



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
DELEGATURA W KIELCACH

LKI.410.5.2.2024

Zbigniew Szybalski
Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku
ul. Szewska 28
26-052 Zgórsko

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 w Zgórsku (dalej: DPS lub Dom), ul. Szewska 28, 26-052 Zgórsko.
Kierownik jednostki kontrolowanej	W okresie objętym kontrolą Dyrektorem DPS był Zbigniew Szybalski.
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 dnia zakończenia czynności kontrolnych), 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 ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	1. Marcin Sudół, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/35/2024 z 13 marca 2024 r. 2. Karol Kuleta, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/36/2024 z 18 marca 2024 r.

(akta kontroli str. 1-5)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623 (dalej: ustawa o NIK).

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą zasady funkcjonowania Domu określone w wewnętrznych procedurach sprzyjały przestrzeganiu praw mieszkańców. Mieszkańcom DPS nie ograniczano możliwości swobodnego wyjścia poza jego teren, zapewniając im prawo do wolności poruszania się. DPS osiągał wymagany poziom wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na jednego mieszkańca. Nie spełniał jednak warunku efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających wskazanego w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej³ (dalej: rozporządzenie w sprawie DPS). Dyrektor nie zapewnił bowiem wymaganej cykliczności obowiązkowych szkoleń dla 19 z 20 (95%) pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, których akta objęto analizą.

DPS spełniał większość wymogów dotyczących warunków lokalowych, pomieszczeń do terapii zajęciowej i rehabilitacji oraz żywieniowych, zapewniając mieszkańcom DPS prawo do ochrony zdrowia. Otoczenie budynków mieszkalnych uzupełniały miejsca dające możliwość uprawiania sportu, rekreacji i wypoczynku. Dwa budynki nie były jednak wyposażone w system przyzywowo-alarmowy, natomiast w pozostałych budynkach umiejscowienie włączników systemu nie dawało możliwości uruchomienia alarmu osobom leżącym. Powyższe powodowało, że mieszkańcom nie zapewniono w pełni prawa do poczucia bezpieczeństwa. Ponadto w żadnym z budynków nie wyodrębniono pomieszczenia palarni. Dyrektor zapewnił mieszkańcom opiekę lekarską i psychologiczną. Nie wyegzekwował jednak od lekarza psychiatry terminowego i rzetelnego sporządzania okresowych badań stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym dalszy pobyt mieszkańców w DPS, co mogło naruszać ich prawo do wolności. W okresie objętym kontrolą zapewniono obsadę pielęgniarstwa na każdym dyżurze. Prawidłowo i na ogół rzetelnie realizowano leczenie zlecone przez lekarzy podstawowej opieki medycznej i specjalistów oraz po hospitalizacji. Prawidłowo wywiązywano się z obowiązku pielęgnacji mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się. Podejmowano działania zapewniające właściwą opiekę mieszkańcowi, który samowolnie oddał się z terenu DPS, a przymus bezpośredni stosowano w uzasadnionych przypadkach, nie naruszając w ten sposób prawa mieszkańca do wolności i poczucia bezpieczeństwa. Nie dochowano jednak należytej staranności przy sporządzaniu dokumentacji w tym zakresie. W prowadzonym w DPS *Rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego* żaden z dwóch wpisów dotyczących jego zastosowania nie zawierał informacji o jego przebiegu. Nie udokumentowano w nim również zastosowania dodatkowej formy przymusu bezpośredniego wobec jednego z mieszkańców. Dodatkowo zastosowanie tego przymusu wobec dwóch mieszkańców udokumentowano na niewłaściwych formularzach, które zostały sporządzone nierzetelnie.

Usługi świadczone na rzecz mieszkańców Domu, których dokumentację objęto szczegółową analizą dostosowane były do ich indywidualnych potrzeb, jednak analizowane indywidualne plany wsparcia mieszkańców (dalej: IPW) sporządzono nierzetelnie, gdyż w żadnym nie wskazano wymiaru czasu zajęć do realizacji, a 35% z nich nie zostało podpisanych przez pracowników pierwszego kontaktu odpowiedzialnych za koordynację tych planów. Dodatkowo zadań związanych z koordynacją IPW mieszkańców Dyrektor nie przypisał w zakresach obowiązków

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Dz. U. z 2018 r. poz. 734, ze zm.

żadnemu z pracowników obsługi, których powołał na pracownika pierwszego kontaktu.

W Rejestrze zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku nie zaewidencjonowano wypadku, w wyniku którego mieszkaniec DPS doznał złamania nasady dalszej kości promieniowej. Do Domu i instytucji nadzorujących jego działalność nie wpłynęły skargi dotyczące nieprzestrzegania praw mieszkańców lub jego funkcjonowania, a kontrole zewnętrzne nie wykazały nieprawidłowości w tym obszarze. W okresie objętym kontrolą nieprawidłowo prowadzono postępowanie zmierzające do likwidacji⁴ depozytów po śmierci mieszkańców. W wyniku niepodjęcia sformalizowanych i systematycznych działań, na kontach depozytowych w DPS figurowały depozyty po zmarłych w latach 2012-2019, których nie wypłacono osobom uprawnionym ani nie przekazano na rzecz Skarbu Państwa.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wskazują, że Dyrektor nie zapewnił wystarczających mechanizmów kontroli zarządczej w celu weryfikowania zapewnienia przestrzegania praw mieszkańców.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą DPS był samodzielną jednostką organizacyjną działającą jako jednostka budżetowa powiatu kieleckiego o zasięgu ponadgminnym. Działał na podstawie zezwolenia Wojewody Świętokrzyskiego⁶, zgodnie z którym przeznaczony był dla 130 osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie⁷. DPS nie świadczył usług krótkoterminowego wsparcia.

(akta kontroli str. 6-33, 1127)

DPS zamieszkiwało 129 mieszkańców na 31 grudnia 2021 r. i po 131 w latach 2022-2023 (na 31 grudnia). Na 25 marca 2024 r. liczba mieszkańców w DPS wynosiła 133. Liczba mieszkańców w kontrolowanym okresie, za wyjątkiem 2021 r., przekraczała zatem limit miejsc określony w zezwoleniu Wojewody Świętokrzyskiego, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 6-11, 146-173, 1128)

Prawa i obowiązki mieszkańców Domu zostały szczegółowo określone w statutach DPS⁸. Wśród postanowień dotyczących praw mieszkańców Domu wskazano m.in. prawo do godnego traktowania, pomocy w zaspokajaniu swoich potrzeb, zapewnieniu

⁴ Pod pojęciem likwidacji należy rozumieć, że nie wypłacono uprawnionym środków z depozytu lub nie przekazano ich na rzecz Skarbu Państwa.

⁵ 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.

⁶ Decyzja Wojewody Świętokrzyskiego znak: PSZ.V.9423.11.2017 z dnia 25 września 2017 r. zmieniająca decyzję Wojewody Świętokrzyskiego znak: PS.II.9423.11.2012 z dnia 21 grudnia 2012 r.

⁷ W zezwoleniu nie określono szczegółowej liczby miejsc dla poszczególnych grup lub poszczególnych budynków wchodzących w skład kompleksu mieszkalnego DPS.

⁸ Statut Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku stanowiący załącznik do uchwały nr XLII/75/2022 Rady Powiatu w Kielcach z dnia 24 sierpnia 2022 r. oraz uchwały nr XXIX/85/2017 Rady Powiatu w Kielcach z dnia 27 października 2017 r.

sobie ochrony prawnej, zgłaszania skarg i wniosków, uczestniczenia w pracach samorządu mieszkańców Domu.

(akta kontroli str. 12-33, 1129-1130)

Zarządzeniami Dyrektora⁹ wprowadzone zostały procedury postępowania w zakresie funkcjonowania Domu. Procedury te regulowały m.in. kwestie dysponowania kontami depozytowymi mieszkańców, stwierdzenia zgonu mieszkańca, utrzymania higieny osobistej mieszkańców, nieobecności mieszkańców w Domu (w tym samowolnego opuszczenia terenu DPS), skarg i wniosków, nieszczęśliwych wypadków, stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego. W żadnej z procedur nie określono kar za naruszenie ustalonych w Domu zasad.

(akta kontroli str. 80-145, 477-481, 483-490, 1129-1130)

Liczba całkowicie ubezwłasnowolnionych mieszkańców DPS wynosiła: na koniec 2021 r.: 117 osób (dla 24 z nich opiekunem prawnym lub kuratorem był członek rodziny, dla 92 – pracownik DPS, dla jednej – inna obca osoba); na koniec 2022 r.: 115 osób (dla 23 z nich opiekunem prawnym lub kuratorem był członek rodziny, dla 92 – pracownik DPS); na koniec 2023 r.: 115 osób (dla 23 z nich opiekunem prawnym lub kuratorem był członek rodziny, dla 91 – pracownik DPS, dla jednej – inna obca osoba). Liczba częściowo ubezwłasnowolnionych mieszkańców wynosiła pięć osób na koniec 2021 r., sześć – na koniec 2022 r. oraz siedem – na koniec 2023 r.

(akta kontroli str. 1131)

W okresie objętym kontrolą zmarło czterech mieszkańców Domu, z czego dwóch w 2021 r. (jedna osoba zmarła w szpitalu, a druga w DPS) i dwóch w 2022 r. (obie osoby zmarły w szpitalu). Jeden ze zmarłych mieszkańców w dniu zgonu mieścił się w przedziale wiekowym 36-45 lat, dwóch w przedziale 46-55 lat i jeden w przedziale 56-65 lat. Wszyscy zmarli mieszkańcy przebywali w DPS powyżej pięciu lat.

(akta kontroli str. 1132)

W obowiązującej w DPS w okresie objętym kontrolą procedurze:

- dotyczącej nieszczęśliwych wypadków¹⁰ określono, że w razie wypadku, pierwszej pomocy poszkodowanemu miała udzielać pielęgniarka dyżurna. Zgodnie z procedurą, w razie potrzeby, pielęgniarka dyżurna miała wzywać pogotowie ratunkowe. Zaistniały wypadek lekarz miał wpisywać w historię choroby poszkodowanego, a pielęgniarka opisywać go szczegółowo w raporcie pielęgniarskim. O zaistniałym wypadku kierownik sekcji pielęgniarek miał powiadomić Dyrektora oraz opiekuna prawnego lub rodzinę poszkodowanego. W procedurze wskazano również, że prowadzenie rejestru wypadków należało do obowiązków kierownika sekcji pielęgniarek;
- stosowania oraz dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego¹¹ określono m.in., że przymus (w formie przytrzymania, unieruchomienia, izolacji, iniekcji, podania środków doustnych) wobec osób z zaburzeniami psychicznymi można było stosować wyłącznie, gdy osoby te dopuszczały się zamachu przeciw życiu lub zdrowiu własnemu, innej osoby lub w gwałtowny sposób niszczyły

⁹ Zarządzeniem nr 24/2021 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku ul. Szewska 28, 26-052 Nowiny z dnia 02.12.2021 roku w sprawie wprowadzenia w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku procedur postępowania w zakresie funkcjonowania Domu, ze zm. – obowiązuje od 2 grudnia 2021 r. (dalej: zarządzenie z 2021 r. w sprawie procedur postępowania) oraz zarządzeniem nr 3/2016 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku ul. Szewska 28, 26-052 Nowiny z dnia 18.01.2016 roku w sprawie wprowadzenia w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku procedur postępowania w zakresie funkcjonowania Domu – obowiązywało do 2 grudnia 2021 r. (dalej: zarządzenie z 2016 r. w sprawie procedur postępowania).

¹⁰ Procedura dotycząca nieszczęśliwego wypadku – załącznik nr 11 i 12 do zarządzenia odpowiednio z 2021 r. i 2016 r. w sprawie procedur postępowania.

¹¹ Procedura w sprawie stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego – załącznik nr 17 i 18 do zarządzenia odpowiednio z 2021 r. i 2016 r. w sprawie procedur postępowania.

przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu. Zgodnie z procedurą, przy stosowaniu przymusu należało zachować poszanowanie godności i intymności osoby, wobec której przymus był stosowany, tak by odczuwała ona w jak najmniejszym stopniu uciążliwości psychiczne i fizyczne. Ponadto przymus mógł trwać wyłącznie do czasu ustania przyczyn jego zastosowania. O jego zastosowaniu decydować i nadzorować jego wykonanie miała pielęgniarka dyżurująca. Wykonywany mógł być wyłącznie przez osoby odpowiednio poinstruowane w tym zakresie. Zgodnie z procedurą, o zastosowaniu przymusu pielęgniarka informowała lekarza psychiatrę zatrudnionego w DPS oraz lekarza psychiatrę upoważnionego przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego. Procedura regulowała także kwestie kontroli stosowania przymusu, weryfikacji zasadności zastosowania przymusu oraz jego dokumentowania;

- nieobecności mieszkańców w DPS¹² określono m.in. sposób postępowania w przypadku stwierdzenia samowolnego opuszczenia DPS przez mieszkańca. Zgodnie z procedurą, pracownik DPS, który stwierdził samowolne opuszczenie terenu Domu przez mieszkańca, poinformować miał o tym fakcie pielęgniarkę dyżurującą, która następnie miała zawiadomić kierownika działu opiekuńczo-pielęgniacyjnego, Dyrektora oraz pracownika socjalnego. Pielęgniarka lub pracownik socjalny miał zawiadomić policję. Równocześnie poszukiwania mieszkańca na terenie DPS i najbliższej okolicy prowadzić miał kierownik działu pielęgnacyjno-opiekuńczego. Zgodnie z procedurą, o samodzielnym oddaleniu się mieszkańca z terenu DPS miała być zawiadomiona również jego rodzina i opiekun prawny. Wszystkie czynności dotyczące samowolnego opuszczenia Domu przez mieszkańca oraz działania związane z jego poszukiwaniem, miały być odnotowywane w raportach pielęgniarskich;
- skarg i wniosków¹³ wskazano, że mieszkaniiec mógł złożyć skargę lub wniosek osobiście. W jego imieniu mógł to zrobić również pracownik pierwszego kontaktu. Skargi i wnioski miały być składane bezpośrednio do Dyrektora. W procedurze określono, że w prowadzonym przez pracownika socjalnego rejestrze miały być dokonywane adnotacje o sposobie i terminie załatwienia skarg i wniosków. W procedurze brakowało zapisów o możliwych formach złożenia skargi (osobiście, pisemnie, telefonicznie, itp.), sposobie organizacji i klasyfikacji skarg i wniosków, sposobie postępowania ze skargami i wnioskami nienależącymi do kompetencji DPS oraz sposobie i terminach rozpatrywania skarg i wniosków. Odnosząc się do brakujących zapisów Dyrektor wyjaśnił, że *procedura zostanie uzupełniona (...)*;
- dotyczącej utrzymania higieny osobistej mieszkańców¹⁴ określono, że nauczanie, pomoc i nadzór w przestrzeganiu zasad higieny osobistej mieszkańców DPS były obowiązkiem personelu Domu. Mieszkańcy mieli prawo i obowiązek do korzystania z pomieszczeń i urządzeń służących do utrzymania higieny osobistej i czystości. Zgodnie z procedurą, mieszkańcy mieli prawo do kąpieli w wannie, pod prysznicem lub w łóżku w zależności od potrzeb, nie mniej niż raz w tygodniu. Mieszkańcy sprawni fizycznie mieli wykonywać codzienną, podstawową toaletę samodzielnie, natomiast mieszkańcom niesprawnym, przy wykonywaniu toalety miał pomagać personel Domu. W procedurze wskazano również, że w każdej łazience w DPS miała znajdować się szafka lub półka, gdzie mieszkańcy mieli przechowywać własne przybory toaletowe i artykuły kosmetyczno-higieniczne;

¹² Procedura nieobecności mieszkańca – załącznik nr 3 do zarządzenia z 2021 r. i 2016 r. w sprawie procedur postępowania.

¹³ Procedura skarg i wniosków mieszkańców – załącznik nr 10 do zarządzenia z 2021 r. i 2016 r. w sprawie procedur postępowania.

¹⁴ Procedura dotycząca higieny osobistej – załącznik nr 6 i 7 do zarządzenia odpowiednio z 2021 r. i 2016 r. w sprawie procedur postępowania.

- dotyczącej zgonu mieszkańca¹⁵ wskazano m.in., że w przypadku stwierdzenia zgonu mieszkańca w Domu, ciało należy odizolować od innych mieszkańców, wykonać toaletę pośmiertną i pozostawić ciało na okres dwóch godzin. Dyrektor wyjaśnił, że *odizolowanie ciała (...) odbywa się na sypialni danego mieszkańca. Pozostali współlokatorzy na ten czas wyprowadzeni są z sypialni i korzystają z innych pomieszczeń na grupie do momentu zabrania zwłok przez zakład pogrzebowy. W latach objętych kontrolą to zaledwie cztery zgony, w tym tylko jeden dotyczył zgonu w DPS Zgórsko, pozostałe miały miejsce w szpitalu.*

Wskazane procedury nie naruszały podstawowych praw mieszkańców.

(akta kontroli str. 80-145, 561-568, 1129-1130)

Wprowadzone w DPS procedury zapewniały bezpieczeństwo oszczędności i majątku mieszkańców. Zgodnie z zapisami procedury dysponowania kontem depozytowym¹⁶, do depozytów mieszkańców zaliczają się części rent rodzinnych i socjalnych, zasiłków pielęgnacyjnych oraz innych, pozostałych po potrąceniach odpłatności za pobyt w Domu oraz składniki rzeczowe majątku ruchomego. Środki pieniężne mieszkańców miały być lokowane na rachunku bankowym. Według procedury, w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie bądź częściowo, pieniądze z konta depozytowego pobierać miał opiekun prawny mieszkańca ustanowiony przez sąd lub osoba upoważniona przez opiekuna. Osoby te miały składać do Dyrektora wnioski (potwierdzone za zgodność podpisu przez pracownika socjalnego) o wypłatę lub zakup z konta depozytowego mieszkańca. Podstawę rozliczenia zakupów miał stanowić rachunek lub faktura. Ewidencję zakupionego majątku rzeczowego prowadzić miała osoba odpowiedzialna materialnie za daną grupę mieszkalcą. Zgodnie z procedurą, opiekunowie prawni mieli składać informację do sądu o poczynionych zakupach i aktualnym stanie konta mieszkańca. W razie zgonu mieszkańca, depozyt miał być wydany jego prawnym spadkobiercom po przedstawieniu dowodu upoważniającego do spadkobrania. W przypadku braku wiedzy o rodzinie zmarłego mieszkańca, należało zawiadomić gminę o spadku po zmarłym.

(akta kontroli str. 100, 131-132)

Ubezwłasnowolnieni mieszkańcy DPS nie upoważniali nikogo do dysponowania swoimi środkami. W ich imieniu robili to ich opiekunowie prawni wyznaczeni przez sąd. Z kolei mieszkańcy nieubezwłasnowolnieni upoważniali pisemnie w tym zakresie pracowników DPS. Częściowo ubezwłasnowolnieni mieszkańcy wskazywali pisemnie swojego kuratora lub innego pracownika DPS.

