaminie mieszkańców DPS oraz Planach Dnia Oddziałów opiekuńczych zapisów odnośnie godzin wydawania poszczególnych posiłków oraz określenie dla każdego z posiłków czasu jego wydawania wynoszącego 2 godziny.
7. Usunięcie barier architektonicznych w Pawilonie „B” posiadającym trzy kondygnacje, w celu umożliwienia przemieszczania się między piętrami osobom o ograniczonej możliwości poruszania się.
8. Umieszczanie na tablicy ogłoszeń informacji o depozytach, które pozostały po zmarłych mieszkańcach DPS.
9. Zapewnienie rzetelnego dokumentowania wymiany ręczników i pościeli.
10. Przestrzeganie wymaganej częstotliwości szkoleń na temat praw mieszkańca oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami dla wszystkich pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego.
11. Zapewnienie rzetelnego prowadzenia dokumentacji IPW.
12. Zapewnienie terminowego wystawiania zaświadczeń lekarskich potwierdzających konieczność pobytu mieszkańca w DPS.

13. Zapewnienie sporządzania informacji o samodzielnym oddaleniu się mieszkańca zgodnie z regulacjami wewnętrznymi DPS.
14. Odnotowywanie w dokumentacji medycznej bądź karcie zastosowania przymusu bezpośredniego informacji o uprzedzeniu mieszkańca o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego.
15. Rzetelne prowadzenie kart zastosowania przymusu bezpośredniego.
16. Zapewnienie prawidłowej obsady nocnych dyżurów pielęgniarских.

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury w Gdańsku. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Gdańsk, dnia 14 czerwca 2024 r.

Kontrolerzy
Specjalista kontroli państwowej
Agata Bloch

.....
podpis

Krzysztof Holli
Specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku
Dyrektor
z up. Dariusz Jurczuk
p.o. wicedyrektor