(akta kontroli str. 1133-1139)

Dyrektor wyjaśnił, że *w DPS nie została opracowana procedura występowania do sądu opiekuńczego o zgodę na dokonanie wypłaty znacznych kwot lub dokonania zakupów, ponieważ każdy opiekun w chwili ustanowienia opieki prawnej jest pouczony przez sąd o prawach i obowiązkach, w tym konieczności występowania do sądu o zezwolenie na dokonanie czynności przekraczającej zakres zwykłego zarządu majątkiem całkowicie ubezwłasnowolnionego podopiecznego.* Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że *mając na uwadze, iż ustawodawca nie sprecyzował kwoty zwykłego zarządu, każdy zakup analizowany jest indywidualnie z uwzględnieniem jego kosztu oraz zasadności.* Dyrektor każdorazowo weryfikuje wnioski opiekunów o wyrażenie zgody na zakup z konta depozytowego mieszkańca kierując się *zasadą zdrowego rozsądku.*

(akta kontroli str. 1295-1298)

¹⁵ Procedura dotycząca zgonu – załącznik nr 7 i 8 do zarządzenia odpowiednio z 2021 r. i 2016 r. w sprawie procedur postępowania.

¹⁶ Procedura dysponowania kontem depozytowym – załącznik nr 8 i 9 do zarządzenia odpowiednio z 2021 r. i 2016 r. w sprawie procedur postępowania.

W instrukcji gospodarowania środkami pieniężnymi oraz majątkiem¹⁷ wskazano, że rzeczowe składniki majątku mieszkańców kupowane z ich prywatnych pieniędzy ewidencjonowane miały być w dziale księgowości rodzajowo bez wartości z podziałem na komórki organizacyjne.

(akta kontroli str. 1140-1175)

W DPS nie uregulowano w sposób formalny zasad dokumentowania codziennego sprzątanía pomieszczeń i pokoiów mieszkalnych oraz wymiany pościeli i ręczników. Obowiązujące w tym zakresie procedury (procedura utrzymania czystości¹⁸ oraz procedura postępowania z brudną bielizną osobistą, pościelową i brudną odzieżą wierzchnią¹⁹) określały m.in. częstotliwość oraz rodzaj sprzątanía (np. codzienne odkurzanie i wietrzenie pościeli w pokojach mieszkalnych, mycie podłóg raz dziennie w pomieszczeniach dziennego pobytu, zmienianie pościeli raz w tygodniu lub w razie potrzeby, itd.). Dyrektor, odnosząc się do braku uregulowania zasad dokumentowania czynności związanych z utrzymaniem czystości wyjaśnił, że *prowadzone są zeszyty prac wykonywanych na każdej z grup, w których wpisywane są czynności (...) przez osoby pracujące w danym dniu. Ww. zasady w DPS zostaną formalnie uregulowane.*

(akta kontroli str. 96, 109-110, 127, 141-142, 561-568, 1176-1181)

Zarządzeniem Dyrektora wprowadzony został w DPS obowiązek prowadzenia rejestru zdarzeń nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu²⁰. Określono w nim wzór formularza zgłoszenia zdarzenia, wzór rejestru zgłoszeń oraz wzór upoważnienia do zajmowania się zgłoszeniami. W zarządzeniu nie określono precyzyjnie samej organizacji przyjmowania i weryfikowania zgłoszeń, podejmowania działań następczych oraz związanego z tym przetwarzania danych w sposób uniemożliwiający osobom nieupoważnionym dostęp do informacji oraz zapewniający ochronę poufności tożsamości osoby dokonującej zgłoszenia. Dyrektor wyjaśnił, że *pracownicy DPS zostali poinformowani przez swoich przełożonych o sposobie postępowania (wypełnienie formularza zgłoszenia nadzwyczajnego i przekazanie go osobie uprawnionej). Dodał również, że aby dochować poufności tożsamości osoby dokonującej zgłoszenia uprawnione [do przyjmowania i weryfikowania zgłoszeń oraz podejmowania działań następczych] zostały tylko trzy osoby (...).*

(akta kontroli str. 239-242, 561-568, 1182-1184)

DPS stosował rekomendacje, wytyczne i polecenia (w szczególności Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej oraz Wojewody Świętokrzyskiego) wydane w związku z epidemią choroby zakaźnej COVID-19. Biorąc je pod uwagę, Dyrektor wprowadził niżej wymienione prewencyjne zasady funkcjonowania Domu:

- od 11 marca 2020 r. (do odwołania) wprowadził m.in. całkowity zakaz odwiedzin oraz zakaz opuszczania Domu przez mieszkańców, ograniczenie kontaktów osób z zewnątrz do niezbędnego minimum oraz zakaz przemieszczania się po części mieszkalnej Domu²¹ (w dniu 12 marca 2020 r. do DPS wpłynęła w tym zakresie rekomendacja Wojewody Świętokrzyskiego²²);

¹⁷ Zarządzenie nr 5/2011 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 18.04.2011 r. w sprawie wprowadzenia *Instrukcji i trybu gospodarowania środkami pieniężnymi oraz rzeczowymi składnikami majątku ruchomego mieszkańców DPS w Zgórsku* oraz Aneks nr 1 z dnia 01.10.2021 r.

¹⁸ Procedura utrzymania czystości – załącznik nr 5 i 6 do zarządzenia odpowiednio z 2021 r. i 2016 r. w sprawie procedur postępowania.

¹⁹ Procedura postępowania z brudną bielizną osobistą, pościelową i brudną odzieżą wierzchnią – załącznik nr 16 i 17 do zarządzenia odpowiednio z 2021 r. i 2016 r. w sprawie procedur postępowania.

²⁰ Zarządzenie nr 30/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 29.12.2023 r. w sprawie zatwierdzenia rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku.

²¹ Zarządzenie nr 5/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 11.03.2020 r. w sprawie czasowego zakazu odwiedzin mieszkańców oraz zakazu opuszczania Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku przez mieszkańców.

²² Pismo Wojewody Świętokrzyskiego znak: PSZ.V.9421.67.2020 z dnia 12 marca 2020 r.

- od 12 marca 2020 r. zawiesił zajęcia w Warsztacie Terapii Zajęciowej DPS (dalej: WTZ) i Filii Ośrodka Szkolno-Wychowawczego oraz wycofał mieszkańców z Internatu Ośrodka Rehabilitacyjno-Terapeutyczno-Wychowawczego dla dzieci i młodzieży z autyzmem przy ul. Krakowskiej w Kielcach²³ (realizacja polecenia Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 11 marca 2020 r.²⁴ oraz zaleceń Starostwa Powiatowego w Kielcach²⁵);
- od 23 marca 2020 r.: wprowadził ograniczenia w sposobie obsługi interesantów²⁶ (do odwołania); wprowadził zmiany w organizacji pracy w DPS²⁷ (do odwołania); wprowadził instrukcję dotyczącą postępowania w przypadku pojawienia się osób z podejrzeniem zachorowania na COVID-19²⁸, zgodnie z którą m.in. zbiorowe życie mieszkańców DPS miało być organizowane w sposób szczególny poprzez możliwe ograniczenie wzajemnego kontaktu oraz zakaz przemieszczania się między poszczególnymi grupami a zakaz odwiedzin i opuszczania DPS przez mieszkańców miał być nadal bezwzględnie przestrzegany; wprowadził procedurę bezpieczeństwa na terenie Bloku Żywnienia w okresie pandemii COVID-19²⁹ (realizacja wytycznych do polecenia Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 13 marca 2020 r.³⁰);
- od 2 kwietnia 2020 r. wprowadził nową instrukcję postępowania w przypadku pojawienia się osób z podejrzeniem zachorowania na COVID-19³¹, zgodnie z którą życie mieszkańców nadal miało być organizowane w sposób szczególny poprzez możliwe ograniczenie wzajemnego kontaktu oraz zakaz przemieszczania się między poszczególnymi grupami. Zgodnie z nową instrukcją, zakaz odwiedzin i opuszczania DPS przez mieszkańców w dalszym stopniu miał być bezwzględnie przestrzegany;
- od 7 kwietnia 2020 r. wprowadził kolejne zmiany w organizacji pracy w DPS³², zgodnie z którymi mieszkańcy nadal mieli bezwzględny zakaz przemieszczania się między pawilonami;
- od 7 maja 2020 r. wprowadził procedurę dotyczącą przyjmowania mieszkańców do DPS w okresie epidemii COVID-19³³, zgodnie z którą przyjęcie nowych osób

²³ Zarządzenie nr 6/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 12.03.2020 r. w sprawie zawieszenia zajęć w Warsztacie Terapii Zajęciowej przy Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku i Filii Ośrodka Szkolno-Wychowawczego.

²⁴ Polecenie Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 11 marca 2020 r. w sprawie zamknięcia ośrodków wsparcia dziennego w związku z epidemią COVID-19.

²⁵ Pismo Starostwa Powiatowego w Kielcach z dnia 12 marca 2023 r.

²⁶ Zarządzenie nr 7/2020 Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 23 marca 2020 roku w sprawie ograniczenia w obsłudze klientów.

²⁷ Zarządzenie nr 8/2020 Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 23 marca 2020 roku w sprawie organizacji pracy w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku w warunkach zagrożenia epidemicznego (zarządzenie przestało obowiązywać wraz z wydaniem zarządzenia nr 11/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 7 kwietnia 2020 roku w sprawie organizacji pracy w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku w warunkach epidemii).

²⁸ Zarządzenie nr 9/2020 Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 23 marca 2020 roku w sprawie wprowadzenia instrukcji postępowania w przypadku pojawienia się osób z podejrzeniem zachorowania na koronawirusa COVID-19 w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku (instrukcja przestała obowiązywać wraz z wydaniem zarządzenia nr 10/2020 Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 2 kwietnia 2020 roku w sprawie wprowadzenia instrukcji postępowania w przypadku pojawienia się osób z podejrzeniem zachorowania na koronawirusa COVID-19 w Domu Pomocy Społecznej).

²⁹ Zarządzenie nr 9a/2020 Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 23 marca 2020 roku w sprawie wprowadzenia procedury bezpieczeństwa na terenie Bloku Żywnienia w okresie pandemii Covid-19 w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku.

³⁰ Wytyczne z dnia 14 marca 2020 r. do polecenia Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 13 marca 2020 r.

³¹ Zarządzenie nr 10/2020 Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 2 kwietnia 2020 roku w sprawie wprowadzenia instrukcji postępowania w przypadku pojawienia się osób z podejrzeniem zachorowania na koronawirusa COVID-19 w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku.

³² Zarządzenie nr 11/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 7 kwietnia 2020 roku w sprawie organizacji pracy w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku w warunkach stanu epidemii.

³³ Zarządzenie nr 13/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 7 maja 2020 roku w sprawie wprowadzenia procedury dotyczącej przyjęcia mieszkańca do Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku w czasie trwania epidemii COVID-19.

było dopuszczalne jedynie w szczególnych i uzasadnionych przypadkach (realizacja rekomendacji Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 6 maja 2020 r.³⁴);

W dniu 28 maja 2021 r. DPS otrzymał aktualne rekomendacje Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego³⁵, które jako zasadne wskazywały stopniowe rozszerzanie zakresu aktywności mieszkańców, w tym poza terenem placówki i zwiększenie możliwości ich odwiedzania. W DPS nie uchylono jednak w sposób formalny wprowadzonych ograniczeń. Dyrektor wyjaśnił, że *samodzielne opuszczanie DPS tzn. urlopowanie do domów rodzinnych na okres jednego miesiąca uruchomiono już od 3 sierpnia 2020 r. (...) Swobodne przemieszczanie się między budynkami umożliwiono mieszkańcom w marcu 2021 r. (...). Odwiedziny uruchomiono 4 maja 2021 r. (...). Dodał, że ograniczenia uchylono ustnie, odwiedziny i urlopowanie uzgadniano telefonicznie, z bramy wjazdowej usunięto informację o zakazie odwiedzin.*

(akta kontroli str. 477-481, 483-490, 1185-1247)

DPS spełniał warunek efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających, określony w § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie DPS, tj. zapewnił mieszkańcom kontakt z psychologiem oraz lekarzem psychiatrą. W okresie objętym kontrolą opieka psychiatryczna nad mieszkańcami sprawowana była w ramach umów zawieranych z prywatnym podmiotem. Zgodnie z umowami opieka miała polegać m.in. na udzielaniu specjalistycznych konsultacji psychiatrycznych, prowadzeniu historii choroby, wykonywaniu okresowych badań stanu psychicznego mieszkańców. W ramach umów DPS powierzał temu podmiotowi również obowiązki związane z zastosowaniem przymusu bezpośredniego oraz dokonywaniem oceny zastosowania przymusu. Zgodnie z umowami, czynności będące ich przedmiotem wykonywane miały być dwa razy w miesiącu oraz według potrzeb. Dyrektor wyjaśnił, że *psychiatra zapewnia opiekę wszystkim mieszkańcom bez względu na ich liczbę, która się zmienia w ciągu roku.*

(akta kontroli str. 1112-1120, 1248-1260)

Psycholog zatrudniony był w DPS na podstawie umowy o pracę w wymiarze ½ etatu i do jej obowiązków należało m.in. bieżące prowadzenie badań psychologicznych mieszkańców.

(akta kontroli str. 1261-1264)

W DPS na stanowisku pracownika socjalnego zatrudnione były (na 31 grudnia): dwie osoby w 2021 r. (dwa pełne etaty), trzy osoby w 2022 r. (2,25 w przeliczeniu na etaty) oraz trzy w 2023 r. (2,5 w przeliczeniu na etaty). Liczba mieszkańców wynosiła natomiast (na 31 grudnia): 129 w 2021 r. oraz po 131 w 2022 r. i 2023 r. Dom nie spełniał zatem wymogu określonego w § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym warunkiem efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest zatrudnianie w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców domu.

(akta kontroli str. 1264-1266)

Dyrektor wyjaśnił, że *etat Pani (...) zostanie zwiększony o 0,16 i liczba osób zatrudnionych w DPS na stanowisku pracownika socjalnego w przeliczeniu na etaty wyniesie na stu mieszkańców 2.*

(akta kontroli str. 561-568, 1431)

³⁴ Pismo Wojewody Świętokrzyskiego znak: PSZ.V.9421.192.2020 z dnia 6 maja 2020 r.

³⁵ Zaktualizowane rekomendacje Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego dla domów pomocy społecznej i placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w związku ze szczepieniami mieszkańców i pracowników tych placówek przeciwko COVID-19 z dnia 19 maja 2021 r.

Z uwagi na niewielkie odstępstwo od normy prawnej oraz w związku ze zwiększeniem w trakcie kontroli etatu jednemu z pracowników socjalnych, a tym samym, zatrudnianiu w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców domu, NIK odstępuje od formułowania nieprawidłowości w powyższym zakresie.

(akta kontroli str. 1407-1408)

Zatrudnienie w zespole terapeutyczno-opiekuńczym w DPS wynosiło (na 31 grudnia każdego roku): 74 pracowników w 2021 r. (68,50 w przeliczeniu na etaty), 75 w 2022 r. (68,75 w przeliczeniu na etaty), 77 w 2023 r. (71 w przeliczeniu na etaty). W skład zespołu wchodziło (oprócz pracowników opieki bezpośredniej) pracownicy pierwszego kontaktu zatrudnieni na stanowiskach: kucharzy, pomocy kuchennej, magazyniera, kierowcy oraz instruktora terapii zajęciowej w WTZ. Dyrektor wyjaśnił, że *pracownicy pierwszego kontaktu zatrudnieni na stanowiskach administracyjnych lub obsługi poświęcają około 10% swojego czasu pracy na koordynację działań wynikających z indywidualnych planów wsparcia mieszkańców (...), pokojowe poświęcają 100% swojego czasu (...), pracownik pierwszego kontaktu zatrudniony na stanowisku instruktora terapii zajęciowej w WTZ poświęca 100% swojego czasu (...).*

(akta kontroli str. 1267-1272)

Stosownie do postanowień § 6 ust. 2 pkt 3 lit. d i e rozporządzenia w sprawie DPS, Dom osiągał odpowiedni (tj. nie mniejszy niż 0,5) wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na jednego mieszkańca domu. W latach 2021-2023 (na 31 grudnia) wskaźnik ten wynosił odpowiednio: 0,50; 0,51; 0,51.

(akta kontroli str. 1273)

W okresie od 9 marca 2023 r. do 22 września 2023 r. wolontariat w DPS pełniło trzech wolontariuszy. Ich zadaniem był spacerować i rozmowy z mieszkańcami lub zajęcia świetlicowe. Praktyki w DPS realizowało natomiast 11 praktykantów w okresie od 14 grudnia 2022 r. do 30 grudnia 2022 r. oraz 33³⁶ w okresie od 2 stycznia 2023 r. do 29 grudnia 2023 r. Praktykantami w DPS byli studenci pielęgniarstwa³⁷ oraz uczniowie szkół medycznych, którzy kształcili się na opiekunów medycznych.

(akta kontroli str. 1274-1275)

DPS zatrudniał dwie osoby (jedną od stycznia i drugą od maja 2024 r.) na podstawie umów cywilnoprawnych (umowy zlecenia). Przedmiotem tych umów było świadczenie usług pielęgniarstwa.

(akta kontroli str. 1276)

Kompleks budynków mieszkalnych DPS składał się z pięciu parterowych pawilonów połączonych ze sobą łącznikami (grupy mieszkalne I-IV i VI³⁸) oraz trzech oddzielnych budynków dwukondygnacyjnych (grupy V, VII i VIII).

(akta kontroli str. 1300-1346)

Na terenie DPS znajdował się zabezpieczony (ogrodzony siatką) zbiornik wodny.

(akta kontroli str. 1303-1346)

Budynki mieszkalne wyposażone były w system sygnalizacji pożarowej³⁹. Przeprowadzone przez funkcjonariuszy straży pożarnej, na zlecenie NIK, czynności

³⁶ 10 z 33 praktykantów było jednocześnie pracownikami DPS, którzy podnosili swoje kwalifikacje (czterech z nich odbyło praktyki dwukrotnie).

³⁷ Jeden z praktykantów był studentem finansów i rachunkowości – do jego obowiązków należały czynności administracyjne.

³⁸ Mieszkańcy podzieleni byli na osiem grup mieszkalnych, które zamieszkiwały poszczególne budynki kompleksu.

³⁹ Od 6 maja 2024 r. system sygnalizacji pożarowej został połączony z Komendą Miejską Państwowej Straży Pożarnej w Kielcach.

kontrolno-rozpoznawcze nie wykazały nieprawidłowości w zakresie ochrony przeciwpożarowej Domu.

(akta kontroli str. 1303-1346, 1390-1399, 1406)

Budynki mieszkalne oraz ich otoczenie pozbawione były barier architektonicznych, z zastrzeżeniem, że budynek grupy V nie był wyposażony w windę. Dyrektor wyjaśnił, że *na poddaszu nie ma pokoi mieszkalnych (...). W jednym z pokoi urządzono salę, z której mogą (nie muszą – nie ma tam oficjalnych zajęć z terapeutą) skorzystać najsprawniejsi mieszkańcy np. w celu pogrania w gry planszowe.*

(akta kontroli str. 1112-1120, 1303-1346)

W budynkach kompleksu DPS znajdowały się pomieszczenia wskazane w § 6 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie DPS, tj. m.in. pokoje mieszkalne i dziennego pobytu, jadalnie, kuchenki pomocnicze, pomieszczenia do terapii i rehabilitacji, za wyjątkiem palarni, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1303-1346)

Poddane oględzinom pokoje mieszkalne spełniały wymogi dotyczące powierzchni oraz posiadały odpowiednie wyposażenie uwzględniające liczbę zamieszkałych osób, za wyjątkiem braku stołu i krzeseł w pokoju wieloosobowym w budynku grupy III⁴⁰, co było jednak zgodne z § 6 ust. 1 pkt 3b rozporządzenia w sprawie DPS. Dyrektor wyjaśnił, że brak ten wynika ze względów bezpieczeństwa innych mieszkańców. *Osoby zamieszkujące ww. pokój to osoby, u których często występuje pobudzenie psychoruchowe, agresja i autoagresja w wyniku, której dochodziło do przewracania i rzucania oraz niszczenia przedmiotów w tym krzeseł, stołu, itp.*

(akta kontroli str. 1112-1120, 1303-1346, 1432, 1435-1437)

DPS spełniał warunki dotyczące wymogów sanitarnych określone w § 6 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS, za wyjątkiem budynku grupy mieszkalnej I, w którym liczba łazienek i toalet nie była wystarczająca w stosunku do mieszkańców grupy. Dyrektor wyjaśnił: *w pawilonie mieszkalnym DPS (tzw. grupa mieszkalna I) liczącym 15 mieszkańców (14 mieszkańców leżących, jeden mieszkaniec poruszający się za pomocą balkonika) tylko jeden mieszkaniec korzysta z ogólnodostępnego węzła sanitarnego wyposażonego m.in. w jeden ustęp i jedną wannę. Pozostali mieszkańcy ww. grupy to osoby leżące, pampersowane i tym samym nie korzystające z toalety.*

(akta kontroli str. 483-490, 1303-1346)

DPS spełniał również warunek określony w § 6 ust. 1 pkt 1a tego rozporządzenia dotyczący umieszczenia w widocznym miejscu tablicy ogłoszeń z wymaganymi informacjami. Na tablicy ogłoszeń w DPS zamieszczono informacje dotyczące m.in. typu domu, nazwy podmiotu prowadzącego dom, numerów alarmowych itd.

(akta kontroli str. 1303-1346)

W pomieszczeniach poddanych oględzinom nie stwierdzono usterek w zakresie stanu technicznego lub sanitarnego. Pomieszczenia grup mieszkalnych (pokoje mieszkalne, pokojeienne, aneksy kuchenne oraz inne) były czyste i wolne od nieprzyjemnych zapachów.

(akta kontroli str. 1303-1346)

Mieszkańcom domu zapewniono pięć posiłków dziennie (przewidziany był również posiłek przed snem dla mieszkańców na diecie z ograniczeniem cukrów prostych i tłuszczów zwierzęcych). Mieszkańcy mogli skorzystać ponadto z posiłku dodatkowego dostępnego w kuchni. Na stanie aneksów kuchennych dostępne były produkty takie jak pieczywo, herbata, margaryna, dżem. Dla mieszkańców przygotowywano posiłki

⁴⁰ Pokój wieloosobowy nr 1 w budynku grupy I, pokój wieloosobowy nr 4 w budynku grupy III, pokój wieloosobowy nr 4b na piętrze budynku grupy VII.

z diety: łatwostrawnej z ograniczeniem glutenu, niskotłuszczowej/łatwostrawnej, papkowatej/łatwostrawnej, podstawowej, wysokobiałkowej/resztkowej/kalorycznej, wysokoresztkowej/łatwostrawnej, z ograniczeniem cukrów prostych, z ograniczeniem cukrów prostych i tłuszczów zwierzęcych.

(akta kontroli str. 1303-1346, 1438-1446)

W budynku kuchni zamieszczono kartkę z informacjami w zakresie godzin wydawania posiłków. Zgodnie z zamieszczoną informacją, posiłki wydawane były w godzinach: pierwsze śniadanie od 7:30 do 9:30, drugie śniadanie od 10:00 do 11:00, obiad od 13:00 do 15:00, podwieczorek od 15:00 do 16:00, kolacja od 17:00 do 19:00, posiłek nocny od 17:00 do 19:00. Dyrektor wyjaśnił, że *czas wydawania drugiego śniadania i podwieczorku z kuchenek grupowych mieszkańcom na jadalnię wynosi dwie godziny (drugie śniadanie od 10:00 do 12:00, podwieczorek od 15:00 do 17:00). Informacja o czasie wydawania posiłków zostanie uzupełniona na poszczególnych grupach.*

(akta kontroli str. 1112-1120, 1303-1346)

Budynki grup mieszkalnych V oraz VII nie były wyposażone w system przyzywowo-alarmowy. Natomiast w budynkach grup I-IV i VI włączniki systemu umiejscowione były w pokojach mieszkalnych przy drzwiach wejściowych w sposób uniemożliwiający uruchomienie go przez osoby leżące. Ponadto system w budynkach I-IV i VI w dniu oględzin nie był sprawny, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1303-1346)

Na terenie kompleksu DPS znajdowały się ponadto m.in.: dwie sale do terapii zajęciowej, dwie sale rehabilitacyjne, pomieszczenia do hydroterapii i fizykoterapii, sale WTZ, sale specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego, świetlica, salka katechetyczna, pokoje dzienne (zlokalizowane w każdej grupie mieszkalnej), place z urządzeniami rekreacyjnymi, zewnętrzna siłownia, boisko wielofunkcyjne, boisko do gry w bocce, bieżnia, skocznia, muszla koncertowa, krąg ogniskowy.

(akta kontroli str. 1303-1346)

W okresie objętym kontrolą w DPS dostępne były następujące formy terapii: terapia zajęciowa (np. ergoterapia, arteterapia, socjoterapia, muzykoterapia), rehabilitacja (m.in. zabiegi fizykoterapeutyczne, gimnastyka usprawniająca, masaże, hipoterapia, kąpiele wirowe). Mieszkańcy DPS brali również udział w: wychowaniu przedszkolnym (jeden mieszkaniec), różnego rodzaju zajęciach szkolnych (łącznie 12 mieszkańców), zajęciach w WTZ (15 mieszkańców) oraz turnusach rehabilitacyjnych (około 25 mieszkańców). Czterech mieszkańców zatrudnionych było w Zakładzie Aktywizacji Zawodowej w Chmielniku.

(akta kontroli str. 1303-1346)

Dla poszczególnych grup mieszkalnych Domu prowadzone były zeszyty, w których odnotowywano rodzaj wykonanych w grupie prac (np. sprzątanie pokoi, łazienek, korytarzy, itd.), datę wykonania pracy, podpis pracownika wykonującego pracę oraz adnotację o weryfikacji wpisu przez kierownika działu pielęgnacyjno-opiekuńczego. Weryfikacja zeszytu prowadzonego dla grupy VIII⁴¹ za kwiecień 2024 r. wykazała, że w ośmiu dniach⁴² nie dokonano żadnego wpisu. Dyrektor wyjaśnił, że brak wpisów wynika z *powodu przeoczenia*. Wyjaśnił również, że w ww. dniach wszystkie czynności zostały wykonane. Dodał także, że *zmiana pościeli, ręczników oraz bielizny odbywa się według procedury dotyczącej higieny osobistej w DPS*.

(akta kontroli str. 1112-1120, 1176-1181)

⁴¹ Budynek grupy VIII zamieszkiwało najwięcej mieszkańców – 34 osoby.

⁴² 1 kwietnia 2024 r., 6-7 kwietnia 2024 r., 13-14 kwietnia 2024 r., 21 kwietnia 2024 r., 27-28 kwietnia 2024 r.,

Weryfikacja dokumentacji dotyczącej szkoleń 20 pracowników wchodzących w skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego⁴³ wykazała, że dla 19 pracowników zespołu nie zachowano wymaganej cykliczności szkoleń (co najmniej raz na dwa lata) w temacie praw mieszkańców domu oraz kierunków prowadzonych terapii, a także metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1359-1362)

Opiekunki, pokojowe, instruktor terapii zajęciowej w WTZ oraz pracownicy pierwszego kontaktu zatrudnieni na stanowiskach administracyjnych lub obsługi, którzy nie odbyli szkoleń z wymaganą częstotliwością, mieli natomiast odpowiednie doświadczenie zawodowe do realizacji świadczeń w ramach zespołu terapeutyczno-opiekuńczego⁴⁴.

(akta kontroli str. 1363-1365)

DPS spełnił, określony w § 6 ust. 2 pkt 4a rozporządzenia w sprawie DPS, wymóg ukończenia przez pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. W trakcie kontroli, wszyscy członkowie zespołu terapeutyczno-opiekuńczego ukończyli szkolenie online we wskazanym zakresie (szkolenie w formie nagrania w wymiarze czasowym około 90 min.), którego realizacja została zlecona zewnętrznemu podmiotowi.

(akta kontroli str. 1366-1370)

W okresie objętym kontrolą w DPS przeprowadzono siedem kontroli dotyczących standardu świadczonych usług na rzecz mieszkańców lub przestrzegania ich praw. Dwie kontrole przeprowadził Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach – w 2021 r. i 2022 r., dwie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach – w 2022 r. i 2023 r. oraz trzy sędziowie Sądu Rejonowego w Kielcach – w 2021 r., 2022 r. i 2024 r. W wyniku przeprowadzonych kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie wydano zaleceń pokontrolnych.

(akta kontroli str. 199-205, 1401-1402)

W okresie objętym kontrolą do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach, Wojewody Świętokrzyskiego oraz Starosty Kieleckiego nie wpłynęły żadne skargi dotyczące nieprzestrzegania praw mieszkańców lub funkcjonowania Domu. Żadne skargi i wnioski w tym zakresie nie wpłynęły również do DPS.

(akta kontroli str. 197-198, 260-270)

W ramach funkcjonującej w DPS kontroli zarządczej⁴⁵, formułowano cele, które dotyczyły przestrzegania praw mieszkańców, określano mierzalne mierniki stopnia ich realizacji oraz monitorowano ich osiągnięcie. Jednak stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wskazują, że Dyrektor nie zapewnił wystarczających mechanizmów kontroli zarządczej w celu weryfikowania zapewnienia przestrzegania praw mieszkańców.

(akta kontroli str. 1403-1405, 1447-1460)

Określone w latach objętych kontrolą cele dotyczyły m.in.:

- w 2021 r. – zwiększenia stopnia zaspokajania potrzeb bytowych i opiekuńczych mieszkańców oraz zwiększenia zakresu usług wspomagających;
- w 2022 r. – zapewnienia bezpieczeństwa osobom korzystającym z usług DPS w związku z epidemią, zapobiegania rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2

⁴³ Doboru do próby badania szczegółowego dochowania cykliczności szkoleń pracowników wchodzących w skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego dokonano celowo, wybierając 15 pracowników bezpośredniej obsługi oraz pięciu pracowników pierwszego kontaktu zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych lub obsługi.

⁴⁴ Zatrudnienie w DPS do dnia 1 stycznia 2021 r. przynajmniej powyżej jednego roku.

⁴⁵ Zarządzenie Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku nr 22/2011 z dnia 31 grudnia 2011 r. w sprawie zasad funkcjonowania kontroli zarządczej w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku.

oraz pomocy w zaspokajaniu niezbędnych, codziennych życiowych potrzeb mieszkańców;

- w 2023 r. i 2024 r. – pomocy w zaspokajaniu niezbędnych, codziennych życiowych potrzeb mieszkańców oraz poprawy warunków bezpieczeństwa pracowników i mieszkańców.

(akta kontroli str. 1403-1405)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2022-2024 (do 25 marca) Dyrektor dopuścił do sytuacji, w której liczba mieszkańców DPS przekraczała liczbę miejsc określoną w zezwoleniu Wojewody Świętokrzyskiego. Dom zamieszkiwało po 131 mieszkańców w latach 2022-2023 (na 31 grudnia) oraz 133 na 25 marca 2024 r., mimo że limit miejsc określony w zezwoleniu wynosił 130.

(akta kontroli str. 6-11, 146-173, 1128)

Dyrektor wyjaśnił, że *DPS jest (...) specjalistycznym ośrodkiem opieki m.in. dla osób z dziecięcym porażeniem mózgowym, które wymagają specjalistycznej opieki. Często z przyczyn losowych lub z nakazu Sądu dla ratowania życia i zdrowia są przyjęcia osób małoletnich ponad liczbę miejsc wskazaną w decyzji Wojewody. Dyrektor dodał, że minimalnie większy stan mieszkańców nie powoduje pogorszenia standardu świadczonych usług, gdyż sześciu mieszkańców przebywa od poniedziałku do piątku w internacie w Kielcach, a w weekendy często rodzice bądź opiekunowie prawni zabierają ich na przepustkę do domów rodzinnych.*

(akta kontroli str. 277-282, 477-481, 483-490)

2. Dyrektor nie zapewnił przestrzegania warunku efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających dotyczącego uczestniczenia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w szkoleniach na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej, gdyż:
 - dla 19 z 20 pracowników z badanej próby nie zapewniono cykliczności odbywanych szkoleń, tj. co najmniej raz na dwa lata;
 - pięciu⁴⁶ z 20 pracowników z badanej próby nie odbyło w okresie objętym kontrolą żadnego szkolenia w ww. zakresie.

Stanowiło to naruszenie § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym warunkiem efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest uczestniczenie pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego 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.

(akta kontroli str. 1359-1362)

Dyrektor wyjaśnił, że *nie zachowano cykliczności szkoleń (...) z powodu dużych kosztów obciążających budżet DPS oraz niskiego zainteresowania pracowników.*

(akta kontroli str. 1277-1291)

Wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, gdyż część przeprowadzonych w DPS szkoleń w przedmiotowym zakresie była szkoleniami wewnętrznymi przeprowadzanymi przez pracowników DPS.

⁴⁶ Pracownicy pierwszego kontaktu niewchodzący w skład opieki bezpośredniej.

3. Dyrektor nie w pełni zagwarantował mieszkańcom prawo do poczucia bezpieczeństwa, gdyż budynki grup mieszkalnych V i VII nie były wyposażone w system przyzywowo-alarmowy. Natomiast w budynkach grup mieszkalnych I-IV i VI włączniki systemu umiejscowione były w pokojach mieszkalnych przy drzwiach wejściowych w sposób uniemożliwiający uruchomienie go przez osoby leżące. Ponadto w dniu oględzin system w budynkach grup I-IV i VI nie był sprawny z powodu wyłączonego bezpiecznika przy centrali systemu w dyżurce pielęgniarskiej. Po zidentyfikowaniu przyczyny niesprawności systemu, został on przywrócony do działania. Z kolei system w budynku grupy VIII w dniu oględzin był wyłączony – po stwierdzeniu tego został włączony i był sprawny. Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia w sprawie DPS, dom uznaje się za spełniający warunki, jeżeli budynek jest wyposażony w system przyzywowo-alarmowy.

(akta kontroli str. 1303-1346)

Dyrektor wyjaśnił: *grupy V i VII są przeznaczone dla najsprawniejszych mieszkańców, którzy wszystkie czynności wykonują samodzielnie łącznie ze sprzątaniami. Na grupie VII (12 mieszkańców) nie ma nawet pokoju socjalnego dla personelu, który pojawia się tam tylko przy wydawaniu posiłków. Na grupie V jest 16 mieszkańców (...) sprawnych niewymagających stałej opieki. (...) System przyzywowo-alarmowy w tych budynkach moim zdaniem nie jest potrzebny. Instalowanie go powoduje dodatkowe koszty. Poza tym w budynkach, gdzie system przyzywowo-alarmowy jest zainstalowany jeszcze nigdy żaden mieszkaniec świadomie z niego nie skorzystał. Dyrektor dodał również, że systemy przyzywowo-alarmowe są czasami wyłączane w ciągu dnia ze względu na to, że niektórzy mieszkańcy włączają je dla zabawy niszcząc obudowy przycisków, co powoduje niepotrzebne zamieszanie. Odnośnie umiejscowienia włączników systemu Dyrektor wyjaśnił natomiast: osoby w pokojach mieszkalnych grupy I to osoby leżące i niepełnosprawne intelektualnie i fizycznie (...) z porażeniem czterokończynowym spastycznym, dlatego fizycznie nie ma takiej możliwości, żeby osoba z taką dysfunkcją samodzielnie włączyła system przyzywowo-alarmowy.*

(akta kontroli str. 1112-1120)

Wyjaśnienia Dyrektora nie zasługują na uwzględnienie, gdyż poziom sprawności mieszkańców, w świetle obowiązujących przepisów, nie może być jedynym czynnikiem decydującym o wyposażeniu budynku w system przyzywowo-alarmowy oraz nie może przesądzać o braku jego przydatności. Instalację w budynkach takiego systemu uzasadniają również m.in. rotacja mieszkańców, zapewnienie personelowi DPS możliwości wezwania innych pracowników nie tylko w razie pogorszenia samopoczucia mieszkańca, ale również w każdej innej nieprzewidzianej sytuacji np. w razie wystąpienia u pensjonariuszy agresji lub ich pobudzenia.

4. Na terenie kompleksu DPS nie wyodrębniono palarni. Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 2 lit. h rozporządzenia w sprawie DPS, dom uznaje się za spełniający warunki jeżeli znajduje się w nim pomieszczenie palarni w przypadku gdy wśród mieszkańców domu są osoby palące.

Dyrektor wyjaśnił, że *mieszkańcy DPS są praktycznie niepalący. Trzech ze 133 nie pali nałogowo tylko popała papierosy (...). Nie ma potrzeby tworzenia osobnego pomieszczenia z uwagi też na bezpieczeństwo przeciwpożarowe przy osobach niepełnosprawnych intelektualnie. Tych trzech mieszkańców popała papierosy na zewnątrz przed budynkiem swojej grupy.*

(akta kontroli str. 1112-1120, 1303-1346)

Wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, gdyż w okresie jesienno-zimowym palenie przed poszczególnymi budynkami może być utrudnione, szczególnie dla mieszkańców niepełnosprawnych oraz niekomfortowe ze względu na warunki atmosferyczne.

OCENA CZĄSTKOWA

Obowiązujące w DPS procedury sprzyjały przestrzeganiu praw mieszkańców. Dyrektor nie zapewnił jednak wymaganej cykliczności obowiązkowych szkoleń dla pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, tj. spełnienia wymogu określonego w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS. Na terenie całego kompleksu DPS nie wyodrębniono pomieszczenia palarni, a dwa budynki mieszkalne nie były wyposażone w system przyzywowo-alarmowy. W pozostałych budynkach umiejscowienie włączników systemu uniemożliwiało uruchomienie alarmu przez osoby leżące. W wyniku kontroli zewnętrznych przeprowadzonych w DPS nie stwierdzono nieprawidłowości oraz nie wydano zaleceń. Ponadto do DPS, Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach, Wojewody Świętokrzyskiego oraz Starosty Kieleckiego nie wpłynęły żadne skargi dotyczące nieprzestrzegania praw mieszkańców lub funkcjonowania Domu. Liczba mieszkańców w DPS, za wyjątkiem 2021 r., przekraczała liczbę miejsc określoną w zezwoleniu Wojewody Świętokrzyskiego.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

W latach objętych kontrolą Dyrektor nie ograniczał możliwości samodzielnego opuszczania przez mieszkańców terenu Domu na podstawie zaświadczenia lekarza wskazującego zasadność takiego ograniczenia⁴⁷. Dyrektor wyjaśnił: *W latach objętych kontrolą nie było potrzeby ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczenia przez mieszkańców terenu DPS, ponieważ żaden z mieszkańców nie wyrażał chęci samodzielnego wyjścia poza teren DPS.*

(akta kontroli str. 474, 1278, 1284)

W okresie objętym kontrolą nie było samodzielných wyjść mieszkańców poza teren DPS (np. do sklepu). Dyrektor wyjaśnił, że mieszkańcy nie zgłaszali takiej potrzeby.

(akta kontroli str. 1278, 1284)

Odnosząc się do możliwości samodzielnego wyjścia mieszkańca Domu, np. na spacer lub do sklepu, Dyrektor wyjaśnił: *Dom Pomocy Społecznej w Zgórsku zamieszkują dzieci, młodzież i dorośli mężczyźni niepełnosprawni intelektualnie w stopniu znacznym i umiarkowanym, przy czym większość z nich jest ubezwłasnowolniona. Mieszkańcy nie zgłaszają potrzeby samodzielnego wyjścia poza teren DPS. Większość jest niesamodzielną, nie orientuje się w otoczeniu, nie komunikuje się werbalnie i samodzielne wyjścia zagrażałyby ich bezpieczeństwu. Natomiast pod opieką personelu bądź opiekunów prawnych wychodzą poza teren DPS do sklepów (...), na basen (...), wyjeżdżają służbowym samochodem na zajęcia hipoterapii (...), na zawody sportowe (co jest odnotowywane w zeszycie pracowników socjalnych, terapii zajęciowej i dziennikach rehabilitacji). Zeszyt wyjść z podopiecznymi prowadzi też kierownik działu pielęgnacyjno-opiekuńczego. Ponadto mieszkańcy dowożeni są do szkoły (...) (2 osoby), do przedszkola integracyjnego w Kielcach (1 osoba), do Ośrodka Szkolno-Wychowawczego (...) w Kielcach (6 osób – gdzie od poniedziałku do piątku przebywają w internacie). (...) po terenie DPS sprawniejsi mieszkańcy poruszają się samodzielnie, np. po parku, po boisku sportowym, placu zabaw, uczęszczają na zajęcia terapii zajęciowej, rehabilitacji. (...).*

⁴⁷ Wydanego na podstawie art. 55 ust. 2b ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, ze zm.).

2 razy w tygodniu na teren DPS przyjeżdża obwoźny sklep spożywczy, gdzie mieszkańcy dokonują zakupów. Ponadto mniej sprawni mieszkańcy poruszają się po terenie przy pomocy personelu, korzystają z placu zabaw, na którym są specjalne urządzenia (huśtawki) dla osób leżących, najmniej sprawnych.

(akta kontroli str. 277, 280)

W DPS prowadzony był Zeszyt wyjść z podopiecznymi, w którym odnotowywane były wyjścia do najbliższego sklepu. Zawierał on 18 wpisów dotyczących wyjść z mieszkańcem lub mieszkańcami DPS w 2021 r., 11 – w 2022 r., 15 – w 2023 r. oraz 17 – w 2024 r. (do 6 maja 2024 r.).

(akta kontroli str. 291-295, 475, 643)

Prowadzony w Domu Rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku nie zawierał żadnych wpisów⁴⁸. Nie został w nim również odnotowany wypadek mieszkańca, który miał miejsce w lutym 2024 r., o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 237-238, 243, 250)

W okresie objętym kontrolą⁴⁹ w *Książkach raportów pielęgniarских* odnotowano dwa (w październiku i listopadzie 2023 r.) samowolne oddalenia się jednego (osoba całkowicie ubezwłasnowolniona) mieszkańca DPS. Za pierwszym razem mieszkaniiec odnalazł się u siostry, u której (za wiedzą Domu) pozostał dwa kolejne dni. Kolejnym razem – mieszkaniiec po zatrzymaniu przez policję został odwieziony karetką do szpitala psychiatrycznego⁵⁰. W każdym przypadku zaginięcie zgłoszono na policję.

(akta kontroli str. 251-258, 275-276)

W celu zapobiegania samowolnemu oddaleniu się ww. mieszkańca prowadzone były z nim rozmowy m.in. przez psychologa, psychiatrę, kierowników działu wychowawczo-opiekuńczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego, opiekunów, pracownika socjalnego. Po tygodniu od samowolnego oddalenia się z terenu DPS, z uwagi na jego zły stan psychiczny, trafił do szpitala psychiatrycznego. Do czasu jego przeniesienia do innego domu pomocy społecznej, tj. do 22 grudnia 2023 r., przebywał w tym szpitalu jeszcze dwukrotnie.

(akta kontroli str. 1122-1124)

Zgodnie z *Procedurą nieobecności mieszkańca w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku*⁵¹ pracownik Domu w razie stwierdzenia samowolnego opuszczenia terenu DPS przez mieszkańca zgłosił ten fakt pielęgniarce dyżurującej, a ta poinformowała o tym policję. Jednak wbrew zapisom tej procedury w raportach pielęgniarских nie odnotowano, że o tych zdarzeniach został poinformowany kierownik działu pielęgnacyjno-opiekuńczego i Dyrektor (przez pielęgniarzkę dyżurującą) oraz opiekun prawny⁵² (przez pracownika socjalnego lub pielęgniarzkę dyżurującą). Dyrektor wyjaśnił, że w raportach pielęgniarских omyłkowo nie zostały odnotowane ww. informacje.

(akta kontroli str. 80, 85-86, 251-258, 1088-1089, 1278, 1284)

Komendant Miejski Policji w Kielcach wyjaśnił, że po 1 stycznia 2024 r. policja otrzymała zgłoszenie dotyczącego agresywnego pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, który bije ludzi w DPS-ie. Ze względu na transport karetką pacjenta do

⁴⁸ Stan na 15 marca 2024 r.

⁴⁹ Stan na 18 marca 2024 r.

⁵⁰ Podczas zatrzymania przez policję mieszkaniiec był agresywny.

⁵¹ Załącznik nr 3 do zarządzenia z 2021 r. w sprawie procedur postępowania.

⁵² Nie poinformowanie opiekuna prawnego dotyczy jednego z samowolnych oddaleń mieszkańca Domu.

szpitala psychiatrycznego patrol Policji odwołany⁵³. Nadmieniał również, że w latach 2021-2023 miały miejsce cztery wezwania policji do DPS⁵⁴.

(akta kontroli str. 275-276, 471-473, 476)

W prowadzonym w Domu *Rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego* zaewidencjonowano dwa przypadki (po jednym w 2022 r. i 2023 r., dotyczące dwóch osób) zastosowania przymusu bezpośredniego. Nie było w nim żadnych wpisów dotyczących 2021 r. i 2024 r. (do 15 marca). Rejestr zawierał elementy określone w art. 18c ust. 2 pkt 1, 2, 4 i 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁵⁵, tj. imiona i nazwiska osób, wobec których zastosowano przymus bezpośredni; imiona i nazwiska zlecającego zastosowanie przymusu bezpośredniego oraz osób wykonujących jego stosowanie; opis przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego; czas trwania przymusu bezpośredniego (daty i godziny rozpoczęcia i zakończenia ich stosowania). Zamieszczono w nim również, wymagane art. 18c ust. 2 pkt 6 ww. ustawy, informacje o skutkach stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osób, wobec których został zastosowany. Pominięto jednak informacje o przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego oraz o wszystkich środkach przymusu bezpośredniego użytych wobec jednego z mieszkańców⁵⁶, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 206-236)

Objęte szczegółową analizą oba przypadki zastosowania przymusu bezpośredniego wykazały, że: odnotowano je w indywidualnej⁵⁷ i zbiorczej⁵⁸ dokumentacji medycznej (zgodnie z art. 18c ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego); stan fizyczny unieruchomionych osób z zaburzeniami psychicznymi pielęgniarki kontrolowały nie rzadziej niż co 15 minut⁵⁹ (zgodnie z art. 18a ust. 3 ww. ustawy); powiadomiono lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia (art. 18a ust. 6 ww. ustawy); zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę DPS oceniła, w terminie trzech dni⁶⁰, upoważniona przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii (art. 18 ust. 10 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).

(akta kontroli str. 206-236)

W obu przypadkach zastosowanie przymusu bezpośredniego udokumentowano na Kartach zastosowania przymusu bezpośredniego i Ocenach stanu fizycznego sporządzonych na niewłaściwych drukach, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W Kartach zastosowania przymusu bezpośredniego prawidłowo wskazano informacje o m.in. dniu i godzinie zastosowania przymusu bezpośredniego, rodzaju zastosowanego przymusu, przyczynach jego zastosowania, czasie trwania przymusu bezpośredniego, osobach zlecających, nadzorujących, zatwierdzających jego zastosowanie oraz osobie podejmującej decyzje o jego zaprzestaniu. Mimo to

⁵³ Zdarzenia miało miejsce 21 stycznia 2024 r.

⁵⁴ Wszystkie w 2023 r. (5 i 7 lipca, 13 października i 24 listopada).

⁵⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 2123, ze zm.

⁵⁶ Wobec obu mieszkańców użyto kaftanów bezpieczeństwa. Dodatkowo jednego z tych mieszkańców (P.P.) obezwładniono z użyciem pasów.

⁵⁷ Kartach zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej (dalej: Karta zastosowania przymusu bezpośredniego) i Ocenach stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej (dalej: Ocena stanu fizycznego).

⁵⁸ Książki raportów pielęgniarских.

⁵⁹ Łączny czas trwania przymusu bezpośredniego wyniósł u pierwszego z mieszkańców – trzy godziny, a u drugiego – 15 minut (wezвано pogotowie ratunkowe i policję; mieszkaniec w asyście policji został przewieziony do szpitala psychiatrycznego).

⁶⁰ W ciągu dwóch dni – dotyczy przypadku z 2022 r. i jednego dnia – dotyczy przypadku z 2023 r.

nie zawarto w nich wszystkich wymaganych informacji, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 206-236)

W dokumentacji⁶¹ dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego wobec dwóch mieszkańców DPS nie odnotowano informacji o ich uprzedzeniu o możliwości zastosowania wobec nich przymusu bezpośredniego⁶². Kierownik Zespołu Pielęgniarek wyjaśniła: *W poprzednich kartach zastosowania przymusu bezpośredniego była adnotacja o uprzedzeniu osoby wobec której zostanie zastosowany przymus bezpośredni. W aktualnie obowiązujących kartach nie ma takiej adnotacji. W obu wymienionych przypadkach ustnie uprzedzono osoby o zastosowaniu wobec nich przymusu bezpośredniego.*

(akta kontroli str. 287, 289)

Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców Domu odbyło się zgodnie z *Procedurą w sprawie stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku*⁶³, tj. m.in. zastosowano go wobec osób, które dopuszczały się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby (pkt 2); przymus bezpośredni zastosowano w formie unieruchomienia (pkt 4); o jego zastosowaniu zdecydowała i nadzorowała jego wykonanie pielęgniarka (pkt 5); o zaistniałej sytuacji pielęgniarka niezwłocznie poinformowała lekarza psychiatrę celem zatwierdzenia zlecenia zastosowania przymusu bezpośredniego i dokonania oceny oraz lekarza psychiatrę upoważnionego przez marszałka województwa świętokrzyskiego w ciągu 72 godzin (pkt 6); o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wobec mieszkańca z zaburzeniami psychicznymi powiadomiono opiekuna prawnego (pkt 9); w czasie stosowania przymusu bezpośredniego poprzez unieruchomienie pielęgniarka oceniała prawidłowość unieruchomienia nie rzadziej niż co 15 min (pkt 11); w przypadku zagrożenia lub zdrowia osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni pielęgniarka zawiadomiła pogotowie ratunkowe (pkt 13); zostało odnotowane w raportach pielęgniarskich oraz rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego (pkt 10). Wymaganiem pkt 10 ww. procedury było również odnotowanie zastosowania każdego środka przymusu bezpośredniego w zeszycie wizyt lekarza psychiatry upoważnionego przez marszałka województwa świętokrzyskiego. Odnosząc się do tej kwestii Dyrektor i Kierownik Zespołu Pielęgniarek wyjaśnili: *Zeszyt, o którym mowa w pkt. 10 Procedury w sprawie stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego w DPS obowiązywał do 2018 roku. Obecnie lekarz psychiatra upoważniony przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego nie wymaga wpisu do zeszytu, ale jedynie do karty zastosowania przymusu bezpośredniego. Procedura zostanie poprawiona. W trakcie trwania kontroli NIK powyższy zapis został usunięty z tej procedury*⁶⁴.

(akta kontroli str. 116, 278, 282, 287, 289)

Obie pielęgniarki zlecające zastosowanie przymusu bezpośredniego⁶⁵ w okresie objętym kontrolą dwukrotnie (tj. w sierpniu 2022 r.⁶⁶ i maju 2023 r.⁶⁷) brały udział

⁶¹ M.in. Książkach raportów pielęgniarskich, Kartach zastosowania przymusu bezpośredniego.

⁶² Zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

⁶³ Stanowiącej załącznik nr 17 do zarządzenia z 2021 r. w sprawie procedur postępowania.

⁶⁴ Aneks nr 1 do zarządzenia z 2021 r. w sprawie procedur postępowania (aneks wszedł w życie 22 marca 2024 r.).

⁶⁵ Kierownik Zespołu Pielęgniarek i pielęgniarka (J.K.).

⁶⁶ Szkolenie odbyło się w dniach 23, 24, 30 i 31 sierpnia (z listy obecności nie wynika, w jakim dniu ww. osoby w nim uczestniczyły).

⁶⁷ 9 maja – Kierownik Zespołu Pielęgniarek, 29 maja – pielęgniarka (J.K.).

w przeprowadzonym przez Kierownika Działu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego⁶⁸ szkoleniu wewnętrznym dotyczącym procedury w sprawie stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego w DPS. W ww. okresie nie uczestniczyły w innych szkoleniach dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego. Ponadto obie pielęgniarki pisemnie potwierdziły w marcu 2021 r.⁶⁹ zapoznanie się z procedurą w sprawie stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego w Domu.

(akta kontroli str. 427)

Analizą objęto dokumentację pięciu mieszkańców Domu⁷⁰. Jeden z nich miał pełną zdolność do czynności prawnych, a pozostali byli całkowicie ubezwłasnowolnieni (ich opiekunami prawnymi byli pracownicy DPS). Jeden mieszkaniec został skierowany do DPS postanowieniem właściwego sądu. O pobyt pozostałych mieszkańców w DPS wnioskował dom dziecka, rodzic, sam mieszkaniec wraz z bratem oraz opiekun prawny małoletniego. Wszystkim objętym szczegółową analizą mieszkańcom DPS zapewniono indywidualne potrzeby w zakresie ochrony zdrowia (w tym m.in. opiekę pielęgniarską, fizjoterapeutyczną⁷¹ i toaletę przeciwoleżynową⁷²), żywienie dostosowane do indywidualnych potrzeb dietetycznych (dwóch mieszkańców ze względu na trudności w połykaniu miało dietę lekkostrawną/papkową) oraz możliwość nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną⁷³. Poddawani byli oni okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego potwierdzającym zasadność ich dalszego pobytu w DPS, przy czym w łącznie: dziewięciu (z 28) przypadkach zawierały one wskazania lekarza psychiatry o konieczności dalszego ich pobytu w DPS, a w 15 (z 29⁷⁴) – zostały przeprowadzone terminowo, tj. co najmniej raz na 6 miesięcy. W pozostałych przypadkach nie zawierały one wskazania lekarza psychiatry o konieczności dalszego pobytu w DPS i/lub nie zostały przeprowadzone bądź zostały przeprowadzone z opóźnieniem, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 700, 705-707)

Dochody mieszkańców objętych analizą nie wystarczały na pokrycie kosztu ich pobytu w DPS. Dwóch mieszkańców przebywało w DPS na tzw. starych zasadach⁷⁵. Brakującą kwotę za pobyt pozostałych trzech mieszkańców pokrywała właściwa gmina.

(akta kontroli str. 1409-1413)

⁶⁸ Kierownik Działu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego ukończyła w dniu 14 września 2022 r. szkolenie *Przymus bezpośredni w Domu Pomocy Społecznej* zorganizowanym przez Małopolskie Centrum Profilaktyki. Było to szkolenie on-line dotyczące: zagadnień prawnych dotyczących przymusu bezpośredniego (ustawa o ochronie zdrowia psychicznego i rozporządzenia), stosowania przymusu bezpośredniego (cel, rodzaje, przypadki stosowania), przesłanki zastosowania przymusu bezpośredniego, zasad stosowania przymusu bezpośredniego, zadań personelu w przypadku konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego, prowadzenia dokumentacji w kontekście stosowania przymusu bezpośredniego, zasad zawiadamiania upoważnionego lekarza.

⁶⁹ Kierownik Zespołu Pielęgniarek – 10 marca; pielęgniarka (J.K.) – 17 marca.

⁷⁰ Wybór celowy: dwóch leżących mieszkańców, po jednym mieszkańcu: z pełną zdolnością do czynności prawnych; wobec, którego zastosowano przymus bezpośredni; który samowolnie oddalał się z terenu DPS (ponadto wobec niego zastosowano również przymus bezpośredni).

⁷¹ Dotyczy trzech mieszkańców, którzy jej wymagali.

⁷² Dotyczy dwóch mieszkańców z ograniczeniami w samodzielnym poruszaniu się.

⁷³ W przypadku jednego mieszkańca rodzina nie wyrażała takiego zainteresowania.

⁷⁴ Liczba ta stanowi sumę 28 przeprowadzonych okresowych badań stanu zdrowia psychicznego oraz jednego badania nieprzeprowadzonego.

⁷⁵ Osoby posiadające skierowanie do domów pomocy społecznej wydane przed 1 stycznia 2004 r. ponoszą odpłatność za pobyt w domu w wysokości do 70% swojego dochodu, natomiast reszta dotowana jest z budżetu państwa.

Żaden z mieszkańców, których dokumentację analizowano, nie miał w chwili przyjęcia do DPS mienia ruchomego lub nieruchomości. Żaden z nich nie nabył również oraz nie utracił składnika majątkowego⁷⁶.

(akta kontroli str. 1409--1413)

W DPS zapewniono przestrzeganie prawa mieszkańców do niezakłóconego korzystania ze swojego mienia oraz jego bezpiecznego przechowywania. Spośród osób, których dokumentację analizowano, cztery nie wypłacały środków z konta depozytowego z powodu ubezwłasnowolnienia⁷⁷. Środki na drobne zakupy dla nich (tzw. kieszonkowe) wypłacali ich opiekunowie prawni. Opiekun prawny mieszkańca: Z.S. – wypłacił 100 zł kieszonkowego w 2021 r.; D.O. – wypłacił 150 zł kieszonkowego w 2021 r., 150 zł w 2022 r. oraz 300 zł w 2023 r.; W.O. – wypłacił 150 zł kieszonkowego w 2021 r., 300 zł w 2022 r. oraz 500 zł w 2023 r.; P.P. – wypłacił 300 zł kieszonkowego w 2021 r., 400 zł w 2022 r. oraz 1250 w 2023 r.

Mieszkaniec Z.Z. miał możliwość samodzielnej wypłaty środków, jednak w okresie objętym kontrolą żadnej nie dokonał.

(akta kontroli str. 1409-1413, 1461-1495)

Dyrektor wyjaśnił, że *opiekun prawny/kurator/mieszkaniec każdorazowo występuje z wnioskiem do Dyrektora DPS o wyrażenie zgody na wypłatę kieszonkowego z konta depozytowego mieszkańca. Wnioski składane są do pracownika socjalnego, który potwierdza autentyczność podpisu wnioskodawcy i wstępnie je weryfikuje pod względem częstotliwości wypłat, kwoty wypłaty oraz łącznej kwoty wypłat następujących po sobie. Dyrektor jako adresat wniosku dokonuje kolejnej weryfikacji i w razie jakichkolwiek wątpliwości opiekun prawny/kurator/mieszkaniec wyjaśnia zasadność tejże wypłaty. Każdy wniosek rozpatrywany jest indywidualnie. (...) Kieszonkowym dysponuje opiekun prawny/kurator/mieszkaniec lub osoba przez niego upoważniona i wydatkuje je na indywidualne potrzeby mieszkańca. Opiekun jest zobowiązany do kontroli wydatków z przekazanych środków, a sam podlega kontroli sądu. Wyjaśnił również, że kieszonkowe służy drobnym zakupom dla podopiecznego, spełnianiu jego zachcianek oraz jeśli stan zdrowia, chęci i możliwości mieszkańca na to pozwolą treningu gospodarności podczas zakupów. (...) Zapis w procedurze dotyczący rozliczenia zakupów na podstawie rachunku bądź faktury dotyczy tylko zakupów dokonywanych na wniosek do Dyrektora i za jego zgodą. (...) Kieszonkowe natomiast wypłacane jest w małych kwotach, które mają na celu zaspokojenie drobnych potrzeb podopiecznych. Dyrektor wyjaśnił również, że w procedurze nie zawarto zapisów dotyczących rozliczania się z kieszonkowego przed Dyrektorem, ponieważ opiekunami prawnymi są również osoby spoza pracowników (...) i trudno byłoby wyegzekwować od nich takowych dokumentów.*

(akta kontroli str. 1277-1291, 1295-1298)

Ponadto wyjaśnił: *w zeszycie, który na własne potrzeby prowadzi opiekun odpowiedzialny za daną grupę może nie być paragonów na kwotę całego kieszonkowego, ponieważ niektóre zakupy dokonywane są dla kilku bądź kilkunastu mieszkańców DPS czasem z więcej niż jednej grupy, np. pizza, ciastko, lody (duże opakowanie), owoce.*

(akta kontroli str. 1295-1298, 1414-1423)

⁷⁶ Mieszkaniec Z.Z. 30 marca 2023 r. otrzymał od brata odbiornik telewizyjny.

⁷⁷ Mieszkaniec P.P. w okresie od 16 czerwca 2022 r. (osiągnięcie pełnoletności) do 27 kwietnia 2023 r. (ubezwłasnowolnienie), miał możliwość wypłaty środków. W 2022 r. wypłacił 200 zł kieszonkowego oraz 300 zł w 2023 r.

W aktach mieszkańców, których dokumentację analizowano, nie znajdowały się wywiady środowiskowe⁷⁸ oraz oświadczenia majątkowe, ponieważ instytucje pomocy społecznej⁷⁹ nie wymagały od DPS przeprowadzenia ich aktualizacji.

(akta kontroli str. 1409-1413)

Odnosząc się do działań podjętych w celu umożliwienia oddania głosu w wyborach samorządowych w dniu 7 kwietnia 2024 r. uprawnionym mieszkańcom DPS, Dyrektor wyjaśnił, że tylko jedna osoba posiadała pełne prawa. Dodał, że: *Mieszkaniec (...) nie wyrażał chęci udziału w wyborach samorządowych.*

(akta kontroli str. 562, 566-567)

Na 31 grudnia 2021 r. w DPS przebywało ośmiu (6,2% ogółu) mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się (leżących). Takich osób było dziewięć (6,9% ogółu) na 31 grudnia 2022 r. i 10 (7,6% ogółu) na 31 grudnia 2023 r.

(akta kontroli str. 147, 154, 167, 174-176)

Na próbie trzech mieszkańców leżących w latach 2021-2024 (w miesiącach styczniu i lutym) ustalono, że każdemu zapewniono właściwą pielęgnację, w tym golenie (trzy razy w tygodniu⁸⁰), strzyżenie (co najmniej raz na dwa miesiące), obcinanie paznokci (raz w tygodniu) oraz kąpiel (dwa razy w tygodniu). Częstotliwość tych zabiegów pielęgnacyjnych była odnotowywana w *Zeszytach kąpielowych* i była zgodna z określoną w pkt 3, 6 i 10 do zał. nr 7⁸¹ i 6⁸² do zarządzeń odpowiednio z 2016 r. i 2021 r. w sprawie procedur postępowania. W ww. procedurach wskazano, że mieszkańcom przysługuje kąpiel (w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż raz w tygodniu), obcinanie paznokci (w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż co dwa tygodnie), golenie i strzyżenie (w zależności od potrzeb).

W ww. okresie w odniesieniu do każdego z tych leżących mieszkańców DPS stosowano dwa razy dziennie toaletę przeciwoleżynową, której częstotliwość była dokumentowana (za wyjątkiem braku informacji w tym zakresie w dniach 21 stycznia 2023 r. i 23 stycznia 2024 r.) przez pielęgniarki w *Książce gabinetu zabiegowego*. W kwestii braku wpisów świadczących o wykonaniu toalety przeciwoleżynowej w ww. dniach u leżących mieszkańców DPS (w szczególności objętych analizą mieszkańców W.B., Z.S. i D.O) Dyrektor i Kierownik Zespołu Pielęgniarek wyjaśnili, że u tych mieszkańców taka toaleta została wykonana. Nadmienili: *O rzetelnie wykonywanej pracy świadczy brak odleżyn u mieszkańców leżących. Pielęgniarka dyżurna przeoczyła odznaczenie tej czynności w książkach gabinetu zabiegowego w w/w dniach.*

Dyrektor oświadczył, że wykonywana dwa razy dziennie toaleta przeciwoleżynowa polega na myciu mieszkańca w łóżku, zmianie pampersa, natłuszczeniu skóry całego ciała, zabezpieczeniu miejsc szczególnie narażonych na działanie moczu i kału. Dodał, że dodatkowo stosowane są materace przeciwoleżynowe, łóżka rehabilitacyjne, wałki, kliny, krążki, częste zmiany pościeli oraz odpowiednie ścielenie łóżek, zmiana pozycji co 2-3 godziny.

W *Książkach gabinetu zabiegowego* dotyczących ww. okresu stwierdzono również, że w datach 13 stycznia 2021 r., 3 i 23 lutego 2021 r. oraz 12 stycznia 2023 r. wykonanie toalety przeciwoleżynowej nie zostało potwierdzone podpisem pielęgniarki. Dyrektor i Kierownik Zespołu Pielęgniarek wyjaśnili, że przez przeoczenie pielęgniarka wykonująca toaletę przeciwoleżynową w tych dniach nie

⁷⁸ W jednym przypadku sporządzono wywiad środowiskowy na potrzeby MGOPS w Chmielniku – wywiadu nie było w aktach mieszkańca, jednak jego podgląd był możliwy w systemie DOM.

⁷⁹ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mniowie, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach, Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Chmielniku.

⁸⁰ Dotyczy dwóch z trzech mieszkańców (trzeci nie miał zarostu na twarzy i nie wymagał golenia).

⁸¹ Procedura dotycząca higieny osobistej w Domu Pomocy w Zgórsku z filią w Rudzie Strawczyńskiej.

⁸² Procedura dotycząca higieny osobistej w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku.

złożyła w książkach gabinetu zabiegowego podpisu pod wykonaną czynnością. Dodali, że: *W/w błędy wynikają z nadmiaru obowiązków oraz zbyt małej kadry pielęgniarskiej.*

(akta kontroli str. 80, 97-98, 117, 128-129, 296-312, 413-423, 561-562, 564-565, 644, 646)

W latach objętych kontrolą dwóch z trzech objętych szczegółową analizą mieszkańców leżących DPS było hospitalizowanych na innym oddziale niż psychiatryczny⁸³. W żadnej z *kart informacyjnych leczenia szpitalnego* tych osób nie było wzmianki dotyczącej pielęgnacji lub profilaktyki odleżyn, w szczególności zaniedbań w tym zakresie⁸⁴.

(akta kontroli str. 296, 313-323)

W latach 2021-2024 (koniec marca) Dom zapewnił obsadę pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia w godzinach od 7 do 19 (zmiana dzienna) i od 19 do 7 (zmiana nocna). Na dziennej zmianie najczęściej przebywały dwie pielęgniarki, a na nocnej zasadniczo była jedna pielęgniarka (w 13 przypadkach były dwie). Odnosząc się do tego, czy taka liczba pielęgniarek była wystarczająca do zapewnienia mieszkańcom DPS prawidłowej i rzetelnej realizacji leczenia zleconego przez lekarzy i specjalistów oraz po hospitalizacji, Kierownik Zespołu Pielęgniarek wyjaśniła: *Obsada pielęgniarska w latach 2021-2024 moim zdaniem nie była wystarczająca. Aby zapewnić mieszkańcom DPS prawidłową i rzetelną realizację leczenia zleconego przez lekarza oraz opiekę pielęgniarską, należałoby zwiększyć liczbę pielęgniarek przynajmniej do 3 na zmianie dziennej i 2 na zmianie nocnej przeliczając na liczbę mieszkańców. Podopieczni DPS Zgórsko to osoby niepełnosprawne intelektualnie oraz fizycznie (ok. 10% to osoby leżące). Z każdym rokiem wraz z procesem starzenia się przybywa u mieszkańców chorób przewlekłe somatycznych wymagających specjalistycznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Powyższe czynności powodują, że zakres obowiązków pielęgniarek w DPS jest coraz większy i bardziej obciążający psychicznie i fizycznie. Pracy nie ułatwia fakt, że wiele decyzji mających kluczowe znaczenie dla zdrowia i życia mieszkańców pielęgniarka musi podejmować samodzielnie (brak na stałe lekarza). Powyższe czynności mogą sprzyjać powstawaniu błędów, przeoczeń (np. brak podpisu czy wpisu do dokumentacji medycznej). Całokształt pracy pielęgniarek zatrudnionych w DPS oraz niskie płace w porównaniu do pielęgniarek pracujących w ochronie zdrowia powodują, że nie ma chętnych na to stanowisko pomimo chęci i możliwości zatrudnienia przez dyrektora DPS. Pensje pielęgniarek w domach opieki finansowane są przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej a nie przez Ministerstwo Zdrowia. Za pracę w porze nocnej pielęgniarki DPS otrzymują 20% stawki godzinowej, a pielęgniarki w ochronie zdrowia 65%. Nie otrzymują dodatków za pracę w niedzielę i święta. Czas pracy to 8 godzin na dzień roboczy, a nie jak w ochronie zdrowia 7 godzin 35 minut.*

(akta kontroli str. 430-470, 642, 644, 647)

W latach 2023-2024⁸⁵ część pielęgniarek zatrudnionych w DPS świadczyła dodatkowe usługi pielęgniarskie (w ramach umowy cywilnoprawnej zawartej z podmiotem prywatnym), o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Dyrektor oświadczył: *W latach objętych kontrolą nie było oddzielnej umowy na świadczenie usług pielęgniarskich. Pielęgniarki, które świadczą dodatkowe usługi pielęgniarskie w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku posiadają indywidualnie podpisane umowy z Centrum Medycznym (...). Liczba godzin jakie mogą wykorzystać pielęgniarki w okresie danego miesiąca wynika z liczby osób objętych rehabilitacją*

⁸³ Jeden – jednokrotnie, a drugi – trzykrotnie.

⁸⁴ Stan na 27 marca 2024 r.

⁸⁵ Od marca 2023 r. do kwietnia 2024 r.

domową w ramach umowy na świadczenie usług fizjoterapeutycznych. Ustnie uzgodniono, że na 20 osób objętych rehabilitacją domową przypada dziewięć dyżurów dwunastogodzinnych w danym miesiącu na usługi pielęgniarstwa. Płatnikiem w/w usług pielęgniarstwa jest Centrum Medyczne (...) na podstawie list obecności, które zatwierdza kierownik zespołu pielęgniarek.

Część z zatrudnionych w Domu pielęgniarek⁸⁶ świadczyła dodatkowe usługi pielęgniarstwa w wymiarze łącznie 1052⁸⁷ godzin w 2023 r. (od 7 marca do 30 grudnia⁸⁸) i 300⁸⁹ godzin w 2024 r. (od 6 stycznia do 31 marca⁹⁰). Żadna z nich nie świadczyła tych usług bezpośrednio przed lub po wykonywaniu swojej pracy w ramach zatrudnienia w DPS.

(akta kontroli str. 394-400, 454-470, 562, 565-566, 642, 648)

Kierownik Zespołu Pielęgniarek podała: W latach objętych kontrolą w DPS Zgórsko, pielęgniarka rozkładała i podawała leki, w tym także wykonywała iniekcje domięśniowe, zgodnie z zaleceniem lekarza. Każdy mieszkaniec, który przyjmuje leki posiada indywidualny pojemnik, na którym widnieje imię i nazwisko. Pojemniki znajdują się w szafie z lekami w gabinecie pielęgniarstwa. Jedna pielęgniarka rozkłada leki dla mieszkańców grup: I, II, III, IV, VI do kieliszków na dany dzień. Kieliszki znajdują się na tacy, która ma oznakowane miejsce z imieniem i nazwiskiem mieszkańca. Druga pielęgniarka rozkłada leki na dany dzień do kasetek opisanych imieniem i nazwiskiem mieszkańców z grup: V, VII, VIII (tj. przebywających w budynkach nieprzylegających do gabinetu pielęgniarstwa). Kasetki znajdują się na tacy. Przygotowane leki podaje pielęgniarka i nadzoruje przyjęcie leku przez podopiecznego. Rozłożenie i podanie leków, w tym iniekcji domięśniowych, każda pielęgniarka potwierdza w książkach zleconych leków: leków ogólnych (...), odurzających i psychotropowych własnoręcznym podpisem na koniec dnia. (...).

(akta kontroli str. 649-699)

Zgodnie z ww. informacją do rozkładania leków dla mieszkańców grup V, VII i VIII wykorzystuje się kasetki na leki, mimo że zgodnie z Procedurą rozkładania i podawania leków w Domu Pomocy Społecznej⁹¹ rozkładanie leków odbywa się do kieliszków, które układane są na tacy z oznakowanym miejscem z imieniem i nazwiskiem mieszkańca DPS (taki sposób rozkładania leków odbywał się tylko w odniesieniu do mieszkańców DPS należących do grup I, II, III, IV i VI przebywających w budynku, do którego przynależy gabinet pielęgniarstwa). Kierownik Zespołu Pielęgniarek wyjaśniła: Grupy V, VII, VIII znajdują się w znacznej odległości od gabinetu, a dojście do nich odbywa się przez wyjście na zewnątrz budynku przy często występujących niesprzyjających warunkach atmosferycznych. W trakcie wyjść często dochodziło do zdarzeń podczas których wysypywała się zawartość kieliszków. Pielęgniarki dla bezpieczeństwa swojego i podopiecznych podjęły decyzję o rozkładaniu leków do kasetek oznaczonych imieniem i nazwiskiem mieszkańców. Decyzja o stosowaniu kasetek zamiast kieliszków została podjęta stosunkowo niedawno (ok. 4 miesięcy) dlatego procedura nie uległa jeszcze zmianie.

(akta kontroli str. 644-645, 649, 1309)

⁸⁶ Pięć pielęgniarek w 2023 r. i trzy w 2024 r. (te same, co w roku poprzednim).

⁸⁷ 968 godzin – zmiana dzienna, 84 godziny – zmiana nocna.

⁸⁸ Marzec, kwiecień, czerwiec i listopad – po 108 godzin (zmiana dzienna); maj, sierpień i październik – po 108 godzin (96 godzin – zmiana dzienna, 12 godzin – zmiana nocna); lipiec – 108 godzin (72 godziny – zmiana dzienna, 36 godzin – zmiana nocna); wrzesień – 96 godzin (84 godziny – zmiana dzienna, 12 godzin – zmiana nocna); grudzień – 96 godzin (zmiana dzienna).

⁸⁹ Wszystkie na zmianie dziennej.

⁹⁰ W styczniu i marcu – po 108 godzin, w lutym – 84 godziny.

⁹¹ Obowiązująca od 2 grudnia 2021 r. (wcześniej obowiązywała Procedura rozkładania i podawania leków w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z filią w Rudzie Strawczyńskiej).

W zakresach obowiązków pielęgniarek zatrudnionych w latach objętych kontrolą w DPS wskazano, że do ich zadań należy m.in. wykonywanie zgodnie z obowiązującymi zasadami, metodami i przepisami prawnymi oraz we właściwym czasie zaleceń lekarskich dotyczących podawania leków drogą doustną i wziewną oraz wykonywanie wstrzyknień; czuwanie nad prawidłowością powierzonej im dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej.

(akta kontroli str. 569-627)

Spośród osób zatrudnionych w Domu na stanowisku „opiekun” kwalifikacje opiekuna medycznego miało sześć osób (wszystkie nabyły je w 2024 r.), a dwie były w trakcie nabywania tych kwalifikacji⁹². Żadna z tych osób w okresie objętym kontrolą nie przygotowywała, nie rozkładała i nie podawała leków.

(akta kontroli str. 1121)

Analiza dokonana przez biegłego w dziedzinie psychiatrii objętej szczegółowym badaniem dokumentacji medycznej za lata 2023-2024 trzech mieszkańców DPS wykazała, że we wszystkich przypadkach: mieszkaniec Domu miał możliwość korzystania ze świadczeń lekarskich adekwatnie do zaleceń lekarskich; zlecenia lekarskie, w tym po hospitalizacji, wykonywane były prawidłowo, przez osoby do tego upoważnione, a uprawniony personel podawał pacjentowi wszystkie zlecone leki, wykonywał iniekcje, realizował inne zlecenia, w tym smarowania maściami, a podanie każdej dawki leku potwierdzano w dokumentacji; nie stwierdzono stosowania przez personel zamienników zleconych leków; zlecenia lekarskie były wdrażane niezwłocznie; dokumentacja obejmowała wszystkie udzielane pacjentowi świadczenia i zawierała niezbędne informacje pozwalające na zapewnienie mu bezpieczeństwa w kontekście udzielanych mu świadczeń; sytuacja mieszkańca stwierdzona na podstawie przedłożonej dokumentacji nie wymagała podejmowania niezwłocznych działań. Biegły stwierdził, że z badanej dokumentacji nie wynika jednoznacznie, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarz specjalista był informowany przez personel o wszystkich lekach przyjmowanych na stałe przez pacjenta, ale też nie można tego wykluczyć. Dodał, że: *Z własnego doświadczenia wielu lat pracy jako psychiatra sądzę, że często takie informacje uzyskuje się ustnie i raczej nie ma zwyczaju odnotowywać tego w dokumentacji wizyty bądź w raporcie pielęgniarskim.* Dyrektor wyjaśnił: *Lekarz z POZ i lekarz psychiatra jest informowany ustnie przez personel o wszystkich lekach przyjmowanych na stałe przez mieszkańca. Wpisy lekarzy o przyjmowanych lekach znajdują się w historii choroby oraz w Indywidualnych kartach zleceń lekarskich i są dostępne do sprawdzenia.*

(akta kontroli str. 380, 708-935, 1278, 1284)

Ponadto biegły stwierdził, że w przypadku dokumentacji medycznej:

[1] jednego z mieszkańców:

- w kartach dokumentujących indywidualne potwierdzanie każdorazowej dawki zleconych leków istniały okresowo różnice w zapisie, np. bywało, że gdy pacjent przebywał w domu, w karcie znajdował się zapis – w domu, innym razem był jeden zbiorczy znak "v", który być może oznaczał to samo, ale nie było pewności, gdyż ten symbol był zarezerwowany dla podania leku. Dyrektor wyjaśnił, że omyłkowo wstawiano ww. znak w miejscu, gdzie powinien być wpis – w domu;
- około 20 lipca 2023 r., przez pięć dni, lek który ma być podawany dwa razy dziennie, był oznaczony jako podawany trzy razy dziennie. Dyrektor wyjaśnił, że ten lek był podawany zgodnie z zaleceniem lekarskim, a w książce leków omyłkowo był określony jako podawany trzy razy dziennie.

⁹² Na 17 maja 2024 r.

[2] innego z mieszkańców:

- w kartach dokumentujących indywidualne potwierdzanie każdorazowej dawki zleconych leków była adnotacja o braku leku Pridinol w kwietniu 2024 r. (pensjonariusz Domu nie otrzymał go przez osiem dni). Dyrektor wyjaśnił: *Mieszkaniec nie otrzymywał leku Pridinol przez osiem dni z powodu braku dostępności w hurtowniach farmaceutycznych. Lek nie ma odpowiednika, który mógłby zastąpić zlecony lek. Brak dostępności leku był chwilowy, lek został sprowadzony i podawany zgodnie z indywidualną kartą zleceń;*
- była niejasność w konsultacji psychiatrycznej z dnia 12 października 2023 r. – lekarz prowadzący wskazał w zaleceniach, że włączono Kwetaplex XR 150 mg 0-0-1, a poniżej był wpis, w którym była mowa o leku Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu 200 mg/1 op. po 60 szt, 0-0-1; w karcie zleceń indywidualnych jako jedyny pojawił się z datą 12 października 2023 r. lek Kwetaplex XR 150 mg 0-0-1, co sugerowałoby telefoniczne bądź ustne wyjaśnienie tej nieścisłości, ale brakowało odnotowania tego w dokumentacji. Dyrektor wyjaśnił: *Na konsultacji psychiatrycznej 12.10.2023 lekarz zleca Kwetaplex XR 150 mg 0-0-1, przez pomyłkę lekarz wypisał receptę na Kwetaplex XR 200 mg. Po telefonicznym wyjaśnieniu nieścisłości zmieniono receptę na Kwetaplex XR150, będzie stosowna adnotacja w dokumentach.*

(akta kontroli str. 380, 930-935, 1277-1278, 1283-1284)

W DPS zatrudnionych było 12 (na 31 grudnia 2021 r. i 2023 r. oraz na koniec lutego 2024 r.) i 10 pielęgniarek (na koniec grudnia 2022 r.). W tej dacie, za wyjątkiem 2024 r., wszystkie z pielęgniarek zatrudnione były w DPS na umowę o pracę⁹³.

W latach objętych kontrolą w Domu nie zatrudniano osób na stanowisku opiekunów medycznych.

(akta kontroli str. 428-429)

Dyrektor wyjaśnił, że w latach objętych kontrolą nie powoływano nowych zespołów terapeutyczno-opiekuńczych. W DPS funkcjonują 23 zespoły terapeutyczno-opiekuńcze. Skład osobowy zespołów ustala się na bieżąco w zależności od zmian w zatrudnieniu pracowników DPS. Zmiany składów osobowych w latach objętych kontrolą nie były archiwizowane. Odnosząc się do powodów niearchiwizowania ww. składów zespołów Dyrektor wyjaśnił, że Kierownik Działu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego odpowiedzialna za w/w składy uznała je jako podręczne (wewnętrzne) dokumenty (tworzone dokumenty były niszczone na bieżąco).

(akta kontroli str. 34-35, 38, 55-56, 60, 479, 486-487, 507, 562, 565)

W latach 2021-2024 (23 kwietnia) zarządzeniami Dyrektora dla każdego mieszkańca Domu powołany został pracownik pierwszego kontaktu.

(akta kontroli str. 325-349, 401-412, 424-425)

W każdym z tych zarządzeń wskazano, że: o wyborze pracownika pierwszego kontaktu zdecydowali sami mieszkańcy; dla mieszkańców, którzy nie mogli o tym zdecydować ze względu na niepełnosprawność intelektualną, ww. pracownikiem jest opiekun prawny ustanowiony przez sąd rodzinny lub opiekun grupy (od stycznia 2023 r.)⁹⁴. Jednak w *Procedurze zasad powoływania i funkcjonowania zespołów terapeutyczno-opiekuńczych w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku* z 14 grudnia 2005 r. wskazano, że pracownikiem pierwszego kontaktu może być pracownik domu wskazany przez mieszkańca, jeżeli ten wybór jest możliwy ze względu na jego stan

⁹³ Na 29 lutego 2024 r., spośród 12 pielęgniarek – 11 zatrudnionych było na podstawie umowy o pracę, a jedna – umowy cywilnoprawnej.

⁹⁴ Zgodnie z zarządzeniami Dyrektora do obowiązków tego pracownika należały: ochrona prywatności i wspieranie go w trudnych sytuacjach, uczestnictwo w tworzeniu indywidualnego planu wsparcia, korygowanie IPW w porozumieniu z kadrą specjalistyczną, reprezentowanie mieszkańca w instytucjach, załatwianie jego próśb i wniosków, współuczestnictwo w jego rozwoju i nauce oraz utrzymywanie kontaktów z rodziną

zdrowia i organizację pracy domu; jeżeli ze względu na stan zdrowia mieszkańców nie może dokonać wyboru pracownika pierwszego kontaktu, wówczas wyboru dokonuje Kierownik zespołu pielęgniarek. Odnosząc się do tych rozbieżności Dyrektor wyjaśnił, że taki zapis błędnie znalazł się w przyjętych w okresie objętym kontrolą ww. zarządzeniach Dyrektora. Dodał, że w takiej sytuacji pracownika pierwszego kontaktu powołuje Kierownik Zespołu Pielęgniarek.

(akta kontroli str. 34-35, 38, 55-56, 60, 324-349, 479, 486-487, 507, 561-562, 565)

W latach objętych kontrolą⁹⁵ dla mieszkańców DPS w Zgórsku na pracowników pierwszego kontaktu Dyrektor powołał osoby na stanowiskach:

- w Dziale Wychowawczo-Terapeutyczno-Socjalnym: kierownika Działu – jednemu przydzielono pięciu mieszkańców w każdym roku objętym kontrolą; starszego pracownika socjalnego – jednemu przydzielono dwóch mieszkańców w każdym roku objętym kontrolą; pracownika socjalnego – jednemu przydzielono jednego mieszkańca w latach 2022-2024; instruktora terapii zajęciowej – trzem przypisano 16 mieszkańców w każdym roku objętym kontrolą;
- w Dziale pielęgnacyjno-opiekuńczym: kierownika Działu – jednemu przydzielono sześciu mieszkańców w każdym roku objętym kontrolą; kierownika Zespołu Pielęgniarek – jednemu przydzielono jednego mieszkańca w 2021 r. i po dwóch mieszkańców w latach 2022-2024; starszej pielęgniarki – dwóm przydzielono sześciu i czterech mieszkańców w odpowiednio 2021 r. i 2023 r.; jednemu – przypisano trzech mieszkańców w 2022 r. i 2024 r.; pielęgniarki – dwóm przydzielono dwóch mieszkańców w każdym roku objętym kontrolą; opiekuna – 17 przydzielono 56 mieszkańców w 2021 r., 18 – 70 i 69 mieszkańców w odpowiednio 2022 r. i 2023 r., 19 – 72 mieszkańców w 2024 r.; starszej pokojowej – jednej przydzielono sześciu mieszkańców w 2021 r.; pokojowej – ośmiu przydzielono po 13 mieszkańców w 2021 r., siedmiu – po jedenastu mieszkańców w 2022 r. i 2024 r., sześciu – 10 mieszkańcom w 2023 r.;
- w Dziale Administracyjno-Gospodarczym: kierowcy – jednemu przypisano jednego mieszkańca w każdym roku objętym kontrolą;
- w Dziale Żywienia: kucharza – dwóm przydzielono dwóch mieszkańców w latach 2021-2022 i jednemu przypisano jednego mieszkańca w latach 2023-2024; pomocy kuchennej – jednemu przydzielono jednego mieszkańca w 2023 r. i 2024 r.;
- w Dziale Finansowo-Księgowym: magazyniera – jednemu przydzielono jednego mieszkańca w latach 2021-2022 i 2024 r., dwóch mieszkańców – w 2023 r.;
- w Dziale Medyczno-Rehabilitacyjnym: fizjoterapeuty – dwóm przydzielono sześciu mieszkańców w 2021 r.; jednemu przypisano trzech mieszkańców w latach 2022-2024;
- w Warsztacie Terapii Zajęciowej: instruktora terapii zajęciowej – jednemu przypisano sześciu mieszkańców w każdym roku objętym kontrolą.

W zakresach obowiązków żadnej z osób zatrudnionych na stanowiskach kierowcy, kucharza, pomocy kuchennej oraz magazyniera nie wskazano koordynacji działań wynikających z IPW mieszkańca, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 324-348, 424-426, 628-641)

Dla każdego z objętych analizą pięciu mieszkańców w DPS opracowany został IPW (składały się one m.in. z corocznie opracowywanych planów wsparcia oraz ocen postępu w rozwoju społecznym – diagramów PAC wg H. C. Gunzburga⁹⁶ pełniących

⁹⁵ Na 31 grudnia 2021 r., 2022 r. i 2023 r. oraz 23 kwietnia 2024 r.

⁹⁶ PAC jest narzędziem oceny postępu w rozwoju społecznym (kompetencji społecznej) upośledzonych umysłowo różnych stopni i równocześnie programem rehabilitacji w zakresie ważnych umiejętności życia społecznego.

rolę diagnozy potrzeb). IPW opracowywano odrębnie na każdy rok (na 2021 r., 2022 r., 2023 r. i 2024 r.⁹⁷).

Żaden z 17 planów wsparcia⁹⁸ i 13 (z 17) ocen postępu w rozwoju społecznym⁹⁹ sporządzonych w latach objętych kontrolą dla pięciu mieszkańców objętych analizą nie zawierały konkretnej daty (najczęściej posługiwano się miesiącem i rokiem) ich sporządzenia (w tym IPW sporządzony dla mieszkańca przyjętego do DPS w okresie objętym kontrolą, co uniemożliwiło weryfikację, czy dochowano terminu, o którym mowa w § 2 ust. 4 rozporządzenia w sprawie DPS). Dyrektor wyjaśnił: *Ocena postępu w rozwoju społecznym opracowywana jest w styczniu każdego roku i stanowi podstawę do podejmowanych działań w planie wsparcia na dany rok, dlatego w większości zawiera miesiąc i rok sporządzenia. (...) Plan wsparcia opracowywany jest w oparciu o ocenę postępu w rozwoju społecznym na dany rok, co 6 miesięcy określone są w nim działania do pracy z mieszkańcami. W pierwszej rubryce planu wsparcia określony jest miesiąc i rok, w którym opracowywane są działania do pracy z mieszkańcem i w którym rozpoczynamy podjęte działania na najbliższe 6 miesięcy, w trzeciej rubryce określony jest miesiąc i rok, w którym oceniamy efekty podjętych działań.* Nadmieniał, że uznano za nieistotne określanie dnia sporządzenia planu wsparcia i oceny postępu w rozwoju społecznym, ponieważ praca z mieszkańcami odbywa się w sposób ciągły, są oni pod stałą opieką pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Dodał, że: *Nie zawarto odrębnej daty sporządzenia IPW dla mieszkańca Z.Z., gdyż datą sporządzenia jest data 09.12.2022 r. [data przyjęcia do DPS – dop. NIK] zawarta w planie wsparcia, która równocześnie dotyczy pierwszych działań podjętych w pracy z w/w mieszkańcem.* Sporządzone IPW (plany wsparcia i oceny postępu w rozwoju społecznym) dla pięciu ww. mieszkańców DPS nie zawierały ich podpisu (dotyczy dwóch piszących mieszkańców W.O. i P.P.; pozostałe trzy osoby były niepiszące) bądź adnotacji, iż opracowanie IPW z ich udziałem nie było możliwe. Dyrektor wyjaśnił: *W przypadku trzech osób niepiszących w karcie diagnostycznej zaznaczono, że w/w osoby nie wykonują czynności pisania. Karta diagnostyczna jest częścią IPW, w związku z tym, uznano za niepotrzebne umieszczenie tej informacji w planie wsparcia. W przypadku mieszkańców W.O. i P.P. w karcie diagnostycznej (będącej częścią IPW) zaznaczono, że osoby te wykonują czynność pisania częściowo, czyli nie potrafią prawidłowo się podpisać, a wykonanie tej czynności jest dla w/w osób stresujące.* W IPW (w planach wsparcia) określone zostały cele i zadania do realizacji, horyzont czasowy, sposoby osiągnięcia celów i weryfikacji ich osiągnięcia. Odnoszono się w nich (w planach wsparcia) do konkretnych potrzeb i sytuacji mieszkańca związanych m.in. z samoobsługą, uspołecznieniem, kształtowaniem właściwych zachowań, rehabilitacją. Wskazywano w nich (w planie wsparcia) rodzaj i zakres programowy proponowanych dla mieszkańca zajęć rehabilitacji społecznej, jednak nie wskazywano wymiaru czasu zajęć do realizacji w ramach IPW, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Brak zarchiwizowanych składow Zespołów terapeutyczno-opiekuńczych uniemożliwiał weryfikację podpisania IPW przez członków tych zespołów. Jednak tylko 11 IPW zawierało, jednocześnie w planie wsparcia¹⁰⁰, jak i ocenie postępu w rozwoju społecznym¹⁰¹, podpis pracownika pierwszego kontaktu,

Istnieją trzy formularze PAC, tj. PAC – 1 (dla upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym), PAC – 2 (dla upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim) i PPAC (dla upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim).

⁹⁷ Dla przyjętego w grudniu 2022 r. mieszkańca sporządzono pierwszy IPW obejmujący okres od 9 grudnia 2022 r., a dla mieszkańca, który został przeniesiony do innego DPS – IPW sporządzone zostały na 2021 r., 2022 r. i 2023 r.

⁹⁸ Po cztery sporządzone dla mieszkańców Z.S., D.O. i W.O., dwa – dla mieszkańca Z.Z. i trzy – dla mieszkańca P.P.

⁹⁹ Po dwa sporządzone dla mieszkańca Z.S., D.O. i Z.Z., cztery – dla mieszkańca W.O., trzy – dla mieszkańca P.P.

¹⁰⁰ Podpis pracownika pierwszego kontaktu był w 11 (z 17) planów wsparcia.

¹⁰¹ Podpis pracownika pierwszego kontaktu był w dwóch (z 17) ocenach postępu w rozwoju społecznym.

którzy zgodnie z § 3 ust. 3 rozporządzenia w sprawie DPS działają w ramach zespołów terapeutyczno-opiekuńczych. W pozostałych przypadkach IPW nie zawierały takich podpisów, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Ponadto żaden z 17 planów wsparcia sporządzonych w latach objętych kontrolą dla pięciu mieszkańców, których dokumentację analizowano nie został podpisany przez członków Zespołu terapeutyczno-opiekuńskiego (tj. m.in. przez lekarza psychiatrę, Kierownika Zespołu Pielęgniarek, psychologa, starszego pracownika socjalnego, fizjoterapeutę), którzy jednocześnie złożyli podpisy w Ocenach postępu w rozwoju społecznym na dany rok. Jednocześnie część Ocen postępu w rozwoju społecznym sporządzonych w latach objętych kontrolą dla mieszkańców objętych analizą nie została podpisana przez wszystkich członków ww. zespołu, którzy jednocześnie złożyli podpisy w planach wsparcia na dany rok. Odnosząc się do tego Dyrektor wyjaśnił: *Ocena postępu w rozwoju społecznym i plan wsparcia tworzą całość, więc podpisy złożone na obu tych dokumentach razem stanowią podpisy całego Zespołu Terapeutyczno- Opiekuńskiego*.

(akta kontroli str. 968-1087, 1278-1280, 1285-1287)

Na 31 grudnia 2021 r. w Domu istniało 17 niezamkniętych kont depozytowych¹⁰² (z saldem 303,4 tys. zł). Na 31 grudnia 2022 r. kont tych było 19¹⁰³ (z saldem 364,2 tys. zł), na 31 grudnia 2023 r. – 18¹⁰⁴ (z saldem 307,6 tys. zł) i na 11 kwietnia 2024 r. – 16¹⁰⁵ (z saldem 203,5 tys. zł). Dwa konta w każdym z tych lat były częściowo podjęte (w 2017 r. i 2020 r.).

(akta kontroli str. 358-362, 365)

Na 11 kwietnia 2024 r. w DPS nie zlikwidowano 13 depozytów po zmarłych w latach 2012-2019 mieszkańcach. Postępowanie zmierzające do likwidacji depozytów po śmierci mieszkańców w okresie objętym kontrolą prowadzono niewłaściwie, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Na 31 grudnia 2019 r. w DPS istniało 16 kont depozytowych po zmarłych mieszkańcach z łącznym saldem 281,8 tys. zł (były to środki będące własnością mieszkańców zmarłych w latach 2012-2019)¹⁰⁶.

(akta kontroli str. 361-362, 365-367)

W okresie objętym kontrolą w DPS zlikwidowano depozyty po czterech zmarłych mieszkańcach Domu (po dwóch, którzy zmarli przed 1 stycznia 2020 r. oraz dwóch, którzy zmarli po tej dacie) na łączną kwotę 182,6 tys. zł. Z kont depozytowych tych osób wypłacono w:

- 2021 r. kwotę 21,5 tys. zł po zmarłym w 2019 r. mieszkańcu,
- 2023 r. kwotę 57 tys. zł po mieszkańcu zmarłym w 2022 r.,
- 2024 r. (stan na 11 kwietnia) środki na łączną kwotę 104,1 tys. zł po mieszkańcach zmarłych w 2019 r. (87,5 tys. zł) i 2021 r. (16,6 tys. zł).

Wszystkie depozyty zostały prawidłowo zlikwidowane – podstawą do ich wypłaty były wnioski osób uprawnionych złożone do DPS wraz z postanowieniami sądu o stwierdzeniu nabycia przez nie spadku po zmarłych (trzy przypadki) oraz aktem poświadczenia dziedziczenia (jeden przypadek). Wypłaty środków z tych kont

¹⁰² Po jednym zmarłym w 2013 r., 2015 r., 2016 r., 2017 r. i 2021 r.; po dwóch w 2012 r. i 2020 r. oraz po czterech w 2018 r. i 2019 r.

¹⁰³ Po jednym zmarłym w 2013 r., 2015 r., 2016 r., 2017 r. i 2021 r.; po dwóch w 2012 r., 2020 r. i 2022 r. oraz po czterech w 2018 r. i 2019 r.

¹⁰⁴ Po jednym zmarłym w 2013 r., 2015 r., 2016 r., 2017 r., 2021 r. i 2022 r.; po dwóch w 2012 r. i 2020 r. oraz po czterech w 2018 r. i 2019 r.

¹⁰⁵ Po jednym zmarłym w 2013 r., 2015 r., 2016 r., 2017 r. i 2022 r.; po dwóch w 2012 r. i 2020 r.; trzech w 2019 r. i czterech w 2018 r.

¹⁰⁶ Na 31 grudnia 2019 r. wartość dwóch zlikwidowanych w 2021 r. i 2024 r. kont depozytowych wynosiła 108,1 tys. zł.

depozytowych dokonano zgodnie z pkt 11 załącznika nr 9¹⁰⁷ i nr 8¹⁰⁸ do odpowiednio zarządzenia z 2016 r. i 2021 r. w sprawie procedur postępowania.

(akta kontroli str. 80, 100, 117, 131-132, 358, 360-364)

W okresie objętym kontrolą nie było przypadków likwidacji depozytów po mieszkańcach zmarłych przed 1 stycznia 2020 r. w inny niż ww. sposób. Żaden z niepodjętych depozytów nie przeszedł również na Skarb Państwa.

(akta kontroli str. 365)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Prowadzony w DPS *Rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku* nie zawierał zgłoszenia o wypadku z lutego 2024 r., w wyniku którego mieszkaniiec DPS doznał złamania nasady dalszej kości promieniowej, mimo że wypadek ten został zaewidencjonowany w *Rejestrze nieszczęśliwych wypadków mieszkańców*. Zgodnie z art. 55c ust. 2 ustawy o pomocy społecznej rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców domu zawiera zgłoszenia o następujących zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców domu, związanych z zagrożeniem życia lub zdrowia tych mieszkańców: [1] wypadkach; [2] samouszkodzeniach; [3] obrażeniach ciała.

(akta kontroli str. 237-238, 243, 250)

Dyrektor wyjaśnił: (...) Wypadek z 14 lutego 2024 r. został zaewidencjonowany w rejestrze nieszczęśliwych wypadków. Pielęgniarka dyżurna przygotowała formularz zgłoszenia zdarzenia nadzwyczajnego, ale przez nieuwagę nie został przekazany do weryfikacji przez upoważnionych pracowników. Rejestr został uzupełniony o brakujący wpis.

(akta kontroli str. 277, 281)

W związku z uzupełnieniem o brakujący wpis ww. rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 284-285)

2. W prowadzonym w Domu *Rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego* żaden z dwóch wpisów dokonanych przez Kierownika Zespołu Pielęgniarek dotyczących zastosowania przymusu bezpośredniego nie zawierał informacji o przebiegu ich stosowania, co było działaniem nierzetelnym. Nie udokumentowano w nim również zastosowania wobec jednego z mieszkańców (P.P.), poza kaftanem bezpieczeństwa, przymusu bezpośredniego polegającego na obezwładnieniu tego mieszkańca z użyciem pasów, pomimo odnotowania tej okoliczności w *Księżce raportów pielęgniarskich* i *Karcie zastosowania przymusu bezpośredniego*. Zgodnie z art. 18c ust. 2 pkt 3 i 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego zawiera się dane odpowiednio o zastosowanym rodzaju środka przymusu bezpośredniego oraz przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego.

(akta kontroli str. 206-236, 561, 564)

Kierownik Zespołu Pielęgniarek i Dyrektor wyjaśnili, że w ww. rejestrze nie wykazano więcej informacji o przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego uznając, że wystarczający będzie dokładny opis zdarzenia w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego. Dodali, że omyłkowo nie wpisano

¹⁰⁷ Procedura dysponowania kontem depozytowym w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z filią w Rudzie Strawczyńskiej.

¹⁰⁸ Procedura dotycząca dysponowania kontem depozytowym w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku.

w tym rejestrze informacji o zastosowaniu pasów bezpieczeństwa wobec ww. mieszkańca.

(akta kontroli str. 277-278, 281, 286, 289)

Wyjaśnienia dotyczące nieodnotowania w ww. rejestrze informacji o przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego nie zasługują na uwzględnienie. Z przywołanego powyżej przepisu jednoznacznie wynika, że zamieszczenie w rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego informacji o przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego jest obligatoryjne. W komentarzu do ustawy wskazuje się, że: *Wykonanie obowiązku przewidzianego w art. 18c ust. 2 u.o.z.p. polega na umieszczeniu w rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego informacji o podjęciu tego przymusu. Treść tej informacji nie jest jednakże dowolna, lecz determinowana zakresem wskazanych w przywołanym przepisie danych, które obligatoryjnie zawiera ww. rejestr i które w takiej informacji muszą się znaleźć. (...) dane, o których mowa w art. 18c ust. 2 pkt 6 u.o.z.p., powinny obejmować wszelkie informacje o istotnych zdarzeniach, jakie nastąpiły w toku wykonywania przymusu bezpośredniego w związku z jego zastosowaniem i z tego powodu zaistniałych, a także mających istotne znaczenie dla tego przebiegu, w tym np. informację o miejscu wykonywania przymusu bezpośredniego (art. 18d u.o.z.p.), ewentualnym przedłużeniu jego stosowania i podjętych w związku z tym czynnościach (art. 18a ust. 8-11, art. 18b ust. 1 u.o.z.p.), dokonywanych kontrolach stanu fizycznego osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni (art. 18a ust. 3 u.o.z.p.) czy udzieleniu przy stosowaniu tego przymusu pomocy przez jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policję, jednostki Służby Więziennej lub Państwową Straż Pożarną (art. 18 ust. 9 u.o.z.p.). Powyższy katalog danych, jakie należy zamieścić w rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego, odnosi się do każdego faktu zastosowania tego przymusu podlegającego ujawnieniu w tym rejestrze, niezależnie od rodzaju zastosowanego przymusu bezpośredniego. Wyliczenie tych danych ma również charakter wyczerpujący, co oznacza, że w rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego nie powinny być zawierane żadne inne dane związane z zastosowaniem tego przymusu. Z drugiej strony wobec kategoriycznego brzmienia przepisu art. 18c ust. 2 u.o.z.p. żadne z danych wskazanych w tym przepisie nie mogą zostać pominięte*¹⁰⁹.

3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec dwóch mieszkańców DPS Kierownik Zespołu Pielęgniarek udokumentowała na Kartach zastosowania przymusu bezpośredniego i Ocenach stanu fizycznego nieodpowiadającym wzorom określonym w odpowiednio załącznikach nr 1 i 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi¹¹⁰. Ponadto ww. Karty zastosowania przymusu bezpośredniego zostały sporządzone nierzetelnie, gdyż w żadnej z nich nie zawarto informacji dotyczących opisu przebiegu zastosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza/lekarza psychiatrę oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został

¹⁰⁹ Drembkowski Paweł (red.), Kmiecik Błażej (red.), Tymiński Radosław (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego*. Komentarz, wyd. II, WKP 2023 – komentarz, stan prawny: 1 sierpnia 2023 r., inne wydania (1).

¹¹⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 731. W porównaniu do obowiązujących druków różnica polegała na m.in. w przypadku Karty zastosowania przymusu bezpośredniego: na braku informacji o osobie/osobach stosującej(-ych) przymus bezpośredni, innej kolejności poszczególnych punktów, odmiennej formie opisu niektórych informacji (np. opisu przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego); Oceny stanu fizycznego: braku kolumn dotyczących chwilowego uwolnienia, parametrów ocenianych na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych (jeżeli dotyczy), uwag; odmiennym prezentowaniu informacji o zachowaniu oraz innym układzie graficznym.

zastosowany¹¹¹ i przekazania stosownej dokumentacji do oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego¹¹².

(akta kontroli str. 206-236)

Kierownik Zespołu Pielęgniarek wyjaśniła: Wykonanie przymusu bezpośredniego wobec dwóch mieszkańców DPS zostało udokumentowane na „starych” formularzach, które były dostępne wtedy w gabinecie pielęgniarskim, a nie wiedziałam, że uległy zmianie. W chwili obecnej aktualne druki znajdują się w gabinecie pielęgniarskim. Odnosząc się do wypełnienia Karty przymusu bezpośredniego wyjaśniła: Opis przebiegu zastosowania przymusu bezpośredniego nie został zawarty w Karcie zastosowania przymusu bezpośredniego (...), ponieważ dokładny opis przebiegu zastosowania przymusu bezpośredniego wraz z badaniami podstawowych parametrów życiowych (obserwacja pielęgniarska co 15 minut) zawiera Karta oceny skutku fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej (Załącznik Nr 3). Cała dokumentacja medyczna dotycząca zastosowania przymusu bezpośredniego (Załącznik nr 1, nr 2, nr 3) jest skanowana i wysyłana mailowo do lekarza psychiatry upoważnionego przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego. Prawdowość i zasadność przebiegu zastosowania przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców potwierdził m.in. na podstawie dokumentacji medycznej lekarz psychiatra oraz lekarz psychiatra upoważniony przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w pkt 10, w pkt 8 brak jest potwierdzenia osoby przekazującej dokumentację medyczną z powodu błędnej interpretacji (myślałam, że ten punkt uzupełnia lekarz). Potwierdzeniem przekazania w/w dokumentacji jest informacja mailowa (dzień i godzina wysłania).

(akta kontroli str. 287, 289, 644, 646)

4. Dyrektor dopuścił bez zawarcia pisemnej umowy do świadczenia dodatkowych usług pielęgniarskich w DPS w latach 2023-2024 (do 30 kwietnia) przez pielęgniarki¹¹³ realizujące te usługi w ramach umów cywilnoprawnych zawartych pomiędzy nimi a podmiotem prywatnym, z którym zawarł umowę na świadczenie usług fizjoterapeutycznych, co było działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli str. 206-236)

Dyrektor wyjaśnił: W latach 2023-2024 nie ma oddzielnej umowy z Centrum Medycznym (...) na świadczenie usług pielęgniarskich, ponieważ każda pielęgniarka, która świadczy usługi pielęgniarskie w DPS Zgórsko (będąca jednocześnie pracownikiem DPS) podpisała indywidualną umowę z Centrum Medycznym (...). Liczba godzin jakie mogą wykorzystać pielęgniarki w okresie danego miesiąca wynikała z liczby osób objętych rehabilitacją domową w ramach umowy na świadczenie usług fizjoterapeutycznych. Liczbę godzin przeznaczonych na usługi pielęgniarskie w DPS Zgórsko ustalał dyrektor Centrum Medycznego (...) o czym zostałem poinformowany ustnie. Nie wiem w oparciu o jakie przepisy dokonano wyliczenia przez Centrum Medyczne (...). Zwrócono się do dyrekcji Centrum Medycznego (...) o sporządzenie stosownego aneksu do umowy na świadczenie usług fizjoterapeutycznych.

(akta kontroli str. 562, 565-566)

¹¹¹ Punkt 4 w tej karcie (punkt 6 we wzorze Karty zastosowania przymusu bezpośredniego określonym w ww. rozporządzeniu).

¹¹² Punkt 8 w tej karcie (punkt 9 we wzorze Karty zastosowania przymusu bezpośredniego określonym w ww. rozporządzeniu).

¹¹³ Będące pracownikami DPS.

W toku kontroli Dyrektor podpisał aneks nr 1 z dnia 30 kwietnia 2024 r. do umowy na świadczenie usług fizjoterapeutycznych w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku, w którym strony postanowiły, (...) iż w ramach usług medycznych świadczonych w DPS Wykonawca [Centrum Medyczne (...) – dop. NIK] zapewni świadczenia opieki zdrowotnej – usługi pielęgniarские – udzielane przez pielęgniarki dedykowane do wykonywania zadań w DPS. Odnosząc się do niesprecyzowania w tym aneksie zakresu (przedmiotu) świadczenia usług pielęgniarских (m.in. wymiaru (czasu) pracy pielęgniarek, liczby pielęgniarek świadczących ww. usługi, itp.), Dyrektor wyjaśnił: Czas pracy pielęgniarek, czyli godzin jakie mogą wykorzystać pielęgniarki w okresie danego miesiąca wynika z ilości osób objętych rehabilitacją domową w ramach umowy na świadczenie usług fizjoterapeutycznych. Liczbę godzin przeznaczonych na usługi pielęgniarские w DPS Zgórsko ustalał Dyrektor Centrum Medycznego (...) o czym zostałem poinformowany ustnie. Ustalono, że na 20 osób objętych rehabilitacją możemy wykorzystać 108 godzin na usługi pielęgniarские. Nie ma ustalonej konkretnej liczby pielęgniarek (mogą być 1, 2, 3 lub więcej), zazwyczaj są to 3 pielęgniarki (będące jednocześnie pracownikami DPS). Pielęgniarki świadczą dodatkowe usługi na podstawie indywidualnej umowy z Centrum Medycznym (...), która to zawiera miejsce wykonywanych świadczeń, zakres obowiązków oraz stawkę godzinową. Wyjaśnił również: (...). Każda pielęgniarka, która świadczy dodatkowe usługi pielęgniarские w DPS Zgórsko podpisała indywidualną umowę z Centrum Medycznym (...), dlatego dyrektor Centrum Medycznego (...), wyodrębnił jedynie aneks do umowy zawartej na świadczenie usług fizjoterapeutycznych. Płatnikiem usług fizjoterapeutycznych jak i usług pielęgniarских jest Centrum Medyczne (...). DPS nie ponosi żadnych kosztów.

(akta kontroli str. 648, 1112, 1116-1117, 1292-1294)

Zdaniem NIK formalizowanie dokonanych ustnych ustaleń, nadawanie im formy stosownej umowy (nawet w sytuacji nieponoszenia żadnych wydatków) określającej wzajemnie prawa i obowiązki zabezpiecza możliwość ich egzekwowania w przyszłości, w tym na wypadek zdarzeń mogących wystąpić w trakcie jej wykonania.

5. Dyrektor nie wyegzekwował od lekarza psychiatrii, z którym DPS miał podpisane umowy na sprawowanie opieki psychiatrycznej, prawidłowego wykonywania okresowych badań zdrowia psychicznego pięciu mieszkańców Domu objętych szczegółową analizą, gdyż:
 - a) w 19¹¹⁴ (z 28) przypadkach nie zawierały one wskazania lekarza psychiatrii o konieczności dalszego pobytu w DPS;
 - b) w 14 (z 29) przypadkach nie zostały przeprowadzone (w jednym przypadku) lub zostały przeprowadzone z opóźnieniem (w 13 przypadkach), licząc od daty poprzedniego badania, wynoszącym:
 - jeden dzień (badanie przeprowadzono 4 listopada 2021 r., a kolejne 5 maja 2021 r.), dziewięć dni (badanie przeprowadzono 5 maja 2022 r., a kolejne 14 listopada 2022 r.), osiem dni (badanie przeprowadzono 13 marca 2023 r., a kolejne 21 września 2023 r.) – w przypadku mieszkańca Z.S.;
 - 75 dni (badanie przeprowadzono 20 sierpnia 2020 r., a kolejne 6 maja 2021 r.), 64 dni (badanie przeprowadzono 19 lipca 2021 r., a kolejne 24 marca 2022 r.), 187 dni (badanie przeprowadzono 24 marca 2022 r.,

¹¹⁴ Czterech (z siedmiu) – w przypadku mieszkańca Z.S.; czterech (z sześciu) – w przypadku mieszkańca D.O.; jednego (z dwóch) – w przypadku mieszkańca Z.Z.; trzech (z pięciu) – w przypadku mieszkańca W.O. i ośmiu (z dziewięciu) – w przypadku mieszkańca P.P.

- a kolejne 30 marca 2023 r.), 44 dni (badanie przeprowadzono 30 marca 2023 r., a kolejne 13 listopada 2023 r.) – w przypadku mieszkańca D.O.;
- 18 dni (badanie przeprowadzono 2 stycznia 2023 r., a kolejne 20 lipca 2023 r.), nie przeprowadzono badania (ostatnie badanie przeprowadzono 20 lipca 2023 r.) – w przypadku mieszkańca Z.Z.;
- 351 dni (badanie przeprowadzono 8 marca 2021 r., a kolejne 25 sierpnia 2022 r.); 43 dni (badanie przeprowadzono 9 lutego 2023 r., a kolejne 21 września 2023 r.), 14 dni (badanie przeprowadzono 21 września 2023 r., a kolejne 4 kwietnia 2024 r.) – w przypadku mieszkańca W.O.;
- 16 dni (badanie przeprowadzono 10 września 2020 r., a kolejne 26 marca 2021 r.), 158 dni (badanie przeprowadzono 4 marca 2022 r., a kolejne 9 lutego 2023 r.) – w przypadku mieszkańca P.P.

Powyższe negatywnie wpływało na prawo mieszkańców do ochrony zdrowia oraz ich bezpieczeństwo. Zgodnie z art. 38 ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego podlega okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej (badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy).

(akta kontroli str. 700, 704)

Dyrektor wyjaśnił: *Okresowe badania stanu zdrowia psychicznego uzasadniające pobyt w DPS 5 mieszkańców DPS objętych szczegółową analizą nie zostały przeprowadzone lub zostały przeprowadzone z opóźnieniem, ponieważ lekarz sprawujący opiekę psychiatryczną nie wywiązał się z ustalonych ustnie wcześniej terminów. Nie ustalono ścisłego harmonogramu pracy lekarza tylko umownie ustalono ilość wizyt lekarskich w danym miesiącu. Z powodu częstych zmian wizyt lekarza w DPS dochodziło do opóźnienia okresowych badań zdrowia mieszkańców. Wyjaśnił również: Mieszkańcy DPS Zgórsko to osoby niepełnosprawne intelektualnie. Podczas okresowych badań stanu zdrowia uzasadniających pobyt mieszkańców w DPS nie przy każdym badaniu lekarz psychiatra sporządza notatkę, w której mowa o konieczności dalszego pobytu w DPS, ale przy każdej widniej rozpoznanie wg ICD-10 i wpis o konieczności opieki i leczenia, co jest jednoznaczne z koniecznością pobytu w DPS. Moim zdaniem w DPS dla osób niepełnosprawnych intelektualnie skierowanych do DPS-u na stałe potwierdzanie co 6 miesięcy konieczności dalszego pobytu nie ma sensu.*

(akta kontroli str. 1112-1113, 1116-1117)

NIK stwierdza, że to na Dyrektora spoczywa obowiązek wyegzekwowania od lekarza psychiatry terminowego przeprowadzania okresowych badań stanu zdrowia psychicznego uzasadniających pobyt mieszkańca w DPS, w tym wskazania o konieczności takiego pobytu w DPS. W każdej z obowiązujących w latach objętych kontrolą umów zawartych z tym lekarzem Dyrektor zlecił mu wykonywanie okresowych badań stanu psychicznego mieszkańców oraz innych zadań, z częstotliwością dwa razy w miesiącu oraz wg potrzeby. Ponadto NIK nie podziela argumentacji Dyrektora, że widniejące m.in. w kartach wizyty rozpoznanie wg ICD-10 (tj. w zależności od mieszkańca *Upośledzenie umysłowe lekkie/umiarkowanego stopnia/głębokiego stopnia – znaczne zmiany zachowania powodujące konieczność opieki lub leczenia*¹¹⁵) stanowiły

¹¹⁵ Odpowiednio kody: F70.1, F72.1, F73.1 – wg ICD-10.

uzasadnienie pobytu mieszkańca w DPS. Kodowanie ICD-10 jest niezbędnym elementem wypełnianej przez lekarza dokumentacji medycznej pacjenta, a jego głównym zadaniem jest ujednoznacznienie rozpoznawanych chorób i schorzeń.

(akta kontroli str. 1248-1260)

6. Dyrektor nie przypisał w zakresach obowiązków żadnego z pięciu pracowników DPS zatrudnionych na stanowisku kierowcy¹¹⁶, kuchmistrza (szefa kuchni)¹¹⁷, kucharki¹¹⁸, pomocy kuchennej¹¹⁹ oraz starszego magazyniera¹²⁰ koordynacji działań wynikających z indywidualnych planów wsparcia mieszkańca, pomimo że osoby te zostały przez niego powołane na pracownika pierwszego kontaktu. Zgodnie ze standardem kontroli zarządczej nr 3 *Struktura organizacyjna* (części A *Środowisko wewnętrzne*)¹²¹, struktura organizacyjna jednostki powinna być dostosowana do aktualnych celów i zadań. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności jednostek, poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny. Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności powinien być określony dla każdego pracownika. Ponadto w standardzie kontroli zarządczej nr 6 *Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji* (części B *Cele i zarządzanie ryzykiem*) wskazano, że należy zadbać, aby określając cele i zadania wskazać także jednostki, komórki organizacyjne lub osoby odpowiedzialne bezpośrednio za ich wykonanie oraz zasoby przeznaczone do ich realizacji.

(akta kontroli str. 401-412, 424-426, 628-641)

Dyrektor wyjaśnił, że koordynacje działań wynikających z indywidualnych planów wsparcia zostały zlecone ww. pracownikom pierwszego kontaktu na stanowiskach obsługi na podstawie regulaminów pracy DPS oraz Warsztatu Terapii Zajęciowej przy DPS¹²² (tj. wskazujących, że do podstawowych obowiązków pracownika należy dokładne i sumienne wykonywanie poleceń przełożonych) oraz regulaminów organizacyjnych DPS¹²³ (tj. określających, że pracownicy DPS realizują polecenia bezpośrednich przełożonych oraz Dyrektora) a także poszczególnych zarządzeń dotyczących powołania pracownika pierwszego kontaktu. Nadmieniał, że 18 kwietnia 2024 r. zakresy czynności tych pracowników zostały zaktualizowane w tym aspekcie.

(akta kontroli str. 34-35, 43, 55-56, 65, 277, 281, 480, 489-490, 510-511, 514, 542-543, 545)

¹¹⁶ Pracownik pierwszego kontaktu dla jednego mieszkańca (stan na koniec grudnia 2021 r., 2022 r., 2023 r. i na 23 kwietnia 2024 r.).

¹¹⁷ Kuchmistrz (szef kuchni) – do 1 lipca 2023 r. (na tym stanowisku była pracownikiem pierwszego kontaktu dla jednego mieszkańca – stan na 31 grudnia 2021 r. i 2022 r.), pielęgniarka – od 1 lipca 2023 r. (na tym stanowisku nie była pracownikiem pierwszego kontaktu).

¹¹⁸ Pracownik pierwszego kontaktu dla jednego mieszkańca (stan na 31 grudnia 2021 r., 2022 r., 2023 r. i 23 kwietnia 2024 r.).

¹¹⁹ Pracownik pierwszego kontaktu dla jednego mieszkańca DPS (stan na 31 grudnia 2023 r. i 23 kwietnia 2024 r.).

¹²⁰ Pracownik pierwszego kontaktu dla jednego mieszkańca DPS (stan na 31 grudnia 2021 r. i 2022 r. oraz na 23 kwietnia 2024 r.) i dla dwóch mieszkańców DPS (stan na 31 grudnia 2023 r.).

¹²¹ Załącznik do komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. Min. Fin. Nr 15, poz. 84).

¹²² § 8 pkt 2 ppkt 3 załączników do zarządzeń nr 4a/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej z dnia 12.04.2023 w sprawie wprowadzenia Regulaminu Pracy Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku oraz Warsztatu Terapii Zajęciowej przy DPS w Zgórsku (obowiązuje od 12 kwietnia 2023 r.) i nr 29/2018 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 17.12.2018 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Pracy Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku oraz Warsztatu Terapii Zajęciowej przy DPS w Zgórsku (straciło moc z dniem 12 kwietnia 2023 r.).

¹²³ § 12 pkt 2 ppkt 3 załączników do zarządzeń nr 19/2022 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 21.09.2022 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku oraz Warsztatu Terapii Zajęciowej przy DPS w Zgórsku (obowiązuje od 21 września 2022 r.) i nr 30a/2017 Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku z dnia 15.11.2017 r. w sprawie wprowadzenia regulaminu organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku oraz Warsztatu Terapii Zajęciowej (obowiązywał do 21 września 2022 r.).

W związku z tym, że czterem¹²⁴ pracownikom obsługi przypisano w ich zakresach obowiązków zadania związane z koordynacją działań wynikających z indywidualnych planów mieszkańca, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 548-560)

7. Dyrektor nie zapewnił rzetelnego oraz prawidłowego sporządzenia objętych szczegółową analizą IPW, a mianowicie:
- w sześciu z 17 – zarówno w planach wsparcia, jak i ocenach postępu w rozwoju społecznym – nie było podpisu pracownika pierwszego kontaktu. Zgodnie z § 3 ust. 2 i 3 rozporządzenia w sprawie DPS działania wynikające z IPW mieszkańca domu koordynuje pracownik domu, zwany dalej pracownikiem pierwszego kontaktu, wskazany przez mieszkańca domu, jeżeli wybór ten jest możliwy ze względu na jego stan zdrowia i organizację pracy domu oraz pracownicy pierwszego kontaktu działają w ramach zespołów terapeutyczno-opiekuńczych;
 - w całym objętym kontrolą okresie w żadnym z analizowanych IPW nie wskazano wymiaru czasu zajęć do realizacji w ramach planu; stanowiło to naruszenie § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi¹²⁵, z którego wynika, że m.in. wymiar czasu zajęć jest ustalany w indywidualnym planie wsparcia mieszkańca domu.

(akta kontroli str. 936-1077, 1084-1087)

Dyrektor wyjaśnił, że w IPW przez przeoczenie nie ma podpisów pracownika pierwszego kontaktu. Nadmieniał: *Pomimo braku podpisów pracownika pierwszego kontaktu w niektórych planach wsparcia i ocenach postępu w rozwoju społecznym brali oni udział w tworzeniu IPW i koordynowali działania z niego wynikające, ponieważ są to osoby, pracujące na co dzień, bezpośrednio z mieszkańcami.* Wyjaśnił również: *W IPW nie zawarto wymiaru czasu zajęć, gdyż uznano, że wystarczającym jest jego wykazanie w dziennikach zajęć prowadzonych między innymi przez terapeutów zajęciowych i fizjoterapeutów.*

(akta kontroli str. 1279, 1285-1286)

8. W okresie objętym kontrolą Dyrektor nie zapewnił prawidłowego prowadzenia postępowań zmierzających do likwidacji depozytów po śmierci mieszkańców, gdyż wskutek niepodjęcia sformalizowanych i systematycznych działań, na kontach depozytowych w DPS figurowały depozyty po 13 zmarłych w latach 2012-2019 na kwotę 154,2 tys. zł¹²⁶, których nie wypłacono osobom uprawnionym ani nie przekazano na rzecz Skarbu Państwa. Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów¹²⁷, przechowujący depozyt jest obowiązany wezwać uprawnionego do odbioru depozytu w terminie, o którym mowa w art. 4 ust. 2, oraz pouczyć go o skutkach jego niepodjęcia. Zgodnie z ust. 3, gdy nie jest znane miejsce zamieszkania lub siedziba uprawnionego, przechowujący depozyt występuje do organu prowadzącego właściwą ewidencję, rejestr lub zbiór danych o udzielenie informacji umożliwiających ustalenie tego miejsca. Zgodnie z ust. 5, w przypadku braku możliwości doręczenia wezwania do odbioru depozytu lub nieustalenia uprawnionego, przechowujący jest obowiązany

¹²⁴ Jedna z nich, zatrudniona na stanowisku pielęgniarki z dniem 1 lipca 2023 r., nie jest pracownikiem pierwszego kontaktu.

¹²⁵ Dz. U. poz. 250.

¹²⁶ Stan na 11 kwietnia 2024 r.

¹²⁷ Dz. U. Nr 208, poz. 1537, ze zm.

dokonać wezwania poprzez jego wywieszenie na tablicy informacyjnej w swojej siedzibie na okres sześciu miesięcy, a jeśli szacunkowa wartość depozytu przekracza kwotę 5 tysięcy zł, również ogłoszenie w dzienniku poczytnym w danej miejscowości lub w Biuletynie Informacji Publicznej. Stosownie do pkt 12 załącznika nr 9¹²⁸ i nr 8¹²⁹ do zarządzeń odpowiednio z 2016 r. i 2021 r. w sprawie procedur postępowania stanowiących, że w przypadku braku wiedzy o rodzinie zmarłego mieszkańca należało zawiadomić gminę o spadku po zmarłym. Ww. działań zaniechano¹³⁰.

(akta kontroli str. 80-81, 100, 117-118, 361-362, 365-367)

Starszy pracownik socjalny odpowiedzialny w latach objętych kontrolą za prowadzenie postępowań zmierzających do likwidacji depozytów po śmierci mieszkańców wyjaśniła: *W latach 2012-2024 zmarło pozostawiając depozyt 31 mieszkańców. W 15 przypadkach depozyt został wypłacony osobom uprawnionym. Nie zostały zlikwidowane depozyty 16 osób z czego 13 zmarło przed 1 stycznia 2020 r. W stosunku do 5 prowadzone są przez rodziny postępowania, 2 częściowo wypłacono spadki, 2 powiadomiono rodziny listownie o pozostawieniu depozytu przez zmarłego oraz możliwości wypłaty depozytu po okazaniu stosownych dokumentów, co do pozostałych 4 prowadzone są czynności ustalające potencjalny krąg spadkobierców. Nadmienila, że: W dwóch przypadkach powiadomiono listownie członków rodziny o pozostawieniu depozytów przez zmarłego oraz możliwości wypłaty tego depozytu po okazaniu stosownych dokumentów (jedna sprawa w toku, w drugim przypadku nie podjęto korespondencji). W ośmiu przypadkach podjęto próby niesformalizowane – nawiązano kontakt telefoniczny z rodziną (potencjalnymi spadkobiercami), rodziny zostały poinformowane o możliwości odebrania depozytu. Z informacji uzyskiwanych od nich wiemy, że sprawy spadkowe są w toku a przedłużający się okres wynika z okresu pandemii i/lub problemami rodzinnymi. Osoby wskazują problem w tym, że depozyt jest zbyt niski lub jest wiele osób uprawnionych do otrzymania spadku oraz często dużej odległości. Nie występowano do potencjalnych spadkobierców z uwagi na brak ich adresów zamieszkania, posiadano jedynie w aktach mieszkańca kontakt telefoniczny. W dwóch przypadkach zmarłych mieszkańców częściowo wypłacono spadek. Pozostałe kwoty oczekują na wymienionych w postanowieniach spadkobierców. Co do 4 przypadków prowadzone są czynności na własną rękę, zmierzające do ustalenia kręgu spadkobierców. Pracownik socjalny jest w kontakcie z Urzędem Gminy, GOPS, MOPS. W związku z tymi działaniami nie składano wniosków do Sądu, ponieważ koszty przeprowadzenia postępowania wiązałyby się z kosztami, które to DPS musiałby pokryć z bieżących wydatków, co uszczupliłoby budżet wszystkich mieszkańców. Nie dokonano wezwań poprzez wywieszenie na tablicy informacyjnej, ani nie zamieszczono na stronie Biuletynu Informacji Publicznej z powodu przeoczenia. Nie występowano do organu prowadzącego właściwą ewidencję, rejestr lub zbiór danych o udzielenie informacji umożliwiających ustalenie miejsca zamieszkania potencjalnego spadkobiercy, ponieważ starano się na własną rękę ustalić uprawnione osoby. Część z tych osób ustalono poprzez kontakt telefoniczny. W znacznej części te działania prowadzą do likwidacji depozytów pozostawionych po zmarłych mieszkańcach. Dodała, że: W przypadku 3 byłych mieszkańców, którzy*

¹²⁸ Procedura dysponowania kontem depozytowym w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku w filii w Rudzie Strawczyńskiej.

¹²⁹ Procedura dotycząca dysponowania kontem depozytowym w Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku.

¹³⁰ Za wyjątkiem dwóch przypadków w 2024 r. dotyczących dwóch mieszkańców DPS, którzy zmarli w 2017 r. i 2019 r., gdzie listownie powiadomiono członków ich rodziny o pozostawieniu depozytu przez zmarłego oraz możliwości wypłaty tego depozytu po okazaniu stosownych dokumentów.

pozostawili depozyt w DPS w Zgórsku brak jest wiedzy co do danych rodziny osób zmarłych. Nie zawiadomiono Gminy, ponieważ na własną rękę prowadzone są czynności zmierzające do ustalenia spadkobierców. Nie zastosowano się do obowiązującego zarządzenia z powodu przeoczenia i prowadzonych działań przez pracownika socjalnego.

(akta kontroli str. 390-393)

OCENA CZĄSTKOWA

Sposób realizacji usług świadczonych na rzecz objętych szczegółową analizą mieszkańców Domu dostosowany był do ich indywidualnych potrzeb, gwarantując im prawo do ochrony zdrowia. W okresie objętym kontrolą Dyrektor zapewnił obsadę pielęgniarską na każdym dyżurze oraz prawidłowe wywiązywanie się z obowiązku właściwej pielęgnacji mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się z poszanowaniem prawa do ich godności. Objętym szczegółowym badaniem mieszkańcom DPS prawidłowo i na ogół rzetelnie realizowano leczenie zlecone przez lekarzy podstawowej opieki medycznej i specjalistów oraz po hospitalizacji. Dyrektor nie wyegzekwował od lekarza psychiatry terminowego (48,3% analizowanych przypadków) i rzetelnego (67,9% analizowanych przypadków) przeprowadzania okresowych badań stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym pobyt mieszkańca w Domu, co mogło naruszać jego prawo do wolności. W prowadzonym w DPS od początku 2024 r. *Rejestrze zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Zgórsku* nie zaewidencjonowano wypadku, w wyniku którego mieszkaniowiec DPS doznał złamania nasady dalszej kości promieniowej. Mieszkańcom DPS nie ograniczano prawa do wolności poruszania się, tj. nie zakazywano im swobodnego wyjścia poza jego teren, choć zasadniczo nie zgłaszali oni takiej potrzeby. W sytuacjach samowolnego oddalenia się mieszkańca podejmowano działania zapewniające właściwą nad nim opiekę. W uzasadnionych przypadkach stosowano przymus bezpośredni w stosunku do mieszkańców Domu, z poszanowaniem ich prawa do wolności i poczucia bezpieczeństwa. Nie dochowano jednak należytej staranności przy sporządzaniu dokumentacji w tym zakresie. W prowadzonym w DPS *Rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego* żaden z dwóch wpisów dotyczących jego zastosowania nie zawierał informacji o jego przebiegu. Nie udokumentowano w nim również zastosowania dodatkowej formy przymusu bezpośredniego wobec jednego z mieszkańców. Dodatkowo zastosowanie tego przymusu wobec dwóch mieszkańców udokumentowano na niewłaściwych formularzach, które również zostały sporządzone nierzetelnie. W Kartach zastosowania przymusu bezpośredniego nie zawarto informacji dotyczących opisu jego przebiegu, z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza/lekarza psychiatrę oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany i przekazania stosownej dokumentacji do oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego. Dla każdego z mieszkańców DPS, których dokumentację analizowano, opracowany został IPW, jednak w żadnym nie wskazano wymiaru czasu zajęć do realizacji w ramach planu, a 35% nie zostało podpisanych przez pracowników pierwszego kontaktu. Dodatkowo koordynację działań wynikających z IPW mieszkańców Dyrektor nie przypisał w zakresach obowiązków żadnemu z pracowników obsługi, których powołał na pracownika pierwszego kontaktu. W okresie objętym kontrolą nieprawidłowo prowadzono postępowanie zmierzające do likwidacji depozytów po śmierci mieszkańców. W wyniku niepodjęcia sformalizowanych i systematycznych działań, na kontach depozytowych w DPS figurowały depozyty po zmarłych w latach 2012-2019, których nie wypłacono osobom uprawnionym, ani nie przekazano na rzecz Skarbu Państwa.

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. Przestrzeganie warunków określonych w decyzji Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 25 września 2017 r. dotyczących liczby miejsc w DPS. 2. Przeprowadzanie szkoleń pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego na temat praw mieszkańca oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami z wymaganą częstotliwością wskazaną w § ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS. 3. Zapewnienie mieszkańcom pomieszczenia palarni zgodnie z wymogami § 6 ust. 1 pkt 2 lit. h rozporządzenia w sprawie DPS. 4. Wyposażenie budynków grup mieszkalnych V i VII w system przyzywowo-alarmowy, zgodnie z wymogami § 6 ust. 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia w sprawie DPS oraz zapewnienie dostępu do niego wszystkim mieszkańcom, którzy w sposób świadomy mogą z niego korzystać. 5. Zawieranie w rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego danych o zastosowanym rodzaju środka przymusu bezpośredniego oraz przebiegu jego stosowania. 6. Zapewnienie przeprowadzania okresowych badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańców w zakresie uzasadniającym ich pobyt w domu pomocy społecznej, co najmniej raz na sześć miesięcy. 7. Przygotowywanie IPW, spełniających wszystkie wymogi § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. 8. Podjęcie udokumentowanych działań wobec depozytów po zmarłych mieszkańcach, co pozwoli na ich likwidację i przeniesienie na rzecz Skarbu Państwa w sytuacji braku osób uprawnionych do odbioru.
Uwagi	NIK 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 Kielcach. 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
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 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.

Kielce, 13 czerwca 2024 r.

Kontrolerzy
Marcin Sudół

Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
p.o. Wicedyrektor
Krzysztof Wilkosz

.....
podpis

.....
podpis

Karol Kuleta
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis