



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.5.3.2024

Ewa Orłowska
Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Ostrowcu
Świętokrzyskim
Os. Słoneczne 49
27-400 Ostrowiec Świętokrzyski

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Dom Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim (dalej: DPS, Dom), Os. Słoneczne 49, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ewa Orłowska Dyrektor DPS od 19 sierpnia 2019 r.
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. Marzena Baradziej, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/25/2024 z dnia 20 lutego 2024 r. 2. Mariusz Jedynak, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/27/2024 z 20 lutego 2024 r.

(akta kontroli str.1-6)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność DPS w zakresie prawidłowości sprawowania opieki nad przewlekle psychicznie chorymi mieszkańcami³ i przestrzegania ich praw.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Dom spełniał większość wymogów organizacyjnych w zakresie warunków lokalowych, żywieniowych, opieki lekarskiej, terapeutycznej i rehabilitacji, określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie DPS), a przyjęte regulacje na ogół sprzyjały przestrzeganiu praw mieszkańców. Dyrektor nie wyegzekwowała jednak od współpracującego z DPS lekarza psychiatry przeprowadzania badań mieszkańców w zakresie uzasadniającym konieczność ich dalszego pobytu w Domu. W okresach, za które brak było wymaganych zaświadczeń, stanowiło to ograniczenie prawa do wolności mieszkańców. Nieprawidłowo realizowano też leczenie zlecone przez lekarzy⁵, głównie ze względu na występujące przerwy w dostępności w DPS leków, brak indywidualnego potwierdzania podawania leków i odnotowywania dat rozpoczęcia konkretnych terapii, stosowania dawek innych niż zlecone przez lekarzy⁶. Dokumentacja potwierdzająca realizację zleconego leczenia, w ocenie biegłego psychiatry, była rozproszona, w nieczytelny sposób przedstawiała indywidualną terapię i jej codzienne realizowanie, nie zawierała też istotnych informacji. Mogło to zwiększać ryzyko błędu, pomyłki, a przez to wpływać na bezpieczeństwo mieszkańców lub w przyszłości uniemożliwiać ocenę dotychczasowego stanu zdrowia mieszkańca i skuteczności jego leczenia. Powyższe negatywnie wpływało na prawo mieszkańców do ochrony zdrowia oraz ich bezpieczeństwo.

Pracownicy ochrony zapewniający ochronę fizyczną osób i obiektu wzywani byli przez personel DPS do pomocy przy wykonywaniu czynności na rzecz mieszkańców, do których nie byli uprawnieni. Niektóre ich działania (np. przeszukanie jednego z mieszkańców) stanowiło naruszenie nietykalności osobistej mieszkańca. Pracownicy ochrony podejmowali też interwencje w stosunku do agresywnych mieszkańców, co mogło ograniczać prawo mieszkańców do bezpieczeństwa osobistego. Jedną z przyczyn była niewystarczająca liczba personelu, co potwierdza fakt, że DPS nie osiągnął wymaganego poziomu wskaźnika zatrudnienia pracowników Zespołu Terapeutyczno-Opiekuńczego (dalej: Zespół T-O) w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na jednego mieszkańca w całym okresie objętym kontrolą⁷. W latach 2021-2022 przekraczano liczbę miejsc ustaloną w zezwoleniu Wojewody Świętokrzyskiego. Personel DPS nie stosował przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców. Ze względu jednak na niewielką obsadę nocnych zmian, która negatywnie wpływała na bezpieczeństwo mieszkańców, ale i samego personelu, zastosowanie przymusu bezpośredniego w razie takiej konieczności przez personel DPS było utrudnione. W Domu naruszono prawo jednej z mieszanek do intymności, gdyż umieszczono ją w pokoju wyposażonym w kamery. Niezapewnienie pomieszczenia *Pro Morte* i pozostawianie ciała zmarłego mieszkańca w pokoju do czasu przyjazdu pracowników zakładu pogrzebowego

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

³ DPS w Ostrowcu Świętokrzyskim przeznaczony był wyłącznie dla osób przewlekle chorych psychicznie.

⁴ Dz. U. z 2018 r. poz. 734, ze zm.

⁵ Ustaleń dokonano na podstawie badania dokumentacji trzech mieszkańców, jednak stwierdzone braki leków internistycznych dotyczyły wszystkich przyjmujących te leki, a niedokumentowanie podania leków doustnych – wszystkich mieszkańców DPS.

⁶ Potwierdzono jednoznacznie u dwóch mieszkańców.

⁷ Na koniec każdego roku w latach 2021-2023 i na dzień 22 lutego 2024 r.

wpływało negatywnie na poczucie bezpieczeństwa u współlokatorów zmarłego i ograniczało ich prawo do pobytu we własnym pokoju.

DPS wyposażony był w windę i sprawny system przyzywowo-alarmowy, co oznaczało, że usługi DPS były dostosowane do stopnia fizycznej sprawności mieszkańców, jednak piloty przyzywowe nie były dostępne dla wszystkich, co negatywnie wpływało na ich bezpieczeństwo. Dyrektor zapewniła wymaganą liczbę pracowników socjalnych, dostęp mieszkańców do psychologa i psychiatry. Nieprawidłowo sprawowała jednak nadzór nad realizacją umowy o świadczenie usług psychiatrycznych na rzecz mieszkańców. Nie monitorowała rzeczywistego czasu świadczenia konsultacji psychiatrycznych dla mieszkańców Domu, który był krótszy od przewidzianego w umowie. Dopuszczała też do świadczenia usług psychiatrycznych na rzecz mieszkańców przez lekarza bez specjalizacji w dziedzinie psychiatrii w okresie, kiedy przepisy nie uwzględniały takiej możliwości oraz z naruszeniem wymogów określonych w umowie o powierzeniu przetwarzania danych osobowych. Tym samym, w ww. zakresie Dyrektor nie zapewniła przestrzegania prawa mieszkańców do ochrony zdrowia. Dyrektor co roku organizowała zewnętrzne i wewnętrzne szkolenia pracowników Zespołu T-O, nie zapewniła jednak ich cykliczności dla 14 z 20 pracowników, których akta objęto analizą.

W Domu nieprawidłowo opracowano Indywidualne Plany Wsparcia (dalej: IPW). Nierzetelnie dokumentowano czynności pielęgnacyjne, a ujawnione w trakcie oględzin dwie kabiny prysznicowe bez zasłonek stwarzały ryzyko niezachowania prawa mieszkańców do intymności i godności. Tryb postępowania z odleżynami był natomiast prawidłowy, choć odmienny od uregulowanego w wewnętrznej procedurze. W DPS przestrzegano prawa mieszkańców do niezakłóconego korzystania ze swojego mienia, a proponowane terapie dostosowywano do ich psychicznej sprawności. Zapewniono wolność komunikowania się, wyrażania swoich poglądów, zrzeszania się. Osobom posiadającym pełną zdolność do czynności prawnych zapewniono także możliwość wzięcia udziału w wyborach.

Na pierwszy dzień okresu objętego kontrolą, na koncie depozytowym DPS figurowały środki pozostałe po zmarłych mieszkańcach w wysokości 74 tys. zł, których nie wypłacono osobom uprawnionym ani nie przekazano na rzecz Skarbu Państwa z uwagi na niepodjęcie uprzednio sformalizowanych działań. Nie dokonywano też obligatoryjnej corocznej kontroli postępowania z depozytami. Dyrektor w ramach systemu kontroli zarządczej przyjęła nierzetelne wskaźniki monitorowania stopnia osiągnięcia sformułowanych celów w obszarze wsparcia mieszkańców DPS, a sposób określenia wartości oczekiwanych również nie pozwalał na ocenę realizacji zaplanowanych działań. Skala stwierdzonych nieprawidłowości wskazuje, że Dyrektor nie zapewniła wystarczających mechanizmów kontroli zarządczej w celu weryfikowania zapewnienia przestrzegania praw mieszkańców.

Mieszkańcy mieli możliwość samodzielnego opuszczania DPS, a także korzystania ze zróżnicowanych form terapii dostosowanych do ich zindywidualizowanych potrzeb. W Domu zapewniono wszystkie wymagane pomieszczenia, z wyjątkiem palarni, którą zorganizowano w trakcie kontroli NIK. W całym kontrolowanym okresie podejmowano regularne działania, które w przyszłości pozwolą na wypłatę lub likwidację niepodjętych depozytów po zmarłych mieszkańcach. Najistotniejsze nieprawidłowości, które bezpośrednio odnosiły się do wolności osobistej, bezpieczeństwa, ochrony zdrowia, intymności i godności mieszkańców zostały usunięte w trakcie kontroli NIK lub Dyrektor podjęła działania, które pozwolą na ich wyeliminowanie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. DPS jest powiatową jednostką budżetową dla 151 dorosłych osób przewlekle psychicznie chorych. Organizację Domu określono w statucie⁹ i regulaminie organizacyjnym¹⁰. Dom nie świadczył usług krótkoterminowego wsparcia.

(akta kontroli str. 38- 80)

W DPS obowiązywały w szczególności regulaminy i procedury: pracy z nowo przybyłym mieszkańcem, odwiedzin, korzystania z pokoju gościnnego, postępowania w przypadku samowolnego oddalenia się mieszkańca, higieny osobistej mieszkańców, korzystania z fizjoterapii, zapewnienia opieki medycznej, żywienia, postępowania wobec mieszkańców uzależnionych od nikotyny oraz z osobami nadużywającymi alkoholu, postępowania z rzeczami osobistymi po zmarłym mieszkańcu, postępowania w przypadku umierania i zgonu mieszkańca, organizacji pogrzebu, przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków mieszkańców.

(akta kontroli str. 387, 388-389, 393, 395, 396, 397, 421-422)

W latach 2021-2023 (na 31 grudnia) Dom zamieszkiwało odpowiednio 153, 152 i 151 mieszkańców. W 2021 i 2022 r. przekroczono liczbę miejsc określoną w zezwoleniu Wojewody¹¹, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 81-83)

W 2023 r. spośród 38 ubezwłasnowolnionych całkowicie mieszkańców, dla 18 opiekunami prawnymi byli członkowie rodziny, dla dziewięciu – osoby niespokrewnione, a dla 11 – pracownicy DPS. Spośród 11 ubezwłasnowolnionych częściowo mieszkańców, dla sześciu opiekunami byli członkowie rodziny, dla trzech – osoby niespokrewnione, dla dwóch – pracownicy DPS. Liczba ubezwłasnowolnionych mieszkańców zmniejszała się w okresie objętym kontrolą. W 2022 r. było to 43 mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie i 11 częściowo. W 2021 r. – odpowiednio 46 i 13.

(akta kontroli str. 82-83)

W latach 2021-2023 zmarło 37 mieszkańców DPS, tj. odpowiednio 12, 13 i 12, z tego: sześciu, dziewięciu i dziewięciu w Domu, a pozostali w szpitalu. Największa liczba zmarłych mieszkańców mieściła się w przedziale wiekowym od 66 do 75 lat (18 osób) oraz 56-65 lat (10 osób). Ponadto pięcioro zmarłych było w wieku od 76 do 85 lat, trzech powyżej 85 roku życia i jeden mieszkaniak w wieku 26-35 lat. Najwięcej osób zmarłych (17) przebywało w DPS powyżej pięciu lat. Duża liczba zgonów mieszkańców (13) wystąpiła także w ciągu pierwszych 12 miesięcy pobytu. W przypadku czworga zmarłych, czas ich pobytu w Domu wynosił od trzech do pięciu lat, a dla trojga od roku do dwóch lat.

(akta kontroli str. 82-83)

⁸ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁹ Załącznik do Uchwały XXXII/195/2016 Rady Powiatu Ostrowieckiego z 5 października 2016 r.

¹⁰ Załącznik do uchwały nr 263/2022 Zarządu Powiatu Ostrowieckiego z 20 grudnia 2022 r. Obecny regulamin zastąpił uprzednio obowiązujący regulamin uchwalony w dniu 8 stycznia 2021 r.

¹¹ Decyzja PS.II.9423.13.2014 z 24 lipca 2014 r. wydana na czas nieokreślony na 151 miejsc.

2. W Domu obowiązywał Regulamin Samorządu Mieszkańców DPS¹² (dalej: Regulamin Mieszkańców), który określał m.in. zasady reprezentowania interesów mieszkańców wobec Dyrektora, zgłaszania wniosków dotyczących spraw mieszkańców oraz oddziaływania na tych, którzy w sposób rażąco naruszają zasady współżycia, prawa i godność osobistą innych mieszkańców i personelu. W § 6 wskazano, że mieszkańcy mają *prawo do przebywania poza Domem po uprzednim zawiadomieniu personelu, w szczególnych wypadkach po uzyskaniu zgody Dyrektora lub lekarza*. Dyrektor wyjaśniła, że chodzi o sytuację, w której: *zachowanie mieszkańca wskazuje na pogorszenie się jego stanu zdrowia psychicznego, a na terenie Domu w danym momencie brak jest lekarza, który mógłby zweryfikować stan zdrowia mieszkańca stosownym zaświadczeniem lekarskim. Przyczyną wprowadzenia takiego zapisu (...) były obawy przed negatywnymi konsekwencjami, które mogą powstać dla mieszkańców biorąc pod uwagę ich choroby i zaburzenia*.

(akta kontroli str.15, 123-128, 379-385)

Za nieprzestrzeganie zapisów Regulaminu Mieszkańców przewidziano kary: obciążenie kosztami zniszczonego sprzętu i wyposażenia, dodatkowego prania, malowania, naprawy lub odkupienia mebli i sprzętu, które zostały celowo zniszczone, udzielenie upomnienia przez Dyrektora lub Radę Mieszkańców, karne przeniesienie do innego pokoju. W przypadku samowolnego opuszczenia Domu, mieszkaniiec ponosił koszty transportu do placówki.

(akta kontroli str. 123-128)

W okresie objętym kontrolą Dyrektor wprowadził następujące prewencyjne zasady funkcjonowania Domu związku z epidemią COVID-19:

- *Zalecenia krajowego konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych z dnia 10.04.2020 r., które obowiązywały do 28 grudnia 2021 r.*¹³;
- procedurę wyjść mieszkańców obowiązującą od 11 kwietnia 2021 r. do 19 kwietnia 2022 r. Mieszkaniiec zobowiązany był w przestrzeni publicznej do zakładania maseczki ochronnej i zachowania odpowiedniej odległości. Mieszkańcy mogli uczestniczyć w dodatkowych zajęciach poza Domem. Prowadzony był rejestr wyjść w celu weryfikowania czasu spędzonego poza terenem DPS. W sytuacji wystąpienia podwyższonej temperatury ciała i niepokojących objawów, obowiązywał bezwzględny zakaz opuszczania budynku. Procedura była zbieżna z przekazanymi w maju 2021 r. rekomendacjami Ministra Rodziny i Polityki Społecznej, Ministra Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego, w których w związku z realizacją Narodowego Programu Szczepień, zalecano stopniowe rozszerzanie zakresu aktywności mieszkańców poza terenem placówki;
- procedurę postępowania w przypadku powrotu mieszkańca z urlopu, obowiązującą od 11 kwietnia 2021 r. do 19 kwietnia 2022 r., zgodnie z którą mieszkańca umieszczano w wydzielonym pomieszczeniu na siedem dni, monitorując stan zdrowia. W siódmej dobie wykonywano test przeciw wirusowi SARS-COV-2, a w przypadku wyniku ujemnego przenoszono go do pokoju;
- procedurę postępowania w związku z zagrożeniem rozprzestrzeniania się wirusa SARS-COV-2 z 10 sierpnia 2021 r., w której stosownie do podwyższonego lub obniżonego ryzyka zakażenia uregulowano zasady dostawy leków, żywienia

¹² Wprowadzony Zarządzeniem nr 50/2023 z 15 maja 2023 r. Poprzednio obowiązywał regulamin wprowadzony Zarządzeniem nr 9/2021 z 14 kwietnia 2021 r.

¹³ Wprowadzone zarządzeniem Dyrektora nr 13/2020, uchylone zarządzeniem nr 32/2021. Na ich podstawie mieszkańcy byli dwukrotnie poddawani pomiarom temperatury ciała i liczby oddechów na minutę oraz wskazywano zasady postępowania w przypadku stwierdzenia podwyższonej temperatury ciała.

mieszkańców, wywozu odpadów, wywozu bielizny do prania, przyjmowania poczty, dostawy artykułów żywnościowych i przemysłowych.

(akta kontroli str. 417-422, 428-430)

W DPS obowiązywała instrukcja w sprawie trybu postępowania z depozytami wartościowymi i pieniężnymi mieszkańców. Wskazano w niej m.in. zasady wydania depozytu wartościowego oraz wypłaty środków z kont depozytowych, określono tryb postępowania z przedmiotami wartościowymi i pieniężnymi po śmierci mieszkańca. Mieszkaniec, który nie był ubezwłasnowolniony całkowicie lub częściowo mógł pobrać dowolnie wysoką kwotę z depozytu, każdorazowo kwitując jej odbiór podpisem w obecności świadka. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie, depozytem gotówkowym dysponował ustanowiony przez sąd opiekun prawny. W przypadku złożenia wniosku o wypłatę znacznej kwoty pieniężnej z depozytu, opiekun prawny zobowiązany był do przedstawienia zgody sądu.

Zdaniem NIK, zapis dotyczący *znacznej kwoty pieniężnej* jest nieprecyzyjny, co utrudnia ocenę czy przy wypłacie środków przestrzegano wymogów ww. procedury.

Dyrektor wyjaśniła: *Przez pojęcie znacznej kwoty pieniężnej (...) uważa się wypłaty przekraczające w okresach miesięcznych kwoty równe przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw (...). Dyrektor Domu kontroluje przestrzeganie instrukcji (...) poprzez zatwierdzenie wypłaty środków z depozytu.*

(akta kontroli str. 23, 988-1001)

Obowiązująca w DPS procedura postępowania w przypadkach umierania i zgonu mieszkańca¹⁴ regulowała m.in. sposób postępowania ze zwłokami oraz pozostałymi po zmarłym mieszkańcu rzeczami i środkami pieniężnymi. W punkcie szóstym procedury wskazano, że po stwierdzeniu zgonu mieszkańca, do czasu przyjazdu lekarza zwłoki, które znajdują się w pokoju wieloosobowym zostają odizolowane parawanem przez okres dwóch godzin.

Dyrektor wyjaśniła: *W zaistniałej sytuacji współmieszkańcy zmarłej osoby przebywają w pomieszczeniach ogólnodostępnych, tj. biblioteki, pomieszczeniach terapii lub świetlicy. W porach nocnych osoby mieszkające w pokoju wieloosobowym mają możliwość przebywania w dyżurce pielęgniarskiej lub w pokoju socjalnym.*

Zdaniem NIK, wskazany sposób postępowania narażał współmieszkańców zmarłego na stres lub inne traumatyczne przeżycia związane z widokiem zwłok i koniecznością pobytu w tym samym pokoju. Z drugiej strony, w sytuacji gdy współmieszkaniec nie chciał przebywać w tym samym pomieszczeniu, w którym znajdowało się ciało zmarłego współlokatora, taki tryb ograniczał prawo do przebywania we własnym pokoju. W trakcie kontroli Dyrektor wygospodarowała pomieszczenie *Pro Morte*.

(akta kontroli str. 16, 472-473)

W procedurze dotyczącej higieny osobistej mieszkańców¹⁵ występowała rozbieżność dotycząca częstotliwości kąpieli. W punkcie 3 lit. c wskazano, że *higiena osobista obejmuje kąpiel w zależności od potrzeby, nie rzadziej niż raz w tygodniu*, a w punkcie 5 określono, że *mieszkaniec ma możliwość kąpieli w wannie lub pod prysznicem w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu*. Dyrektor jako przyczynę wskazała błąd pisarski, podając: *wpisano nie rzadziej niż dwa razy, a winno być nie rzadziej niż raz*. Procedurę zaktualizowano¹⁶ w trakcie kontroli NIK.

¹⁴ wprowadzona Zarządzeniem nr 39/2023 z 9 maja 2023 r.

¹⁵ Wprowadzona zarządzeniem nr 19/2023 z 25 kwietnia 2023 r., uchylającym procedurę wprowadzoną zarządzeniem nr 18/2016 z 3 sierpnia 2016 r.

¹⁶ Wprowadzona zarządzeniem nr 9/2024 z 5 kwietnia 2024 r.

Zdaniem NIK określona w procedurze częstotliwość kąpieli mieszkańców jest niewystarczająca. Przykładowo, mieszkaniec S.W. był poddany kąpieli w dniu 5 stycznia, a następnie 14 stycznia 2024 r., co oznacza, że postępowano zgodnie z procedurą, jednak czas między kąpielami wynosił dziewięć dni.

(akta kontroli str. 24, 386-387, 393-395, 746-747)

Zgodnie z postanowieniami ww. procedury, mieszkańcom niesprawnym przy wykonywaniu toalety pomagał personel z zachowaniem intymności, prywatności i poczucia bezpieczeństwa. Kierownik Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego (dalej: Kierownik O-T) wyjaśniła, że *na czas wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych (...), przestrzeń mieszkańca oddzielona jest parawanem (...). Opiekun, dba aby podczas toalety przyłóżkowej (...) okna i drzwi były zamknięte (...).*

(akta kontroli str. 33-34)

W DPS obowiązywała procedura dotycząca prowadzenia *Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS*¹⁷. Za prowadzenie rejestru odpowiedzialne były Kierownik O-T i starsza pielęgniarka koordynująca. Dyrektor wyjaśniła, że dla zapewnienia ochrony poufności osoby dokonującej zgłoszenia, dostęp do rejestru jest możliwy wyłącznie dla osób posiadających pisemne upoważnienie Dyrektora, a zgłoszenia i rejestr przechowywane są w zamkniętym na klucz kontenerze, do którego dostęp ma upoważniony pracownik.

(akta kontroli str.388-392, 871)

Pozostałe procedury były zgodne z obowiązującymi przepisami i nie zawierały zapisów naruszających prawa mieszkańców Domu.

3. Dyrektor DPS w okresie objętym kontrolą¹⁸ nie zapewniła osiągnięcia wymaganego wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu T-O w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na jednego mieszkańca, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 567-587, 593-599, 81-83)

Dom spełniał warunki efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających, określone w § 6 ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie DPS, tj. zatrudniał w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców, zapewnił kontakt z psychologiem i psychiatrą. Zgodnie z corocznie zawieranymi umowami o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze Świętokrzyskim Centrum Zdrowia Psychicznego reprezentowanym przez P.W., psychiatryczna pomoc lekarska miała być udzielana mieszkańcom w formie wizyt w siedzibie DPS minimum jeden raz w tygodniu - co najmniej przez 2 godziny - oraz w razie potrzeby na wezwanie telefoniczne.

(akta kontroli str.131-147)

W latach 2021- 2024 (do czasu rozwiązania umowy) Dyrektor w sposób nierzetelny sprawowała nadzór nad realizacją ww. umów. W szczególności nie monitorowała rzeczywistego czasu świadczenia konsultacji psychiatrycznych dla mieszkańców. Z ustaleń kontroli wynika, że lekarz psychiatra udzielał ich w mniejszym wymiarze niż przewidziane w umowie minimum dwie godziny w tygodniu. Ponadto dopuściła do świadczenia usług psychiatrycznych na rzecz mieszkańców lekarza bez specjalizacji w dziedzinie psychiatrii i nie egzekwowała wymogów umowy o powierzenie przetwarzania danych osobowych podwykonawcy, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W trakcie kontroli NIK umowa ze Świętokrzyskim Centrum Zdrowia Psychicznego została rozwiązana. Od 4 kwietnia 2024 r. pomoc

¹⁷ Wprowadzona zarządzeniem nr 65/2023 z 21 grudnia 2023 r. dalej: Rejestr zdarzeń nadzwyczajnych.

¹⁸ Wskaźniki obliczono na dzień 31 grudnia 2021, 2022, 2023 r. i na 22 lutego 2024 r.

psychiatryczną na rzecz mieszkańców w siedzibie DPS oraz w formie telefonicznej, mailowej i teleporady świadczył lekarz psychiatra K. L.¹⁹

(akta kontroli str. 29-31, 166-184, 489)

Wsparcie psychologiczne dla mieszkańców DPS było udzielane przez psychologa na podstawie zawieranej corocznie umowy zlecenia i obejmowało do 40 godzin miesięcznie, dwa razy w tygodniu po pięć godzin dziennie. Psycholog udzielała indywidualnych porad psychologicznych, przygotowała wstępne diagnozy nowoprzyjętych, opinie dotyczące funkcjonowania psychospołecznego mieszkańców²⁰, a w 2022 r. przeprowadziła również jedno spotkanie grupowe.

(akta kontroli str. 185-253)

W DPS zatrudnionych było:

- na 31 grudnia 2021 r. 83 osoby²¹: trzech pracowników socjalnych, 14 pielęgniarek, 20 opiekunów, rehabilitant, sześciu terapeutów, 10 pracowników administracji, 28 pracowników gospodarczych i obsługi oraz kierownik jednostki;
- na 31 grudnia 2022 r. 83 osoby: trzech pracowników socjalnych, 14 pielęgniarek, 17 opiekunów, dwóch rehabilitantów, sześciu terapeutów, dziewięciu pracowników administracji, 31 pracowników gospodarczych i obsługi, kierownik jednostki;
- na 31 grudnia 2023 r. 83 osoby: trzech pracowników socjalnych, 13 pielęgniarek, 18 opiekunów, dwóch rehabilitantów, pięciu terapeutów, dziewięciu pracowników administracji, 31 pracowników gospodarczych i obsługi oraz kierownik jednostki.

W DPS powołany został Zespół T-O, który pracował podczas posiedzeń w składzie dostosowywanym do bieżących potrzeb.

(akta kontroli str. 254, 310-313)

W latach 2021-2024 (do 29 lutego) w DPS staże odbywały osoby: jedna na stanowisku dietetyka (w 2021 r.), dwie na stanowisku pomoc administracyjna (w 2021 r. i w 2023 r.), jedna na stanowisku pomoc instruktora terapii zajęciowej (w 2021 r.)²². Ponadto 15 osób odbywało staż na stanowisku opiekuna²³ (pięć w 2021 r., cztery w 2022 r., pięć w 2023 r. i jedna w 2024 r.), trzy na stanowisku pokojowej²⁴ (w 2022 r.), po jednej²⁵ na stanowisku pomoc kuchenna (w 2022 r.), portier (w 2023 r.) i robotnik gospodarczy (w 2024 r.). W ww. okresie w DPS 19 osób odbywało praktyki: sześciu studentów kierunku *Dietetyka*, czterech - kierunku *Praca socjalna*, jeden student kierunku *Fizjoterapia*, dwóch - kierunku *Pielęgniarstwo*, jeden kierunku *Pedagogika*. Nie korzystano z usług wolontariuszy ani osób odbywających służbę zastępczą.

Na podstawie umów cywilnoprawnych zapewniano ponadto obsługę prawną, księgową, usługi BHP, ochrony danych oraz monitorowanie kontroli zarządczej.

(akta kontroli str. 266-278)

4. DPS spełniał warunki określone w § 6 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DPS, tj. budynek i otoczenie nie miało barier architektonicznych, wyposażony był w sprawny system przyzywowo-alarmowy i przeciwpożarowy oraz windę. Nie wszyscy mieszkańcy mieli możliwość skorzystania z systemu przyzywowo-alarmowego, gdyż wszystkie piloty przyzywowe przypisane do pokoi na I piętrze (22 sztuki) oraz 13 pilotów przyzywowych z II i III piętra przechowywano w dyżurkach pielęgniarek, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

¹⁹ Na podstawie umowy nr 3/2024 z dnia 4 kwietnia 2024 r.

²⁰ Wg prowadzonych statystyk: w 2022 r. 343 porady indywidualne dla 69 mieszkańców, 16 diagnoz, trzy opinie i jedna terapia grupowa. W 2023 r. było to 306 indywidualnych porad dla 56 mieszkańców, 12 diagnoz i pięć opinii.

²¹ Zatrudnione w pełnym wymiarze czasu pracy w całym objętym kontrolą okresie.

²² Wszystkie ww. osoby miały wykształcenie średnie.

²³ Wykształcenie średnie lub zawodowe.

²⁴ Wykształcenie podstawowe.

²⁵ Wszystkie trzy – z wykształceniem podstawowym.

(akta kontroli str. 279-294)

W budynku DPS znajdowały się pomieszczenia²⁶ wskazane w § 6 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie DPS poza pomieszczeniem palarni. Miejsce wyznaczone do palenia wyrobów tytoniowych stanowiła klatka schodowa, która nie spełniała wymogów przewidzianych w art. 2 pkt 15 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych²⁷. Szerzej na ten temat w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Dom dysponował 66 pokojami spełniającymi wymogi dotyczące powierzchni przypadającej na mieszkańca.

(akta kontroli str. 279-294, 306-309)

DPS spełniał warunki w zakresie wymogów sanitarnych określonych w § 6 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS. Część łazienek wyposażona była w wanny zamiast pryszniców²⁸. W dwóch łazienkach ogólnodostępnych na II piętrze znajdowały się kabiny prysznicowe pozbawione zasłon prysznicowych. Według wyjaśnień starszej pielęgniarki koordynującej, z kabin tych korzystano w przypadku kąpieli tęższych mieszkańców, a zasłonę zdjęto ze względów praktycznych (utrudniała kąpiel). Ponadto kąpiel odbywała się z opiekunem, który dla zapewnienia intymności czuwał, by inni mieszkańcy nie korzystali wówczas z sąsiednich kabinek prysznicowych. W trakcie kontroli NIK, zasłony w obu łazienkach zostały ponownie założone.

(akta kontroli str. 279-294, 297-302)

Mieszkańcom zapewniono trzy posiłki dziennie. Jadłospisy zamieszczono na tablicy ogłoszeń w pomieszczeniu stołówki i na tablicy informacyjnej obok głównego wejścia do budynku. Jadłospis obejmował okres sześciu dni, rozróżniał dietę podstawową i lekkostrawną. Według wyjaśnień Dyrektora, mieszkańcy mogli otrzymać dodatkowy posiłek (dokładkę zupy), nie było możliwości wyboru zestawu posiłków.

Dyrektor wyjaśniła: *nie przewidziano wyboru zestawu posiłków, ponieważ w przeszłości podejmowane były takie próby, które nie sprawdziły się. (...) w naszej placówce dostępny jest dietetyk w dni robocze w godzinach od 7:00- 15:00, gdzie pozostaje w pełnej dyspozycji dla mieszkańców. Mieszkańcy zgłaszają swoje preferencje (...) oraz ewentualne zastrzeżenia co do jadłospisu. Dietetyk na bieżąco weryfikuje zmiany zgodnie z zasadami Instytutu Żywności i Żywienia, bierze czynny udział w spotkaniach z mieszkańcami, zebraniach z Radą Mieszkańców, a także uczestniczy w codziennym wydawaniu posiłków (...).*

(akta kontroli str. 15)

Czas wydawania posiłków wynosił dwie godziny. Wywieszone na tablicy ogłoszeń w stołówce oraz na I i III piętrze informacje o godzinach ich wydawania były niezgodne z godzinami wskazanymi w obowiązującej procedurze żywienia²⁹. Dyrektor jako przyczynę wskazała niezaktualizowanie informacji przez odpowiedzialnego za tę czynność pracownika. Informację zaktualizowano w trakcie kontroli NIK.

Podstawowe produkty żywnościowe oraz napoje były dostępne dla mieszkańców całodobowo w pokojach socjalnych wyposażonych w lodówki.

(akta kontroli str. 15, 17, 279-294, 297-302)

²⁶ Pokoje mieszkalne, dziennego pobytu, jadalnia, gabinet medycznej pomocy doraźnej, pomieszczenia do terapii i rehabilitacji, kuchenka pomocnicza, pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia, pokój gościnny, miejsce kultu religijnego

²⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 700, ze zm.

²⁸ Było to zgodne z § 3 rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 stycznia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej, który stanowi, że przepisów § 6 ust. 1 pkt 4 lit. c i d rozporządzenia zmienianego w § 1 w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, nie stosuje się do domu pomocy społecznej położonego w budynku albo budynkach, w których w dniu 1 lipca 2018 r. był prowadzony dom pomocy społecznej.

²⁹ Wprowadzona zarządzeniem Dyrektora DPS nr 47/2023 z 15 maja 2023 r., w której wskazano następujące godziny wydawania posiłków - śniadanie: 08:00-10:00, obiad: 13:00-15:00, kolacja: 18:00-20:00.

W DPS nie prowadzono grafików sprzątanania ani dokumentacji potwierdzającej wymianę pościeli i ręczników. W konsekwencji nie było możliwe zweryfikowanie, czy Dom wywiązuje się z określonej w § 6 ust. 1 pkt 8 lit. b i c rozporządzenia w sprawie DPS częstotliwości ich wymiany. Dyrektor wyjaśniła: *wymiana odbywa się zgodnie z (...) procedurą*. Dodała, że weryfikacja wywiązywania się z tych obowiązków odbywa się *raz w tygodniu poprzez wizyty kontrolne prowadzone przez starszą pielęgniarkę koordynatora przy udziale kierownika działu*.

(akta kontroli str. 15, 295)

Na tablicy informacyjnej na parterze budynku zamieszczono m.in.: informacje o typie domu, podmiocie prowadzącym, numerze w rejestrze, harmonogramie zajęć terapeutycznych, procedurę dotyczącą odwiedzin i Regulamin Samorządu Mieszkańców w DPS. W gablocie znajdował się jadłospis oraz spis najważniejszych telefonów³⁰.

Mieszkańcom zapewniono możliwość kontaktu z kapłanem i udziału w praktykach religijnych. W budynku znajdował się gabinet fizjoterapii, wyposażony w urządzenia wielofunkcyjne i przyrządy do ćwiczeń³¹. Poszczególne stanowiska zlokalizowano w odrębnych boksach zapewniając poczucie intymności. W Domu funkcjonowały m.in. następujące formy terapii: krawiectwo, filmoterapia, zabawoterapia, biblioterapia, zajęcia komputerowe, teatroterapia, plastykoterapia, sztuka użytkowa i zdobnictwo, socjoterapia, terapia ruchem, zajęcia z psychologiem.

(akta kontroli str. 279-294, 955-958)

W DPS jeden z pokoi mieszkalnych wyposażony był w kraty okienne oraz rolety antywłamaniowe, w drzwiach znajdował się otwór (wizjer) i dwie kamery monitoringu wizyjnego. Pokój był zamieszkały przez jedną osobę. Umieszczenie mieszkanek w pomieszczeniu z możliwością monitorowania naruszało jej prawo do intymności, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 7-10, 297-302)

5. W okresie objętym kontrolą w DPS odbyły się dwa szkolenia zewnętrzne dla członków Zespołu T-O w zakresie praw mieszkańców, kierunków prowadzonej terapii, metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej i alternatywnej³². W DPS odbywały się też szkolenia wewnętrzne dla pielęgniarek, pokojowych, opiekunów, pracowników pierwszego kontaktu³³, instruktorów³⁴.

W Domu nie zachowano cykliczności, co najmniej raz na dwa lata, obowiązkowych szkoleń dla pracowników ww. Zespołu. W badanej próbie 20 spraw losowo wybranych pracowników Zespołu T-O, szkolenia z wymaganą częstotliwością odbyło sześciu z nich. W przypadku pozostałych 12 pracowników nie spełniono tego wymogu, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 314-330)

W DPS w dniach 16 i 22 kwietnia 2024 r. odbyło się szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, zgodnie z wymogami § 6 ust. 2 pkt 4a rozporządzenia w sprawie DPS.

³⁰ Do Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjentów, MOPS, Prokuratury w Ostrowcu Świętokrzyskim, Sądu Okręgowego w Kielcach oraz wykaz numerów alarmowych.

³¹ M.in. do elektroterapii, laseroterapii, ultradźwięków, krioterapii, magnetronik, lampy do naświetleń, maty masujące, bieżnia, dwa orbitreki, stół do masażu.

³² W dniu 9 września 2021 r. *Agresja a kontakt z osobami pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych* oraz 26 maja 2022 r. *Prawa mieszkańca, kierunki prowadzonej terapii, a także metody pracy z mieszkańcem oraz elementy komunikacji alternatywnej i wspomagającej*.

³³ Dalej: pracowników PK.

³⁴ Dotyczyły m.in. poszanowania godności i praw mieszkańca DPS, motywowania mieszkańców do terapii, rozwijania techniki skutecznej komunikacji werbalnej i niewerbalnej między personelem a mieszkańcem, motywowania mieszkańców do aktywności.

(akta kontroli str. 331, 894)

6. W ramach funkcjonującego w DPS systemu kontroli zarządczej³⁵, Dyrektor na każdy rok sformułowała cele i zadania³⁶ oraz mierniki. Dyrektor dokonywała analizy i oceny działalności Domu w obszarze wsparcia udzielanego mieszkańcom oraz przestrzegania ich praw. Ze względu na sposób konstrukcji mierników nie było możliwe określenie stopnia realizacji tych celów ani ocena prawidłowości udzielanego wsparcia. Szerzej na ten temat w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Raz w roku dokonywano identyfikacji ryzyk, które poddawano analizie i odnotowywano w rejestrze. Ryzyka podlegały analizie pod kątem ich przyczyn, skutków i istotności, określano istniejące i proponowane mechanizmy kontrolne, wskazywano osoby odpowiedzialne za ich wdrożenie. Dyrektor w terminie do 31 stycznia następnego roku składała raport z monitoringu ryzyka za rok poprzedni. Raz w roku przeprowadzano też samoocenę systemu kontroli zarządczej, a na podstawie raportu z samooceny sporządzano informację o stanie kontroli zarządczej w DPS.

(akta kontroli, str. 490-515)

W DPS, zgodnie z postanowieniami zarządzenia nr 33/2013 w sprawie wprowadzenia Regulaminu Kontroli Wewnętrznej³⁷ zatwierdzono do realizacji roczne plany kontroli. W obszarze wsparcia udzielanego mieszkańcom w latach 2021-2024 zrealizowano ich sześć, żadna nie wykazała nieprawidłowości.

(akta kontroli, str. 338-339, 341-349, 517-526)

W latach 2021-2023 w rejestrze skarg i wniosków odnotowano jedną ustną skargę z 5 października 2021 r. na opiekunkę, która weszła do pokoju mieszkańca w celu wykonania czynności porządkowych i higienicznych. Z notatki starszej pielęgniarki koordynującej wynika, że sprawę wyjaśniono w rozmowie z mieszkańcem i opiekunką. Brak było dokumentacji pozwalającej na weryfikację zasadności skargi i podjętych działań.

W dniu 25 kwietnia 2022 r. do DPS wpłynął wniosek o przekazanie dokumentacji dotyczącej leczenia mieszkanki D.M. oraz udzielenie odpowiedzi na zawarte w piśmie pytania. Dyrektor poinformowała wnioskodawcę, że DPS nie prowadzi dla mieszkańców dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta³⁸ i nie jest dysponentem informacji, o których udzielenie zwrócił się wnioskodawca.

W dniu 29 czerwca 2023 r. wpłynęło do DPS pismo syna mieszkanki dotyczące m.in. utrudniania odwiedzin, niezapewnienia właściwego wyżywienia i pomocy w podstawowych czynnościach życiowych. Dyrektor odebrała wyjaśnienia dotyczące

³⁵ Określonego zarządzeniem nr 16/2019 z dnia 02.08.2019 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu kontroli zarządczej w DPS, na który składały się samokontrola, kontrola funkcjonalna oraz instytucjonalna, przeprowadzana przez zespoły kontrolne na podstawie zarządzeń Starosty Ostrowieckiego, Dyrektora PCPR lub odrębnymi uchwałami zarządu powiatu.

³⁶ Celem określonym w planie działalności na 2021, 2023 i 2024 r. w objętym kontrolą obszarze było zapewnienie mieszkańcom odpowiednich warunków dla zaspokojenia ich podstawowych potrzeb bytowych, opiekuńczych i wspomagających. Wskazano, że odbywać się to będzie poprzez udzielanie pomocy w załatwianiu spraw osobistych (w 2021 r.) oraz udzielanie pomocy i wsparcia w podstawowych czynnościach życiowych (w 2023 i 2024 r.). Celem na 2022, 2023 i 2024 było dostosowanie działań opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych do potrzeb mieszkańców, przez realizację zadań wyznaczonych do wykonania przez pracowników pierwszego kontaktu, opiekuńki, pielęgniarki, pracowników socjalnych. podnoszenie kwalifikacji pracowników oraz poprawę przepływu informacji. Ponadto na 2021 r. zaplanowano także podnoszenie kwalifikacji pracowników poprzez udział w szkoleniach, na 2022 – pomoc w zaspokajaniu niezbędnych codziennych potrzeb życiowych poprzez prowadzenie zajęć rehabilitacji profilaktycznej, na 2022 i 2023 – przeciwdziałanie izolacji społecznej dzięki zajęciom terapeutycznym i wspomagającym oraz na 2023 r. – podnoszenie sprawności fizycznej i psychicznej mieszkańców poprzez zajęcia rehabilitacji profilaktycznej.

³⁷ Z dnia 18 listopada 2013 r.

³⁸ Dz. U. 2024 r. poz. 581.

podnoszonych kwestii od Kierownika O-T, głównej księgowej, która zastępowała Dyrektora w czasie jej nieobecności (od 5 do 19 czerwca 2023 r.), oraz starszej pielęgniarki koordynującej. Analizie poddano częstotliwość kontaktów z rodziną mieszkanki. Dyrektor w odpowiedzi wskazała, że zarzuty nie zostały potwierdzone. Analiza wpisów w książkach raportów pielęgniarskich potwierdziła, że skargę rozpatrzono prawidłowo.

(akta kontroli str. 350-362)

W okresie objętym kontrolą DPS był kontrolowany w zakresie przestrzegania praw mieszkańców przez sędziego Sądu Rejonowego w Ostrowcu Świętokrzyskim (w 2021 r., 2022 r. i 2023 r.), pracowników Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim³⁹ (w 2022 r.). Ww. kontrole nie wykazały istotnych nieprawidłowości w obszarze praw mieszkańców. Jedynie w wyniku kontroli PCPR zalecono: dokonywać chronologicznych wpisów w IPW i opatrywać je datą oraz podpisem, przeanalizować możliwość zmiany metalowych łańcuchów z kłódkami na inne rozwiązania umożliwiające bezpieczne przechowywanie rzeczy osobistych, rozważyć możliwość zwiększenia liczby osób sprawujących opiekę w godzinach nocnych nad mieszkańcami III piętra.

W 2023 r. odbyła się kontrola Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w zakresie przestrzegania przepisów przeciwpożarowych. Potwierdziła, że obiekt jest wyposażony w sprawny system sygnalizacji pożarowej, który informację o pożarze przekazuje do właściwej jednostki Państwowej Straży Pożarnej.

DPS był też corocznie kontrolowany przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Ostrowcu Świętokrzyskim w zakresie stanu techniczno-sanitarnego, a w latach 2021-2023 pobierano do badania próbki wody na obecność bakterii *Legionella* sp. (dwukrotnie stwierdzono ich obecność i wydano zalecenia). W zakresie żywienia sformułowano uwagi dotyczące uwzględniania porcji surowych warzyw i owoców. Wszystkie wydane zalecenia pokontrolne zostały zrealizowane.

(akta kontroli, str. 527-592)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2021-2022 (na 31 grudnia) Dyrektor dopuściła do przekroczenia liczby mieszkańców Domu, określonej w wydanym przez Wojewodę Świętokrzyskiego zezwoleniu na 151 miejsc. Na dzień 31 grudnia 2021 r., Dom zamieszkiwało 153 a na 31 grudnia 2022 r. – 152 mieszkańców.

Dyrektor wyjaśniła: *Na dzień 31 grudnia 2021 r. umieszczonych było 153 osoby, ale faktyczny stan mieszkańców obecnych w placówce wynosił 145 osób, ponieważ sześć osób przebywało w szpitalach, a dwie osoby korzystały z urlopów; na dzień 31 grudnia 2022 r. umieszczonych było 152 osoby, ale faktyczny stan mieszkańców obecnych w placówce wynosił 149 osób, ponieważ trzy osoby były hospitalizowane.*

(akta kontroli str.14, 78-122)

Wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie. NIK zwraca uwagę, że liczba mieszkańców wpływa na zapewnienie przez DPS określonego w rozporządzeniu w sprawie DPS standardu w postaci wskaźnika zatrudnienia pracowników Zespołu T-O. Wymaganego poziomu ww. wskaźnika DPS nie osiągnął nawet przy założeniu braku przekroczeń liczby mieszkańców.

2. W latach 2021-2024 r. (na 31 grudnia w latach 2021-2023 i na 22 lutego 2024 r.) Dyrektor DPS nie zapewniła osiągnięcia wskaźnika zatrudnienia pracowników Zespołu T-O w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na jednego mieszkańca,

³⁹ Dalej: PCPR.

przez co naruszyła § 6 ust. 2 pkt 3 lit. c rozporządzenia w sprawie DPS i prawo mieszkańców do bezpieczeństwa osobistego.

Zgodnie z tym przepisem, wskaźnik w domu przeznaczonym dla osób przewlekle psychicznie chorych, powinien wynosić nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca.

Z ustaleń kontroli wynika, że do wskaźnika wliczeni zostali pełniący funkcję pracownika PK pracownicy działu administracyjno-gospodarczego oraz finansowo-księgowego w pełnym wymiarze czasu pracy, pomimo że w zakresie czynności nie określono, w jakim wymiarze koordynują oni działania związane z realizacją IPW na rzecz mieszkańca. W 2022 r. do wskaźnika wliczono także osobę zatrudnioną na umowę cywilno-prawną. Nawet przyjmując założenie, że pracownicy ci poświęcali średnio 50% wymiaru czasu pracy bezpośrednio na rzecz mieszkańców, pokojowe poświęcały 100% swojego czasu na rzecz mieszkańców oraz nie dochodziło do przekroczeń dopuszczalnej liczby mieszkańców określonej w zezwoleniu Wojewody wskaźnik ten w ww. okresie wynosiłby odpowiednio: 0,47; 0,47, 0,46 i 0,45.

(akta kontroli str. 81-83, 567-587, 593-599)

Dyrektor potwierdziła, że do wskaźnika wliczono wszystkich pracowników PK, którzy zajmują się koordynowaniem IPW w pełnym wymiarze czasu pracy. Dodała: *Po analizie uznaliśmy, że nasz sposób liczenia przedmiotowego wskaźnika nie do końca przedstawia faktyczny czas na koordynowanie i realizację indywidualnych planów wsparcia. (...) Planujemy przeprowadzić wnikliwą analizę zakresu czynności Pracowników Pierwszego Kontaktu spoza działu OT, co będzie skutkowało określeniem faktycznego czasu poświęcanego przez nich na realizację IPW.*

(akta kontroli str. 870)

Starszy inspektor ds. kadr przedłożyła wyliczenie, w świetle którego na dzień 20 maja 2024 r., przyjmując założenie, że pracownicy PK spoza działu O-T na rzecz mieszkańców poświęcają 0,4 etatu, Dom osiąga wymagany poziom wskaźnika. Dyrektor dodała, że zawarła umowę w celu odbycia stażu na stanowisku pokojowa oraz poinformowała o zamiarze zatrudnienia lub przyjęcia na staż kolejnych osób (na stanowiskach opiekuna, pokojowej, pielęgniarki).

(akta kontroli str. 870, 929)

W ocenie NIK przyjęcie założenia, że pracownicy spoza działu O-T na koordynację IPW poświęcają 0,4 etatu oznacza, że by móc realizować swoje podstawowe zadania nie mogą pełnić tej funkcji dla więcej niż jednego pracownika. Z ustaleń kontroli wynika natomiast, że część z nich funkcję tą pełniła dla nawet trzech mieszkańców. Najbardziej pożądaną formą osiągnięcia wymaganego poziomu stanowi, w ocenie NIK, sukcesywne zwiększanie zatrudnienia w dziale O-T.

(akta kontroli str. 886, 895)

3. Dyrektor DPS sprawowała nierzetelnie nadzór nad realizacją umów o udzielanie specjalistycznych usług psychiatrycznych na rzecz mieszkańców Domu, zawieranych corocznie ze Świętokrzyskim Centrum Zdrowia Psychicznego, gdyż:

- nie monitorowała rzeczywistego czasu świadczenia usług w postaci konsultacji psychiatrycznych dla mieszkańców;
- dopuściła do świadczenia usług psychiatrycznych na rzecz mieszkańców przez lekarza bez specjalizacji w dziedzinie psychiatrii w okresie od 1 lutego do 30 czerwca 2022 r. jako pracownika, a następnie od 1 lipca 2022 r. do 31 grudnia 2023 r. jako podwykonawcę Świętokrzyskiego Centrum Zdrowia Psychicznego, naruszając przy tym § 6 ust. 2 pkt 2 lit. a rozporządzenia w sprawie DPS oraz § 6 ust. 1 i 2 umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych nr 38/2021 i 35/2022 do umów głównych o świadczenie usług psychiatrycznych.

Zgodnie z § 3 ww. umów, lekarz specjalista psychiatra miał udzielać pomocy lekarskiej w formie wizyt lekarskich w siedzibie DPS minimum jeden raz w każdym tygodniu – min. dwie godziny. Na podstawie dostępnej dokumentacji ustalono, że

w latach 2021-2024 w co najmniej 92 przypadkach czas udzielania konsultacji był krótszy niż przewidziany w umowie (często poniżej 1 godziny tygodniowo). Tym samym, w ww. zakresie Dyrektor nie zapewniła przestrzegania prawa mieszkańców do ochrony zdrowia.

(akta kontroli str.131-175, 1162, 1164, 1189-1192, 1194, 1386, 1388)

Dyrektor wskazując na następujące zapisy umowy: § 3 ust. 1: *Wykonawca zachowa gotowość do pełnienia usług oraz § 3 ust. 4 umowy: W dniu udzielania świadczeń leczniczych Zamawiający zgłosi i przygotuje mieszkańców Domu do wizyty lekarskiej* wyjaśniła: (...) jeżeli Zamawiający nie zgłosił mieszkańców do kolejnej wizyty lekarskiej w bieżącym tygodniu, ponieważ nie było takiej potrzeby, to wizyty się nie odbywały i wtedy nie doszło do udzielania wizyt lekarskich w minimalnym tygodniowo dwugodzinny czasie, z uwagi na brak osób potrzebujących skorzystać z takiej wizyty lekarskiej. Wykonawca nie odmawiał wykonania żadnych czynności wynikających z przedmiotu umowy; brak było również zastrzeżeń do wykonywanej przez niego pracy. Zamawiający w tych okresach nie korzystał z usług psychiatrycznych innych podmiotów w związku z nienależytym wykonaniem zleconej usługi. Zlecone usługi psychiatryczne zostały w każdym roku wykonane w pełni - na rzecz mieszkańców w zależności od ich potrzeb.

(akta kontroli str.871-872)

Ponadto Dyrektor wyjaśniła: *Niewątpliwie corocznie w zawieranych umowach był zapis, tj. § 3 ust. 2 cyt: „Pomoc lekarska udzielana będzie w formie wizyt lekarskich w siedzibie DPS, odbywających się minimum jeden raz w każdym tygodniu – min. 2 godziny - w siedzibie DPS-u, oraz w razie potrzeby na wezwanie telefoniczne.” Należy jednak podkreślić, iż inicjatywa czasu świadczenia pomocy lekarskiej była po stronie DPS, co oznacza, że brak wezwania Wykonawcy, w związku z brakiem takiej potrzeby zwalniał go od bezproduktywnego pobytu w siedzibie DPS, natomiast umówiona liczba osób po jej przyjęciu i zbadaniu również zwalniała z dalszego bezproduktywnego pobytu w siedzibie DPS. Zapis ten (...), był zapisem uelastyczniającym swobodę realizacji w oczekiwaniu realizacji zlecenia oraz nieadekwatnym do zapisów całej umowy, jej przedmiotu, celu oraz wykonania. Zapis ten jest nieprecyzyjny i nie mający sensu z zapisami całej umowy.*

(akta kontroli str. 874-878)

Zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 2 lit. a (w brzmieniu obowiązującym do 1 listopada 2023 r.) rozporządzenia w sprawie DPS, dom zapewnia mieszkańcom kontakt z psychiatrą i nie mógł to być lekarz w trakcie specjalizacji. Ponadto zgodnie z § 6 ust. 1 i 2 umów powierzenia przetwarzania danych osobowych nr 38/2021 i 35/2022, podmiot przetwarzający mógł powierzyć dane osobowe do dalszego przetwarzania podwykonawcy, po uzyskaniu uprzedniej pisemnej zgody Administratora Danych. Administrator miał na ww. wniosek udzielić odpowiedzi w terminie 14 dni od odebrania wniosku. Z ustaleń kontroli wynika, że o zawarciu umowy o powierzeniu przetworzenia danych podwykonawcy, lek. G.R., reprezentujący Świętokrzyskie Centrum Zdrowia Psychicznego powiadomił w formie ustnej. Dyrektor zezwalała na świadczenie usług przez lekarza bez specjalizacji w dziedzinie psychiatrii G.R.

(akta kontroli str.131-175, 1162, 1164, 1189-1192, 1194, 1386, 1388)

Odnosząc się do świadczenia usług psychiatrycznych przez lekarza G.R. bez specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, Dyrektor wyjaśniła, że o powyższym została poinformowana telefonicznie przez lekarza P.W., który zapewnił, że wszelkie konsultacje psychiatryczne przeprowadzane będą pod jego ścisłym nadzorem.

(akta kontroli str. 24-25)

Odnosząc się do braku pisemnej zgody na dalsze przetwarzanie danych osobowych przez podwykonawcę, Dyrektor wyjaśniła, że nie zaistniała tu sytuacja dalszego

powierzenia przetwarzania danych osobowych, a ich udostępnienie na podstawie art. 24 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który stanowi: do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 25 ust. 1, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 25)

Wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie. Świadczenie usług medycznych na rzecz mieszkańców DPS odbywało się na podstawie zawartej umowy, której postanowienia w zakresie przetwarzania danych osobowych mieszkańców były jednoznaczne. Dyrektor nie zapewniła wystarczających mechanizmów kontroli zarządczej w ww. obszarze. Z uwagi na rozwiązanie ww. umowy, i nawiązanie współpracy z nowym specjalistą psychiatrą, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

4. W DPS nie zapewniono wszystkim mieszkańcom dostępu do pilotów przyzywowych umożliwiających w razie potrzeby wezwanie personelu Domu, co było działaniem niezetelnym i wiązało się z niezapewnieniem bezpieczeństwa mieszkańcom. Pomimo iż DPS wyposażony był w sprawny system przyzywowo-alarmowy, wszystkie piloty przyzywowe przypisane do pokoi na I piętrze (22 sztuki) oraz 13 pilotów przyzywowych z II i III piętra przechowywane były w dyżurkach pielęgniarskich na I i II piętrze i nie były dostępne dla mieszkańców.

(akta kontroli str. 279-294)

Starsza pielęgniarka koordynująca wyjaśniła, że zdarzały się kradzieże lub niszczenie pilotów. Dodała, że mieszkańcy w najcięższym stanie ulokowani są w pobliżu dyżurki na I piętrze, gdzie obsada pielęgniarska jest największa.

(akta kontroli str. 859)

Dyrektor wyjaśniła: *Część elementów systemu przyzywowo-alarmowego na poszczególnych piętrach nie były rozdysponowane, ponieważ w przeddzień kontroli w pilotach wymieniane były baterie. Na dzień składania wyjaśnień (19 marca 2024 r.) piloty zostały rozdysponowane do każdego pokoju. Nadmieniam również, że zdarzają się przypadki niszczenia pilotów przez mieszkańców.*

(akta kontroli str. 14-17)

Z wyjaśnień Dyrektor wynika, że mieszkańcy, których stan zdrowia jest bardzo ciężki i nie mają świadomości jak skorzystać z systemu zamieszkują pokoje usytuowane blisko dyżurek, a ich stan jest stale monitorowany. Ze względu na rozdysponowanie pilotów, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str.297-302, 942)

5. W DPS, wbrew § 6 ust. 1 pkt 2 lit. h rozporządzenia w sprawie DPS, nie było wyodrębnionego pomieszczenia palarni, mimo iż wśród mieszkańców Domu były osoby palące. Na *palarnię* zaadoptowano klatkę schodową, która biegła od parteru do III piętra. Na każdym piętrze przy drzwiach wejściowych znajdowała się popielnica i krzesło, a na III piętrze – wyciąg powietrza. Zgodnie z art. 2 pkt 15 ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, palarnia to wyodrębnione konstrukcyjnie od innych pomieszczeń i ciągów komunikacyjnych pomieszczenie, odpowiednio oznaczone, służące wyłącznie do palenia wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych, lub papierosów elektronicznych, zaopatrzone w wywiewną wentylację mechaniczną lub system filtracyjny w taki sposób, aby dym tytoniowy, para z papierosów elektronicznych lub

substancje uwalniane za pomocą nowatorskiego wyrobu tytoniowego nie przenikały do innych pomieszczeń. Klatka schodowa ww. wymogów nie spełnia.

(akta kontroli str. 14, 279-294)

Dyrektor jako przyczynę wskazała ograniczone warunki techniczno-lokalowe. Pismem z 10 maja 2024 r. poinformowała o utworzeniu pomieszczenia palarni, spełniającego ww. wymogi techniczne. W związku z powyższym, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 14, 279-294)

6. W DPS naruszono prawo do intymności jednej z mieszkanek, poprzez umieszczenie jej w pokoju wyposażonym w kraty okienne, rolety antywłamaniowe, pełniący rolę wizjera otwór w drzwiach oraz dwie kamery monitoringu wizyjnego, z możliwością bieżącego podglądu w dyżurce pielęgniarek na I piętrze.

(akta kontroli str. 297-298)

Dyrektor wyjaśniła, że pokój zamieszkiwała mieszkanka, która jest bardzo konfliktowa. W trakcie kontroli, pracownik PK przeprowadził z nią rozmowę mającą na celu wskazanie osób, z którymi chciałaby zamieszkać, a rozmowa przyniosła zadowalający efekt. Mieszkanka została przeniesiona do innego pokoju, a kamery zdemonstrowane. W związku z powyższym, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 7-10, 942)

7. W przypadku 14 z 20 losowo wybranych spraw pracowników wchodzących w skład Zespołu T-O, Dyrektor DPS nie zapewniła spełnienia wymogu, o którym mowa w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS. Przepis ten stanowi, że warunkiem efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest uczestniczenie pracowników ww. zespołu co najmniej raz na dwa lata w organizowanych przez dyrektora domu szkoleniach na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami. Jedynie sześć z ww. 20 osób odbyło ww. szkolenia z wymaganą częstotliwością.

(akta kontroli str. 314-331)

Dyrektor wyjaśniła: *Od 20 marca 2020 r. obowiązywał na terenie kraju stan epidemii (...) i w związku z tym wprowadzono liczne obostrzenia (...) m.in. zakaz zgromadzeń, zakaz przemieszczania się. W dniu 16 maja 2022 r. został zniesiony stan epidemii i wprowadzono stan zagrożenia epidemicznego. Niezwłocznie po zniesieniu stanu epidemii tj. w dniu 26 maja 2022 r. przeprowadzono szkolenie pracowników dotyczące praw mieszkańców.*

(akta kontroli str. 23-24)

NIK zwraca uwagę, że na dzień 1 stycznia 2021 r., spośród ww. 14 osób które nie odbyły wymaganych szkoleń z odpowiednią częstotliwością, pięcioro nie miało doświadczenia zawodowego w obszarze realizacji zadań na rzecz mieszkańców w ramach prac Zespołu T-O. Zdaniem NIK, należało rozważyć możliwość przeprowadzenia szkolenia np. w formie zdalnej. W dniu 10 maja 2024 r. Dyrektor zorganizowała ww. szkolenie dla 65 pracowników Działu O-T i 26 osób spoza działu, które pełnią funkcję pracownika PK.

(akta kontroli str. 314-318, 893)

8. Dyrektor DPS w planach działalności na lata 2021-2024 przyjęła nierzetelne mierniki monitorowania stopnia osiągnięcia sformułowanych celów w obszarze wsparcia mieszkańców DPS, a sam sposób określenia wartości oczekiwanych również był nierzetelny, gdyż nie pozwalał na monitorowanie zaplanowanych działań. Przykładowo, w 2024 r. do pomiaru zapewnienia mieszkańcom odpowiednich warunków w celu zaspokojenia ich podstawowych potrzeb przyjęto miernik nie mniej

niż 200 działań pielęgnacyjnych miesięcznie podejmowanych przez opiekunki. W 2023 r. w tym zakresie przyjęto miernik nie mniej niż w 2022 r., jednak w 2022 r. nie prowadzono takich pomiarów (ani nie określono takiego miernika). Analogiczna sytuacja dotyczyła 2021 r. – przyjęto jako miernik liczbę działań podejmowanych przez opiekunki nie mniej niż w 2020 roku, jednak za 2020 rok nie sprawozdawano wartości takiego miernika, gdyż w planie na 2020 rok nie został on określony.

(akta kontroli, str. 490-515)

W konsekwencji, na podstawie sprawozdań z realizacji planu działalności nie było możliwe określenie stopnia realizacji przyjętych na dany rok celów ani też dokonanie oceny prawidłowości udzielanego wsparcia. Skutkiem takiego podejścia było też niezidentyfikowanie wszystkich potencjalnych ryzyk, które mogły negatywnie wpływać na realizację zaplanowanych działań.

Dyrektor wyjaśniła, że mierniki zostały ustalone omyłkowo do wyznaczonych do realizacji zadań szczegółowych, natomiast powinny skuteczniej odzwierciedlać realizację celu. W trakcie kontroli, Dyrektor przedłożyła informację o zaktualizowaniu mierników oraz przyjęciu ich wartości oczekiwanych w odniesieniu do działań na rzecz mieszkańców Domu i ich dostosowania do indywidualnych potrzeb. W związku z powyższym, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli, str. 516, 873)

Skala stwierdzonych nieprawidłowości wskazuje, że Dyrektor nie zapewniła wystarczających mechanizmów kontroli zarządczej w celu weryfikowania zapewnienia przestrzegania praw mieszkańców.

OCENA CZĄSTKOWA

DPS spełniał większość wymogów organizacyjnych w zakresie warunków lokalowych, żywieniowych, opieki lekarskiej, terapeutycznej i rehabilitacji, określonych w rozporządzeniu w sprawie DPS, jednak w każdym kontrolowanym roku (na dzień 31 grudnia), Dyrektor nie zapewniła osiągnięcia wymaganego poziomu wskaźnika zatrudnienia pracowników Zespołu T-O w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na jednego mieszkańca. Wpływ na to, poza zbyt małą obsadą kadrową w dziale O-T, miało też przekraczanie w latach 2021-2022 ustalonej w zezwoleniu Wojewody liczby miejsc. DPS wyposażony był w windę i system ppoż, jednak piloty przyzywowo-alamrmowe nie były dostępne dla wszystkich mieszkańców. Dyrektor zapewniła wymaganą przepisami liczbę pracowników socjalnych oraz dostęp mieszkańców do psychologa i psychiatry, choć nieprawidłowo sprawowała nadzór nad realizacją umowy o świadczenie usług psychiatrycznych. Nie monitorowała rzeczywistego czasu świadczenia konsultacji psychiatrycznych dla mieszkańców, dopuściła do świadczenia usług psychiatrycznych na rzecz mieszkańców przez lekarza bez specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, z naruszeniem wymogów określonych w umowie o powierzeniu przetwarzania danych osobowych. Dyrektor co roku organizowała zewnętrzne i wewnętrzne szkolenia pracowników Zespołu T-O, nie zapewniła jednak ich cykliczności dla 14 z 20 pracowników, których akta objęto analizą. Obowiązujące w DPS procedury co do zasady stwarzały warunki do przestrzegania praw mieszkańców. W procedurze postępowania w przypadkach umierania i zgonu zawarto jednak zapis naruszający poczucie bezpieczeństwa współmieszkańców zmarłego. Ponadto jedną z mieszkańek umieszczono w pokoju wyposażonym w dwie kamery, co naruszało jej prawo do intymności. W trakcie kontroli zawieszono też dwie zasłony prysznicowe, zdjęte uprzednio ze względów praktycznych. W ramach systemu kontroli zarządczej, Dyrektor nie przyjęła wskaźników pozwalających na monitorowanie stopnia osiągnięcia sformułowanych celów w obszarze wsparcia mieszkańców DPS, a sposób określenia wartości oczekiwanych był nierzetelny, gdyż nie pozwalał na monitorowanie zaplanowanych działań. Skala stwierdzonych

nieprawidłowości wskazuje, że Dyrektor nie zapewniła wystarczających mechanizmów kontroli zarządczej w celu weryfikowania zapewnienia przestrzegania praw mieszkańców.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

1. Wyjścia poza teren DPS nie były ograniczone dla mieszkańców. Mieli oni prawo do przebywania poza Domem po uprzednim zawiadomieniu personelu, a zamiar opuszczenia DPS zgłaszali portierowi, podając cel wyjścia. Najczęściej wychodzili do sklepu, apteki, na spacer, do bankomatu. W rejestrze odnotowywano od 20 do 70 wyjść dziennie. W latach 2021-2024 Dyrektor domu nie ograniczała mieszkańcom możliwości samodzielnego opuszczania terenu DPS na podstawie zaświadczenia lekarza (wydanego na podstawie art. 55 ust. 2b ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁴⁰, dalej: ups). Kierownik działu O-T wskazała, że nie wystąpiła taka potrzeba. Pomimo braku takich zaświadczeń, zdarzały się incydentalne przypadki krótkotrwałego ograniczenia możliwości opuszczenia DPS. Wynikały one z zagrożeń związanych z pogodą (upał, silny mróz, obfite opady śniegu) lub przyczyn zdrowotnych (gorączka, skoki poziomu glukozy, stan upojenia alkoholowego).

(akta kontroli str. 19, 24, 371, 373, 632, 859, 930)

W DPS obowiązywała procedura postępowania w przypadku samowolnego oddalenia się mieszkańca. Pracowników Domu zobowiązano do poszukiwań mieszkańca na terenie budynku, w okolicy DPS, na terenie miasta oraz sprawdzenia czy mieszkaniiec przebywa w szpitalu. Ponadto zobowiązani byli do powiadomienia rodziny i sprawdzenia, czy członkowie rodziny nie znają miejsca pobytu osoby zaginionej. W przypadku gdyby mieszkaniiec nie powrócił do DPS do godz. 22:00 zawiadamiano właściwą jednostkę Policji. W sytuacji oddalenia się mieszkańca w zaostrej fazie choroby, służby Policji informowano niezwłocznie. Po odnalezieniu mieszkańca, należało w rozmowie ustalić przyczynę oddalenia. W kolejnych dniach, rozmowę z mieszkańcem przeprowadzał Dyrektor, psycholog, lekarz psychiatra.

(akta kontroli str. 363-367)

Kierownik O-T wyjaśniła, że DPS ma ograniczone możliwości zapobiegania samowolnemu oddalaniu ponieważ wolność osobista mieszkańców traktowana jest jako jeden z najważniejszych aspektów działania Domu. Wskazała, że wśród podopiecznych są osoby, które nie zgłaszają wyjść, mimo wielokrotnego przypominania o takiej konieczności.

(akta kontroli str. 33)

W okresie objętym kontrolą miało miejsce 31 samowolnych oddaleń. Dotyczyły one ośmiu mieszkańców (czterech częściowo ubezwłasnowolnionych, a czterech miało pełną zdolność do czynności prawnych). W 21 przypadkach mieszkańcy sami wrócili do DPS, w siedmiu - przywieźli ich funkcjonariusze Policji lub Straż Miejska, w dwóch mieszkaniiec odnalazł się w szpitalu psychiatrycznym, a w jednym - został odebrany przez pracownika z komisariatu Policji. Personel, po powrocie sprawdzał stan higieniczny mieszkańca i ewentualne obrażenia, które wskazywałyby na zasadność interwencji lekarza. Przeprowadzano też rozmowę z mieszkańcem odnośnie przyczyn oddalenia. W kolejnych dniach, rozmowę przeprowadzał psycholog i lekarz psychiatra.

(akta kontroli str. 368-370)

2. W DPS nie obowiązywał regulamin ani procedura stosowania przymusu bezpośredniego. Żadna z kontroli zewnętrznych nie stwierdziła jego stosowania.

⁴⁰ Dz. U. 2023, poz. 901.

Dyrektor wyjaśniła, że pierwotnym założeniem poprzedniego dyrektora było utworzenie pomieszczenia do krótkotrwałej izolacji, jednak nie było konieczności korzystania z tego pomieszczenia. Pokój ten w dniu oględzin był zamieszkały, o czym szerzej w obszarze pierwszym niniejszego wystąpienia.

NIK zwraca uwagę, że ze względu na zbyt małą liczbę pracowników pełniących dyżury na II zmianach na poszczególnych piętrach (trzy osoby na I piętrze, trzy na II piętrze i jedna na piętrze III na dzień 31 grudnia 2021 r. i 2022 r. oraz dwie na dzień 31 grudnia 2023 r. oraz 29 lutego 2024 r.) zastosowanie przymusu bezpośredniego przez personel DPS w razie takiej konieczności może być utrudnione.

(akta kontroli str. 527-528, 633-636)

Na podstawie zawieranych corocznie umów, Biuro Ochrony Spartan Sp. z o.o., świadczyło w DPS usługę ochrony fizycznej obiektu, osób, mienia i terenu wokół Domu, wraz z obsługą portierni i zapewnieniem reakcji grupy interwencyjnej. Poza dozorem obiektu⁴¹, pracownicy ochrony wykonywać mieli czynności ochronne w ramach posiadanych uprawnień. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia obejmował m.in. *podejmowanie interwencji w przypadku zakłóceń porządku i zagrożenia w stosunku do ochranianego obiektu, mienia, pracowników i mieszkańców, zapewnienie reakcji grupy interwencyjnej złożonej z co najmniej dwóch kwalifikowanych pracowników ochrony, zapewnienie bezpośredniej łączności obiektu z grupą interwencyjną za pomocą co najmniej ośmiu pilotów napadowych, uniemożliwienie wyjścia mieszkańcom, którzy ze względów zdrowotnych nie mogą opuszczać obiektu (na podstawie pisemnej informacji).*

(akta kontroli str. 637-671)

Z informacji udzielonej przez Prezesa Zarządu ww. spółki wynika, że pracownicy ochrony w DPS nie stosowali środków przymusu bezpośredniego. Część dokumentacji z przebiegu interwencji została poddana utylizacji i nie była dostępna.

(akta kontroli str. 375)

Z dokumentacji DPS wynika, że nadzór Dyrektora nad realizacją ww. umów nie był prawidłowy, a pracownicy ochrony proszeni byli przez personel o pomoc przy wykonywaniu czynności, do których nie byli uprawnieni, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 672-678)

Z dokumentacji DPS i pracowników ochrony wynika także, że w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa personelu lub mieszkańców, interwencję podejmował ochroniarz pełniący służbę w dyżurce lub na miejsce wzywany był patrol interwencyjny złożony z dwóch pracowników ochrony, pogotowie ratunkowe oraz patrol Policji. Zapisy⁴² wskazują, że w stosunku do mieszkańców mogła być stosowana siła fizyczna (np. przytrzymanie lub profesjonalne chwytły transportowe, umożliwiające

⁴¹ Codziennie od 14:00 do 6:00 rano następnego dnia w dni robocze oraz całą dobę w dni wolne od pracy i święta.

⁴² Przykładowe wpisy: 29/30.12.2021 – (...) *wsparcie dla pogotowia, podczas zabierania mieszkańca do szpitala*. 25/26.03.2022 – (...) *sprawa kłopoty, godz. 16.45 konieczna była interwencja ochrony*, 01.07.2022 – *zastąpiłem agresywnego mieszkańca (...), został z niej wyprowadzony do zabiegowego w celu czekania na karetkę pogotowia, w tym samym czasie przyjechał patrol policji. Po przebadaniu mieszkaniec lekko się stawił, po chwili został przeprowadzony do karetki w asyście patrolu spartan i policji*. 20.07.2022 (...) *mieszkanica groziła personelowi nożem, użyła siły fizycznej przeciw pielęgniarce oraz dopuściła się zniszczenia mienia (...) grożąc wyskoczeniem z okna. Na prośbę personelu wyprowadziłem panią z pokoju na dyżurkę (...). Po przyjeździe pogotowia i przebadaniu pacjentki przetransportowaliśmy ją do karetki*. 21.07.2022 – *mieszkanica nie chciała iść do pokoju, została zaprowadzona, personel wezwał zespół ratownictwa, ponieważ (...) nie przyjmowała lekarstw i była agresywna*. 22.06.2023 – (...) *utrudniała pracę załodze pogotowia, personelowi oddziału, nie chciała też udać się do karetki, stawiała opór i obrażała personel (...) po interwencji patrolu Spartan, przeprowadzona została do karetki pogotowia*.

przeprowadzenie mieszkańca do karetki pogotowia). Z wyjaśnień starszej pielęgniarki koordynującej wynika jednak, że już sama postura i umundurowanie pracowników ochrony budzą respekt wśród mieszkańców. Dyrektor DPS wyjaśniła, że: *opisywane w dokumentacji interwencje pracowników ochrony polegały na uspokojeniu mieszkańca poprzez obecność pracownika ochrony lub rozmowę z nim. Jeśli nie skutkowało obecność ochrony, a podjęta próba rozmowy przedłużała się, wzywany był patrol interwencyjny, aby pracownik ochrony pełniący zmianę mógł powrócić do swoich obowiązków. Jednocześnie wzywane były służby, tj. policja i pogotowie. Pracownicy patrolu interwencyjnego pozostawali z mieszkańcem do przyjazdu wezwanych służb. Ponadto dodała, że w dokumentach pracowników ochrony znajdowały się zapisy nieadekwatne do zaistniałych okoliczności faktycznych. Wprowadzone rozwiązania są w mojej ocenie skuteczne, ponieważ zapewniają bezpieczeństwo mieszkańcom i pracownikom.*

(akta kontroli str. 585, 679-708, 859, 870)

Wyjaśnienia złożone przez Dyrektora nie w pełni znajdują potwierdzenie w zeznaniach pielęgniarki dyżurującej w dniach 20 lipca 2022 r. i z 22 na 23 czerwca 2023 r. Pielęgniarka nie pamiętała dokładnie przebiegu pierwszej interwencji. Odnosząc się do zdarzenia z czerwca 2023 r. zeznała: *pamiętam, że najpierw został poproszony ochroniarz z portierni w celu pomocy w doprowadzeniu mieszkanki do karetki. Dwie osoby z personelu, dwie osoby z załogi karetki pogotowia i ochroniarz z portierni, tj. razem 5 osób, z uwagi na wagę mieszkanki oraz stawianie oporu nie były w stanie zaprowadzić jej do karetki. Wezwaliśmy wtedy patrol Spartan. Przyjechał chyba jeden pan z ochrony w celu pomocy w doprowadzeniu mieszkanki do karetki. Dopiero wtedy udało się wspólnymi siłami przeprowadzić ją do karetki. Mieszkanka krzyczała, stawiała opór. Ja nie pamiętam jak to dokładnie wyglądało, ale chyba braliśmy ją pod pachy, żeby ją zaprowadzić do karetki. Odnosząc się do obecności w DPS pracowników ochrony, pielęgniarka wyjaśniła: (...) uważam, że dobrze, że jest ochrona. Szczególnie na nocnych zmianach czujemy się bezpieczniej, jak jest w budynku ochrona. Ja kiedyś zostałam zaatakowana przez mieszkankę i gdyby nie Pan z ochrony, to nie wiem jak by to się skończyło. Gdy taki mieszkaniak jest pobudzony, w agresji, to jest niebywale silny i ciężko go opanować. Jeśli chodzi o przymus bezpośredni, to nie moglibyśmy go zastosować, bo potrzebne jest do tego 5 osób personelu, a na nocnej zmianie obsada jest mniejsza. Dlatego jest konieczność wspomagania ochroną, gdzie pracują silni i dobrze zbudowani mężczyźni.*

(akta kontroli str. 36-37)

NIK dostrzega, że Dyrektor DPS umowy z firmą Spatan zawarła przede wszystkim w trosce o bezpieczeństwo personelu i mieszkańców DPS. Zdaniem NIK, działania zwiększające bezpieczeństwo personelu, przede wszystkim powinny polegać na zwiększeniu obsady kadrowej w dziale O-T, w szczególności obsady na nocnych dyżurach. Pracownik ochrony ma obowiązek reagowania w sytuacji stanowiącej zagrożenie zdrowia lub życia ludzkiego, jednak korzystanie z usług firmy ochroniarskiej w ww. zakresie, powinno odbywać się na zasadach wyjątku i nie może stać się regułą. Ponadto, ewentualne użycie siły fizycznej w stosunku do mieszkańca stanowi jeden ze środków przymusu bezpośredniego i powinno podlegać zaewidencjonowaniu. NIK zwraca uwagę, że w DPS istniała także możliwość wygospodarowania monitorowanego pomieszczenia, w którym w warunkach intymności możliwe byłoby zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie krótkotrwałego unieruchomienia, a personel był w tym zakresie przeszkolony. Zdaniem NIK, angażowanie silnych i „dobrze zbudowanych” pracowników ochrony do interwencji wobec agresywnych mieszkańców, wśród osób przewlekle chorych psychicznie może wzbudzać lęk.

3. Analizą pod kątem przestrzegania podstawowych praw mieszkańców objęto dokumentację pięciu z nich⁴³. Dla jednej ubezwłasnowolnionej całkowicie mieszkanki, sąd ustanowił opiekunem prawnym członka jej rodziny, dla dwóch mieszkańców – pracowników DPS. Czworo mieszkańców skierowano do DPS na podstawie postanowienia właściwego sądu, na wniosek jednostki opieki społecznej, a jeden na wniosek członka rodziny został przeniesiony z innego DPS. Żaden z nich nie trafił do Domu na swój wniosek. Jeden, na pobyt w DPS wyraził zgodę, którą następnie wycofał. Sąd także w tym przypadku orzekł o umieszczeniu w DPS bez zgody mieszkańca. Cztery osoby przywieziono bezpośrednio ze szpitala, po zakończeniu hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym.

Mieszkańcy byli poddawani konsultacjom współpracującego z Domem lekarza psychiatrę. Dla żadnego przewlekle chorego psychicznie mieszkańca przebywającego w DPS⁴⁴, w latach 2021-2024 (do dnia rozpoczęcia kontroli) lekarz nie wystawiał zaświadczeń potwierdzających konieczność dalszego pobytu w DPS ani nie dokonywał takich wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej⁴⁵. Zaświadczenia lub wpisy w dokumentacji, dla wszystkich mieszkańców Domu, lekarz psychiatra wystawił dopiero w trakcie kontroli NIK, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 19, 709-723, 927)

Dokumentacja ww. pięciu mieszkańców określała ich specyficzne potrzeby w zakresie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, medyczne, terapeutyczne, a w DPS zabezpieczano ich potrzeby bytowe. Zajmowane pokoje spełniały wymogi dotyczące norm powierzchni. Jeden mieszkaniec zajmował dwuosobowy pokój z łazienką, pozostali - pokoje trzyosobowe z dostępem do łazienki ogólnodostępnej. Dla każdego z nich żywienie było adekwatne do ich potrzeb dietetycznych, a personel umawiał niezbędne konsultacje specjalistyczne, badania, zapewniał na miejscu opiekę pielęgniarską i fizjoterapeutyczną (rehabilitacja w gabinecie w DPS lub przyłóżkowa), odpowiednią do potrzeb pielęgnację, a dla osób z ograniczeniami w poruszaniu się – profilaktykę przeciwoleżynową. DPS zapewniał możliwość utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną. Żaden z ww. mieszkańców nie składał wniosków ani skarg do Dyrektora DPS ani innych instytucji. Żaden z mieszkańców nie wypłacał samodzielnie środków finansowych z własnego konta depozytowego, czterech nie dokonywało też samodzielnych zakupów w pobliskim sklepie z powodu stanu swojego zdrowia. Samodzielnych zakupów (pod nadzorem opiekuna prawnego - pracownika DPS) dokonywał jeden ubezwłasnowolniony całkowicie mieszkaniec, który dysponował niewielkimi kwotami pieniężnymi. Wpłaty środków dokonywały upoważnione przez mieszkańców lub ich opiekunów prawnych pracownice DPS (opiekunki). Dla trojga mieszkańców⁴⁶ prowadzone były zeszyty, w których odnotowywano: stan środków w gotówce, datę, wykaz zakupionych produktów według zamówień złożonych przez mieszkańców oraz numery faktur za leki, łączną kwotę wydatku oraz stan końcowy gotówki. Paragony gromadzono w odrębnych segregatorach, opisywano je nazwiskami mieszkańców, na rzecz których dokonano zakupów. Wśród zakupionych przez mieszkańców produktów znajdowały się: artykuły spożywcze, kosmetyki, w tym

⁴³ Dobór celowy: jeden mieszkaniec, którzy samowolnie oddał się z DPS, jeden mieszkaniec, który zmarł w objętym kontrolą okresie, dwóch mieszkańców leżących oraz jeden mieszkaniec dobrany losowo. Trzy spośród pięciu ww. osób były ubezwłasnowolnione całkowicie, jedna częściowo, a jedna miała pełną zdolność do czynności prawnych.

⁴⁴ W ww. okresie jednorazowo wystawione zostały zaświadczenia dla dwóch mieszkańców, którzy w DPS umieszczeni zostali jako osoby przewlekle somatycznie chore.

⁴⁵ Zgodnie z art. 38 ust. 5 ustawy oip.

⁴⁶ Jedna osoba ubezwłasnowolniona całkowicie, której opiekunem prawnym był członek rodziny, jedna ubezwłasnowolniona częściowo, reprezentowana przez kuratora i jedna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, ale o ograniczonym poruszaniu się.

także przeciwdrożdżynowe, artykuły higieniczne (podkłady, myjki), odzież i obuwie, leki, suplementy. Ponadto opłacano wydatki za prywatne konsultacje specjalistyczne.
(akta kontroli str. 709-725)

Z wyjaśnień Dyrektora wynika, że DPS oferuje mieszkańcom, którzy mają własne dochody podstawowe środki czystości i higieniczne, pantofle domowe, bieliznę nocną, ręczniki, pościel i koce. Mieszkańcy otrzymują świąteczne paczki okolicznościowe, a także darowizny rzeczowe (m.in. słodczyce, środki czystości).
(akta kontroli str. 882)

DPS dla trzech z pięciu mieszkańców, których akta objęto analizą zapewniał bezpieczne przechowywanie należących do nich środków pieniężnych w objętym kontrolą okresie. Dwóch opiekunów prawnych – pracowników DPS nie prowadziło zeszytów rozliczeń i nie gromadziło paragonów ani faktur dotyczących zakupów dokonywanych na rzecz podopiecznych. Osoby te ze sprawowania swej funkcji co pół roku sprawozdawały do właściwego sądu, który nie wymagał szczegółowych rozliczeń. Jeden z ww. opiekunów prawnych, w celu zakupu telewizora z uchwytem ściennym, uzyskał zgodę właściwego sądu na dokonanie czynności przekraczającej zakres zwykłego zarządu.

(akta kontroli str. 709-725)

Żaden z ww. mieszkańców nie opłacał w całości kosztów pobytu w DPS. W czterech przypadkach, do pobytu dopłacała właściwa gmina, a w przypadku jednego z mieszkańców (pobyt na tzw. starych zasadach), pozostałą kwotę pokrywano z dotacji z budżetu państwa. Każdemu z mieszkańców umożliwiono udział w terapii zajęciowej, jednak z oferty terapeutycznej DPS korzystał jedynie jeden z nich. Nie stwierdzono przypadków stosowania kar w stosunku do ww. mieszkańców.

(akta kontroli str. 709-723, 778-856)

Zgodnie z art. 55c ust. 1 ups, w DPS od 1 stycznia 2024 r. prowadzony był rejestr zdarzeń nadzwyczajnych. Jedno ze zdarzeń (zadławienie z 26 stycznia 2024 r., które skutkowało zgonem mieszkańca) nie zostało w nim odnotowane, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Do 15 kwietnia 2024 r. w rejestrze zaewidencjonowano pięć zdarzeń, które dotyczyły: urazu (dwa), upadku (jedno), zadławienia (jedno) i samookaleczenia (jedno). W trzech sprawach pracownicy udali się na miejsce, zebrali wywiad, sprawdzili i zabezpieczyli obrażenia (uraz), wezwali zespół ratownictwa medycznego, a mieszkańca przewieziono do szpitala. W przypadku samookaleczenia, po chirurgicznym zabezpieczeniu, mieszkankę przewieziono do Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy. W przypadku zadławienia, pielęgniarka przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego podjęła czynności w celu ratowania życia mieszkańca, które nie przyniosły rezultatu.

(akta kontroli str. 726-744)

W DPS w celu umożliwienia oddania głosu w wyborach samorządowych w dniu 7 kwietnia 2024 r. utworzono zamknięty obwód wyborczy. Sala do głosowania była przystosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, w razie potrzeby personel służył pomocą. Mieszkańcy mieli przygotowane miejsca zapewniające tajność głosowania. Sporządzono też listę osób leżących, deklarujących chęć udziału w wyborach, którą przekazano przewodniczącemu komisji wyborczej. Komisja wyborcza udała się do każdego mieszkańca leżącego z osobna z tzw. urną pomocniczą umożliwiając oddanie głosu przy zachowaniu zasady tajności.

(akta kontroli str. 872-873)

4. W okresie objętym kontrolą w DPS zabezpieczenie antykoncepcyjne w formie doustnej stosowano za ich zgodą u dwóch mieszkanek, które miały pełną zdolność do czynności prawnych.

(akta kontroli str. 376)

5. W DPS w latach 2021-2023 (na dzień 31 grudnia) przebywało odpowiednio: 13, 15 i 19 osób o ograniczonej możliwości poruszania się (leżących). Na próbie trzech spraw zweryfikowano częstotliwość i sposób dokumentowania działań pielęgnacyjnych. Najwcześniejsza dostępna ewidencja obejmowała okres od września 2023 r., zatem weryfikacja wywiązywania się z ww. obowiązku w całym okresie objętym kontrolą nie była możliwa. Nierzetelnie dokumentowano kąpiele i pozostałe czynności pielęgnacyjne (strzyżenia, golenia, obcinania paznokci) dwóch mieszkańców, dla których dokumentacja była dostępna, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 746-755, 1650)

U mieszkańców stosowano profilaktykę i leczenie odleżyn. Spośród ww. trzech mieszkańców, jedna osoba powróciła ze szpitala z odleżynami, a pozostałe dwie były zagrożone ich powstaniem. U mieszkanki, u której po hospitalizacji stwierdzono tworzące się odleżyny, wskazano ich umiejscowienie. W raportach pielęgniarских odnotowywano wykonywanie toalety przeciwoleżynowej, codzienną toaletę poranną i wieczorną, zmianę pozycji, stosowanie materaca przeciwoleżynowego, przymoczeki i opatrunki. W książce zabiegowej odnotowano opatrunki *Aquacel Ag* zmieniane co trzy dni w lutym 2023 r. (mieszkanka zmarła z 26 na 27 lutego 2023 r.). Sposób postępowania i dokumentowanie postępowania z powstałymi odleżynami był niezgodny z wymogami wewnętrznej procedury. Szerzej na ten temat w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 746-755)

6. W okresie objętym kontrolą w DPS zapewniono obsadę pielęgniariską na każdym dyżurze. W latach 2021-2024 na umowę o pracę zatrudniano od 13⁴⁷ do 14 pielęgniarek⁴⁸. Starsza pielęgniarka koordynująca wyjaśniła: *na dzień dzisiejszy mieszkańcami z I piętra zajmują się w ciągu dnia dwie pielęgniarki oraz ja, pielęgniarka koordynująca. Mieszkańcami II i III piętra zajmują się w ciągu dnia trzy pielęgniarki. W trakcie nocnego dyżuru zostają dwie pielęgniarki (...). Aktualnie nie mamy w tym zakresie problemów, choć z pewnością przydałoby się dodatkowe wsparcie kadrowe.*

(akta kontroli str. 756-759, 584, 858)

Leki rozkładały i podawały wyłącznie pielęgniarki. W DPS dokumentowano podanie każdej zleconej mieszkańcowi iniekcji oraz wykonanie opatrunków w *Książce gabinetu zabiegowego*. Nie dokumentowano natomiast podania każdej zleconej przez lekarza dawki leków doustnych. Pielęgniarki prowadziły dwie odrębne (dla I oraz II i III piętra) ewidencje przychodu (z apteki) i rozchodu leków doustnych, w podziale na *ogólne* i *psychiatryczne*. Na odrębnych kartach wyszczególniano: nazwę leku lub zamiennika, dawkę lub dawki, wykaz mieszkańców, którzy dany lek przyjmują z podaniem ich indywidualnego dawkowania. Każdego dnia ewidencjonowano: stan początkowy leku, łączną liczbę tabletek rozchodowanych rano, w południe i wieczorem dla wszystkich, przyjmujących ten lek i wykazanych w karcie mieszkańców oraz stan końcowy leku w danym dniu. W ewidencji tej nie rejestrowano przychodu i rozchodu leków zleconych do krótkotrwałego stosowania, np. antybiotyków, preparatów żelaza, doraźnych leków ułatwiających zasypianie.

⁴⁷ Na 31 grudnia 2023 r.

⁴⁸ Na 31 grudnia 2021 i 2022 r. oraz na 29 lutego 2024 r.

(akta kontroli str. 583-585, 858, 860)

Starsza pielęgniarka koordynująca wyjaśniła: *Kartka z listą mieszkańców, którzy mają leki zlecone doraźnie, nazwą leków i dawkowaniem lub które podawane są doraźnie umieszczona jest na drzwiach szafki z lekami (I piętro) i na ścianie (II piętro). Ponadto informacja ta znajduje się na tacy z lekami oddzielnie dla każdego mieszkańca.*

Analiza dokumentacji rozchodu leków wykazała, że w kartach niektórych leków odnotowywano okresowy ich brak na stanie. Kwestie te zostały poddane szczegółowej analizie przez biegłego psychiatrę, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 764-776, 860)

Prawidłowość realizacji zleceń w oparciu o dokumentację psychiatryczną, internistyczną i wytworzoną przez personel pielęgniarski w DPS trzech mieszkańców spośród pięciu, których akta objęto badaniem szczegółowym została oceniona przez biegłego psychiatrę. Z przedłożonej opinii wynika, że personel co do zasady prawidłowo stosował zamienniki zleconych leków. Z dokumentacji prowadzonej przez lekarza nie zawsze wynikało, że lekarz specjalista poinformowany został przez personel DPS o wszystkich lekach przyjmowanych na stałe przez mieszkańca (w historii leczenia POZ zawarto adnotacje o przyjmowanych na stałe lekach, takie informacje nie znalazły się w dokumentacji psychiatrycznej). Biegły psychiatra wskazała, że żadnemu z trzech mieszkańców nie umożliwiono korzystania ze świadczeń lekarskich adekwatnie do wszystkich zaleceń lekarskich z powodu przerw w dostępności leków na stanie DPS. We wszystkich trzech sprawach, na podstawie prowadzonej dokumentacji nie można było ocenić, czy zlecenia lekarskie wykonywane były prawidłowo i wdrażane niezwłocznie, ze względu na brak indywidualnego potwierdzenia podawania leków doustnych. W ocenie biegłej, dokumentacja była rozproszona i nieczytelna. Nie zawierała zatem niezbędnych informacji pozwalających na zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańców w kontekście udzielanych im świadczeń. We wszystkich trzech⁴⁹ przypadkach biegła wskazała na istotne nieprawidłowości, wymagające podjęcia natychmiastowych działań wyjaśniających. Szerzej na ten temat w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Okresowy brak leków potwierdzono w dokumentacji *Rejestr recept leków psychotropowych* i *Rejestr recept leków internistycznych*. Ze sposobu prowadzenia tej dokumentacji wynika, że danego leku brakowało i nie był podawany wszystkim mieszkańcom, którym go zlecono. Z kolei po zrealizowaniu recepty wystawionej na konkretnego mieszkańca, lek trafiał do ogólnej puli i podawano go wszystkim mieszkańcom, którzy mieli go w zleceniu. Jedynie leki płatne na 100% były opisane nazwiskiem mieszkańca i podawane wyłącznie temu, kto lek wykupił.

(akta kontroli str. 490-502, 914-918, 927-987)

7. Dla pięciu mieszkańców, których dokumentację objęto szczegółową analizą, w DPS prowadzono dokumentację związaną z realizacją IPW, jednak była ona nierzetelna, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W dokonywanej raz w roku ocenie realizacji IPW zawierano zapisy dotyczące proponowanych zmian w IPW (w latach 2021-2022) lub ewentualnych problemów, celu i planowanych działań (od 2023 r.). Indywidualnateczka zawierała informację o składzie zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, dane o indywidualnej sytuacji mieszkańca, problemach, sytuacji materialno-życiowej, ocenę sprawności,

⁴⁹ W opinii biegła wskazała na nieprawidłowy tryb postępowania w stosunku do wszystkich trzech mieszkańców, których dokumentację objęła badaniem. W stosunku do jednego z nich zaznaczyła, że ze względu na fakt, iż mieszkaniec jest w trakcie hospitalizacji, podjęcie natychmiastowych działań nie jest wymagane. W dniu otrzymania opinii, mieszkaniec powrócił jednak do DPS. Konieczność podjęcia działań biegła wskazała w opinii uzupełniającej.

indywidualne potrzeby, pielęgnarską ocenę stanu zdrowia, ocenę psychologiczną. Pracownik PK był mieszkańcowi wskazywany, jednak miał on możliwość zmiany zgodnie ze swoimi preferencjami. NIK zwraca też uwagę, że faktycznie realizowane działania były zindywidualizowane i dostosowane do potrzeb mieszkańców, których akta objęto analizą. W wybranych formach rehabilitacji społecznej uczestniczył tylko jeden z pięciu mieszkańców, gdyż tylko jeden wyraził taką wolę.

(akta kontroli str. 504-582)

W DPS funkcję pracownika PK na dzień 22 lutego 2024 r. pełniło 79 pracowników, z tego 20 pracowników spoza działu O-T⁵⁰. Wsparciem obejmowali oni od jednego do trzech mieszkańców. Zakres działania pracownika PK stanowił załącznik do indywidualnego zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności.

(akta kontroli str. 595-599)

8. Zarządzeniem z 23 grudnia 2020 r. Dyrektor DPS zmieniła procedurę postępowania z depozytami wartościowymi i depozytami pieniężnymi mieszkańców Domu, w tym tryb postępowania z przedmiotami wartościowymi i pieniężnymi zmarłego mieszkańca. Określono w niej, że DPS obowiązany jest wezwać osoby uprawnione do odbioru, wyznaczając trzyletni termin, pouczając o skutkach niepodjęcia depozytu. Określono też tryb postępowania w przypadku, gdy nie jest znane miejsce zamieszkania lub pobytu uprawnionego oraz niemożności jego ustalenia. Zarządzenie przewidywało, że Dyrektor raz w roku powołuje zespół do spraw kontroli postępowania z depozytami. Zespół taki powołany został jedynie w lutym 2024 r., o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 988-1002)

Według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r.⁵¹ na koncie depozytowym DPS figurowały depozyty po 16 zmarłych w latach 2018-2020 na kwotę 74 036,90 zł, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W stosunku do tych środków, w DPS nie były uprzednio podejmowane udokumentowane działania pozwalające na likwidację niepodjętych depozytów.

Na dzień 31 grudnia 2021 r. na koncie depozytowym DPS pozostawały środki po 23 zmarłych w wysokości 121 087,74 zł. Na dzień 31 grudnia 2022 r. były to środki po 32 zmarłych w wysokości 151 708,93 zł. Na dzień 31 grudnia 2023 r. po 38 zmarłych pozostawała kwota 173 244,78 zł, a na 10 kwietnia 2024 r. po 45 zmarłych kwota 267 327,20 zł. Pierwsze udokumentowane działania (zawiadomienia osób uprawnionych) podjęto w miesiącach marcu i kwietniu 2021 r. W latach 2021-2024 r. wysłano łącznie 56 pism, z tego: w odpowiedzi wpłynęły dwie informacje o odrzuceniu (zrzeczeniu się) spadku, jedno zapytanie o kwotę depozytu i jedna informacja potwierdzająca zamiar wystąpienia do sądu o stwierdzenie nabycia praw. W aktach znajdowały się ponadto trzy zapytania do gminy o ewentualnych spadkobierców zmarłego. Z uwagi na nieustalenie uprawnionych, informacje te wywieszono na tablicy ogłoszeń i opublikowano w BIP. W dniach 11 i 12 marca 2024 r. Dyrektor DPS wystąpiła do Sądu Rejonowego I Wydziału Cywilnego w Ostrowcu Świętokrzyskim z zapytaniem czy były prowadzone postępowania spadkowe stwierdzające nabycie spadku lub zostały zarejestrowane akty poświadczenia dziedziczenia. W okresie objętym kontrolą (do 9 kwietnia 2024 r.) wypłacono depozyty po dziewięciu zmarłych ich uprawnionym spadkobiercom na podstawie poświadczenia dziedziczenia lub prawomocnego postanowienia sądu o nabyciu spadku.

⁵⁰ Na dzień 22 lutego 2024 r.: kierownik działu administracyjno-gospodarczego, księgowa (trzy osoby), starszy inspektor do spraw kadr i zamówień publicznych, pomoc administracyjna (dwie osoby), kuchmistrz szef kuchni, kucharz (trzy osoby), pomoc kuchenna (trzy osoby), kierowca, starszy magazynier, konserwator (trzy osoby), sprzątaczką.

⁵¹ Stan wyjściowy na pierwszy dzień okresu objętego kontrolą.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Dyrektor DPS dopuściła do sytuacji, w której pracownicy ochrony na prośbę personelu DPS wykonywali czynności, nieznające podstaw w zawartej z firmą Spartan Sp. z o.o. umowie:

- podczas dyżuru z 8 na 9 czerwca 2021 r., pracownik ochrony wyszedł z pensjonariuszem do sklepu w celu skontrolowania jego zakupów i doprowadzenia go z powrotem do obiektu;
- podczas dyżuru z 23 na 24 września 2021 r. jeden z mieszkańców w stanie upojenia alkoholowego, przed wejściem na teren DPS został przeszukany przez pracownika ochrony;
- w dniach 30 listopada 2022 r. oraz 25 października 2023 r. u dwojga mieszkańców DPS, którzy odmawiali przyjęcia leków, iniekcję wykonano przy udziale ochroniarza;
- w dniu 7 sierpnia 2021 r. pracownik ochrony został *poproszony o pomoc* w celu wykąpania jednego z mieszkańców.

(akta kontroli str. 637-708)

Dyrektor wyjaśniła, że pracownik ochrony nie był obecny przy kąpeli mieszkańca, jedynie wcześniej przeprowadził rozmowę z mieszkańcem, motywując go do kąpieli. Tożsama sytuacja była przy podawaniu leków. Pielęgniarka poprosiła ochronę o przeprowadzenie rozmowy z agresywnymi mieszkańcami, którzy pomimo próśb dyżurującej pielęgniarki odmówili przyjęcia iniekcji. Pracownik ochrony jedynie podjął próbę rozmowy z mieszkańcami w wyniku, której podopieczni się wyciszyli i bez problemu przyjęli iniekcję. Ponadto dodała, że *w dokumentach pracowników ochrony znajdowały się zapisy nieadekwatne do zaistniałych okoliczności faktycznych.*

(akta kontroli str. 27-28, 870)

NIK zauważa, że zgodnie z § 2 ust. 2 i 3 rozporządzenia w sprawie DPS, w celu określenia indywidualnych potrzeb mieszkańca oraz zakresu usług powołuje się zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, składające się w szczególności z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców. Do ich podstawowych zadań należy opracowywanie i wspólna realizacja tych planów z mieszkańcami. W ocenie NIK, pracownik ochrony nie jest osobą uprawnioną, ani przeszkoloną do włączania się w jakiegokolwiek czynności opiekuńcze, pielęgnacyjne, medyczne lub inne świadczone na rzecz mieszkańca przez personel DPS.

2. W okresie objętym kontrolą Dyrektor DPS nie wyegzekwowała dla żadnego przewlekle chorego psychicznie mieszkańca (z zastrzeżeniem dwóch jednorazowo wystawionych zaświadczeń dla mieszkańców, którzy w DPS umieszczeni zostali jako osoby przewlekle somatycznie chore), wystawienia zaświadczeń potwierdzających konieczność dalszego pobytu w DPS lub dokonania przez lekarza psychiatrę stosownego wpisu w ich indywidualnej dokumentacji medycznej. Przyczyną był nierzetelny nadzór Dyrektora DPS nad realizacją umów o udzielanie specjalistycznych usług psychiatrycznych na rzecz mieszkańców Domu, zawieranych corocznie ze Świętokrzyskim Centrum Zdrowia Psychicznego. Powyższe stanowiło naruszenie art. 38 ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁵², który stanowi, że osoba, o której mowa w ust. 1, podlega okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. Badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy.

⁵² Dz. U. z 2022 r. poz. 2123, ze zm.

(akta kontroli str. 19, 374, 709-723)

Dyrektor wyjaśniła: *mając na uwadze zawód jaki wykonuje Pan P. W., który wymaga od niego znajomości przepisów (...), dyrektor Domu był przekonany, że stosowne wpisy znajdują się w historii choroby mieszkańców.*

Wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie. Zgodnie z art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁵³, obowiązkiem kierownika jednostki jest zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej.

Ze względu na ujawnione nieprawidłowości, umowa o świadczenie usług opieki psychiatrycznej została rozwiązana, a Dyrektor zawarła umowę z nowym lekarzem psychiatrą. Zaświadczenia lub wpisy w dokumentacji, dla wszystkich mieszkańców DPS, zostały wystawione w trakcie kontroli, wobec czego NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 25-26, 176-180)

3. Prowadzony zgodnie z wymogiem określonym w art. 55c ust. 1 ups (od 1 stycznia 2024 r.) *Rejestr zdarzeń nadzwyczajnych* był nierzetelny, gdyż nie zostało w nim zaewidencjonowane zdarzenie z 26 stycznia 2024 r., tj. zadławienie, które skutkowało zgonem mieszkańca. Zdarzenie zostało odnotowane w rejestrze w trakcie kontroli NIK.

(akta kontroli str. 726-744)

Kierownik Działu O-T wyjaśniła: początkowo uznaliśmy, że zdarzenie nie kwalifikuje się do nadzwyczajnych i zostało odnotowane jedynie w raporcie pielęgniar skim.

(akta kontroli str. 864)

Wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie. Zgodnie z art. 55c ust. 2 ups, ww. rejestr zawiera zgłoszenia zawiera m.in. informacje o wypadkach dotyczących mieszkańców domu, związanych z zagrożeniem ich życia lub zdrowia. Zakrzuszenie skutkujące zgonem mieszkańca z pewnością było takim zdarzeniem.

4. W dokumentacji potwierdzającej wywiązywanie się przez DPS z obowiązków określonych w procedurze dotyczącej higieny osobistej mieszkańca w DPS nierzetelnie dokumentowano kąpiele oraz pozostałe czynności pielęgnacyjne (strzyżenia, golenia, obcinania paznokci) dwóch mieszkańców, których dokumentacja była dostępna⁵⁴, gdyż:

- w przypadku jednego z mieszkańców nie udokumentowano strzyżenia i golenia,
- w przypadku drugiego mieszkańca – odnotowano jedną kąpiel w dniu 27 października 2023 r. i nie odnotowano żadnej kąpieli w listopadzie, grudniu 2023 r. oraz w lutym 2024 r.

Z wyjaśnień Dyrektor wynika, że ww. czynności pielęgnacyjne były wykonywane, lecz nie były regularnie dokumentowane, co wynika z zaniedbań opiekunów. Dodała, że *zostali zdyscyplinowani i zobowiązani do skrupulatnego odnotowywania każdego zabiegu pielęgnacyjnego wykonywanego u mieszkańca*. Przedłożono do wglądu ewidencję, w której aktualnie regularnie dokumentowane są kąpiele i czynności pielęgnacyjne. W związku z tym NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 746-755, 881-882)

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁵⁵, obowiązkiem kierownika jednostki jest zapewnienie

⁵³ Dz. U. z 2023 r. poz. 1270.

⁵⁴ Ze względu na zgon mieszkanki w miesiącu lutym 2023 r. i nieprzechowywanie dokumentacji za okres do września 2023 r. włącznie, badanie nie było możliwe.

⁵⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm.

funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej. Przyjęte mechanizmy okazały się nieskuteczne.

5. Sposób postępowania z odleżynami i dokumentowanie tego postępowania odbywało się niezgodnie z wymogami opisanymi w *Procedurze dotyczącej pielęgnacji mieszkańca z odleżyną*, stanowiącej załącznik nr 8 do zarządzenia nr 18/2016 z dnia 3 sierpnia 2016 r., gdyż w prowadzonej dokumentacji nie określono stopnia odleżyn, nie założono indywidualnej karty profilaktyki i pielęgnacji odleżyn, nie udokumentowano codziennej oceny stanu skóry i efektu pielęgnacji ani wszystkich podjętych działań.

(akta kontroli str. 746-755)

Starsza pielęgniarka koordynująca wyjaśniła, że nie zakładano kart, o których mowa w procedurze. Przyjęto, że informacje odnotowywane będą w raportach pielęgniarskich. Dyrektor wyjaśniła, że ww. procedura nie określała wzoru karty profilaktyki i pielęgnacji odleżyny, dlatego też sposób leczenia i wszelkie zabiegi pielęgnacyjne odnotowywano w raportach pielęgniarskich oraz książce zabiegowej. NIK zwraca uwagę, że nieprzestrzeganie wymogów określonych w wewnętrznej procedurze wskazuje na słabość systemu kontroli zarządczej funkcjonującego w jednostce.

Na dzień składania wyjaśnień uaktualniono procedurę i wprowadzono wzór karty, dlatego NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 20-28, 859)

6. W przypadku wszystkich trzech mieszkańców, których akta objęto szczegółową analizą, personel pielęgniarski DPS nieprawidłowo realizował leczenie zlecone przez lekarzy POZ lub specjalistę psychiatrę, a prowadzona dokumentacja dotycząca tego procesu była nierzetelna. Stanowiło to naruszenie określonego w zakresach czynności pielęgniarek obowiązku wykonywania zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami oraz we właściwym czasie zaleceń lekarskich oraz działań pielęgniarskich i prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej. Zgodnie z opinią biegłej w dziedzinie psychiatrii:

- żadnemu z trzech mieszkańców nie umożliwiono korzystania ze wszystkich świadczeń lekarskich adekwatnie do zaleceń lekarskich z powodu przerw w dostępności leków na stanie DPS. Przerwy w przyjmowaniu niektórych leków, mogły powodować poważne dla zdrowia powikłania⁵⁶;
- we wszystkich trzech sprawach, na podstawie prowadzonej dokumentacji nie można było ocenić, czy zlecenia lekarskie wykonywane były prawidłowo i wdrażane niezwłocznie, ze względu na brak indywidualnego potwierdzenia podawania leków oraz brak indywidualnego odnotowywania dat rozpoczęcia konkretnych terapii;
- dokumentacja była rozproszona, w skąpy i nieczytelny sposób przedstawiała indywidualną terapię i jej codzienne realizowanie, nie zawierała wszystkich istotnych informacji, co mogło zwiększać ryzyko błędu, pomyłki lub w przyszłości uniemożliwiać ocenę dotychczasowego stanu zdrowia mieszkańca i skuteczności jego leczenia;
- pielęgniarki nierzetelnie prowadziły i rutynowo wypełniały karty rozchodu, gdyż zakładały wspólną kartę dla leków lub ich zamienników o różnych dawkach, błędnie zapisały dawkę jednego z leków (6,25 zamiast 62,5 mg), prowadziły wspólną kartę rozchodu dla leków Hepatil, Cholestil, Heparegen, które nie

⁵⁶ U pierwszego mieszkańca - wzrost ciśnienia tętniczego krwi, co mogło być przyczyną rozwoju powikłań nadciśnienia, u drugiego mieszkańca - ryzyko powstawania zakrzepów i zatorów oraz pogorszenie stanu zdrowia psychicznego, z nawrotem psychozy włącznie, u trzeciego mieszkańca - destabilizacja zdrowia psychicznego, wzrost ryzyka nawrotu doznań psychotycznych, pojawienie się pobudzenia i agresji, co może skutkować kolejną hospitalizacją a także zwiększone ryzyko udaru mózgu i ogólnie nasilenie się chorób układu krążenia.

stanowiły zamienników i nie można było traktować ich wymiennie. Ponadto, jak wskazała biegła, z dniem znalezienia się jednego z mieszkańców w szpitalu, tj. 17 września 2023r., nie zmienił się rozchód leków, np. Tisercinu, Akinetonu, Dipherganu, jeszcze przez kolejne 5-6 dni;

- we wszystkich trzech sprawach mieszkańców⁵⁷ biegła wskazała na istotne nieprawidłowości (opóźnienie we wdrażaniu zaleceń poszpitalnych oraz długotrwałe przerwy w stosowaniu leków), wymagające podjęcia natychmiastowych działań wyjaśniających.

NIK skierowała do Dyrektora DPS zawiadomienie w trybie art. 51 ust. 1 ustawy o NIK, o okolicznościach wskazujących na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia ww. mieszkańców, w szczególności dotyczące braków leków na stanie.

(akta kontroli str. 490-502, 883, 1027-1028)

W trakcie kontroli NIK na potrzeby potwierdzania podania każdej dawki leku założono *Książkę gabinetu zabiegowego – leki doustne* i opracowano legendę dokonywanych w niej wpisów: czerwonym kolorem oznaczono odmowę przyjęcia leków, kolorem niebieskim - *wydanie i podanie leku*. Oznaczeniem „bl” wskazywano *brak leku na stanie (przejściowo) dla konkretnego mieszkańca*. W książce odnotowywano: imię i nazwisko mieszkańca, listę zleconych leków (nazwa), dawkowanie, korektę dawki na zlecenie lekarza. Po stronie prawej, dla każdego dnia odnotowano rozchód i podanie każdej dawki leku. Każdego dnia, pielęgniarki zbiorczo potwierdzały parafą podanie dawki porannej, południowej i wieczornej na stanie.

Przeprowadzone oględziny wykazały, że mimo wprowadzonych zmian, dokumentacja nadal nie była rzetelna i nie umożliwiała prawidłowego monitorowania procesu leczenia mieszkańca ani monitorowania rozchodu poszczególnych leków. W wyniku oględzin potwierdzono, że niektóre leki, mimo wykazywania ich braku w prowadzonej dokumentacji znajdują się na stanie DPS lub dostępne są leki (zamienniki) w innych niż zlecone, ale podzielnych dawkach oraz że części leków brakuje na stanie DPS.

(akta kontroli str. 896-902)

Odnosząc się do braku leków na stanie w DPS, Starsza pielęgniarka koordynująca wyjaśniła: *Zdarzają się sytuacje, że lek skończy się wcześniej, a wizyta jest dopiero za kilka dni. Staramy się zminimalizować to ryzyko, podając ten lek przepisany innemu mieszkańcowi i jak najszybciej uzupełniamy te braki. Największe ryzyko dotyczy leków przyjmowanych przez małą liczbę mieszkańców. Ponadto, leki internistyczne wypisywane są pod koniec miesiąca na kolejny miesiąc*. Dodatkowo wyjaśniła, że np. lek Cavinton jest płatny 100%, zdarza się, że mieszkańcy niechętnie wykupują lek, za który sami w całości muszą zapłacić. Sytuacja, że nie było tego leku jest możliwa. Jako najczęstszą przyczynę braku leków wskazała długi czas oczekiwania od momentu przekazania zeszytu do Poradni POZ do momentu wypisania recept i dostarczenia ich do DPS. Szczegółowa analiza *Rejestru leków recept* potwierdziła, że dla każdego z trzech mieszkańców, w których dokumentacji biegła psychiatra wskazała na występujące przerwy w dostępie do leków, takie przerwy faktycznie wystąpiły w przypadku leków internistycznych lub leki były dostępne, a dokumentacja nie była wypełniana rzetelnie.

(akta kontroli str. 860, 912-918, 972-987)

NIK zwraca uwagę, że to do obowiązków Starszej pielęgniarki koordynującej należało m.in. nadzorowanie prawidłowej gospodarki lekami i środkami opatrunkowymi oraz szczegółowe rozliczanie ich przychodów i rozchodów.

⁵⁷ W stosunku do jednego z mieszkańców biegła zaznaczyła, że ze względu na fakt, iż mieszkaniec jest w szpitalu pod specjalistyczną opieką i uzyskał pomoc w optymalnym dostosowaniu farmakoterapii, podjęcie natychmiastowych działań nie jest wymagane. W dniu otrzymania opinii, mieszkaniec powrócił do DPS.

Starsza pielęgniarka koordynująca wyjaśniła: *nie miałam pełnej wiedzy, że leki są na stanie, natomiast w dokumentach wykazywany jest ich brak. Wiedziałam z kolei, że zdarzają się sytuacje, gdy oczekujemy na dostawę leków i nie są one wówczas dostępne na stanie w DPS.* Odnosząc się do sposobu prowadzenia dokumentacji wyjaśniła: *taki sposób funkcjonował od lat, był wynikiem przyjętej praktyki. Nie obowiązują żadne wzory dokumentów, wszystko wypracowałyśmy same.* Co do niedokumentowania podania każdej dawki leku, podała, że wynikało to z *przyjętej praktyki.* Odnosząc się do nierzetelnych wpisów dotyczących rozchodu leku wyjaśniła, że był to błąd osoby wypełniającej dokumentację a prawdopodobną przyczyną mogła być rutyna.

(akta kontroli str. 898-902, 909-913)

Dyrektor wyjaśniła, że przerwy w podawaniu leków wynikały z błędnego zapisu rozchodowanych leków, jak również z długiego czasu oczekiwania na wypisanie recepty przez lekarza w POZ. Dodała, że *nie jest w stanie przedstawić dowodów potwierdzających, że część leków, których brakowało w dokumentacji, faktycznie była na stanie.* Nadmienila, że *na oddziale występują niewielkie nadwyżki niektórych leków spowodowane np. zmianą leczenia, pobytem w szpitalu specjalistycznym, zgonem.* Wyjaśniając kwestie braku indywidualnego potwierdzania podania leków, Dyrektor wyjaśniła, że leki przyjmowane były zawsze w obecności pielęgniarki. Co do rozproszenia, braków i nierzetelności prowadzonej dokumentacji, Dyrektor wskazała, że taka była praktyka, a błędy wynikają z zaniedbania personelu pielęgniarskiego. NIK zwraca jednak uwagę, że chaotycznie prowadzona dokumentacja i konieczność czasochłonnych analiz pozwalających na ustalenie stanu faktycznego potwierdza konieczność podjęcia niezwłocznych działań zmierzających do uporządkowania procesu gospodarowania lekami w DPS.

(akta kontroli str. 26-27, 884, 914-918, 934-936)

NIK zwraca uwagę, że nieprzestrzeganie wymogów określonych w wewnętrznej procedurze, niewywiązywanie się z obowiązków określonych w zakresach czynności oraz nieobjęcie tego obszaru nadzorem przez Dyrektora DPS wskazuje na słabość systemu kontroli zarządczej funkcjonującego w jednostce w tym obszarze.

Dyrektor podjęła niezwłoczne działania wyjaśniające sytuację zdrowotną trzech mieszkańców, których dokumentacja objęta była szczegółową analizą. Zostali oni niezwłocznie skonsultowani przez lekarza psychiatrę, a dwoje z nich także przez lekarza POZ. Dyrektor wprowadziła nową procedurę dotyczącą zakupu i rozchodu leków, indywidualną kartę zleceń lekarskich na dany miesiąc, na której wpisuje się nazwę leku, dawkowanie i potwierdza się jego podanie. Wprowadzono też kartę pobrania leku z magazynu leków. Dyrektor przygotowała i wyposażała pomieszczenie pełniące funkcję magazynu leków, a do prowadzenia gospodarki lekowej zakupiła oprogramowanie informatyczne i zleciła szkolenie pracownika. Ponadto wprowadziła indywidualne koszyki opatrzone imieniem i nazwiskiem mieszkańca, przechowywane w zamykanych szafach, w dyżurkach pielęgniarskich. Ponadto uzgodniła nowe zasady współpracy z lekarzem POZ. Aktualnie recepty dla mieszkańców wystawiane będą podczas wizyt lekarskich w siedzibie DPS.

(akta kontroli str. 860, 884, 885-892, 943)

7. W wyniku oględzin ustalono, że dwojgu mieszkańcom podawano lek Chloroprotixen w dawce niższej niż zlecona przez lekarza psychiatrę, co było działaniem nierzetelnym. Mieszkańcom tym zlecono lek Chloroprotixen 50 mg z dawkowaniem 2x1 tabletki, tj. łącznie 100 mg. Oględziny wykazały, że w DPS dostępny jest jedynie lek Chloroprotixen 15 mg, a według wyjaśnień pielęgniarki nadzorującej pracę pielęgniarek na tym piętrze, mieszkańcom podaje się łącznie sześć tabletek.

Skierowano zawiadomienie w trybie art. 51 ust. 1 ustawy o NIK o okolicznościach mogących wskazywać na bezpośrednie niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia ludzkiego. Dyrektor potwierdziła wyjaśnienia pielęgniarek, a po niezwłocznej konsultacji telefonicznej z lekarzem psychiatrą wyjaśniła, że podawana dawka jest równoważna, nie zaburza funkcjonowania mieszkańca i nie stanowi bezpośredniego niebezpieczeństwa dla jego zdrowia.

(akta kontroli str. 6, 898-902, 928)

NIK zwraca uwagę, że zmniejszenie faktycznie stosowanej dawki, mimo iż pozostaje bez istotnego wpływu na stan mieszkańców, nie zostało przed ujawnieniem nieprawidłowości przez NIK formalnie skonsultowane z lekarzem psychiatrą ani odnotowane w ich indywidualnej dokumentacji medycznej.

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

- nie spełniała wymogów wynikających z § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DPS, ponieważ żaden z analizowanych dokumentów nie został sporządzony z udziałem mieszkańca, ani nie zawierał adnotacji, że sporządzenie IPW z jego udziałem nie było możliwe;
- nie spełniała wymogów przewidzianych w § 5 ust. 1-3 rozporządzenia z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi⁵⁸, gdyż nie został określony planowany rodzaj, zakres programowy oraz wymiar czasu zajęć rehabilitacji społecznej;
- indywidualnateczka mieszkańca zawierała dokument opisany jako IPW i oznaczony latami od roku przyjęcia do 2022 r. lub 2024 roku, a dokumentacja nie miała waloru planistycznego, wypełniana była na bieżąco, w sytuacji zaistnienia konkretnego problemu danego mieszkańca (opisywano podejmowane działania i dokonywano oceny).

(akta kontroli str. 504-582)

Z wyjaśnień Kierownik O-T i Dyrektora DPS wynika, że plany przygotowywano według własnego wzoru, opracowanego na początku powstania DPS. Dodała, że doprecyzowanie w ustawie obligatoryjnych elementów ułatwiłoby pracę i ujednoliciłoby prowadzenie dokumentacji.

NIK zwraca uwagę, że stosowana dokumentacja nie miała waloru planistycznego i nie spełniała ww. wymogów. Braki ujęto w IPW, opracowano nowy druk o charakterze planistycznym, uwzględniający ww. wymogi, zatem NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 864-865)

9. Dyrektor nie przestrzegała obowiązku powoływania raz w roku zespołu do spraw kontroli postępowania z depozytami, czym naruszyła § 14 instrukcji w sprawie trybu postępowania z depozytami wartościowymi i depozytami pieniężnymi mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim. Zespół taki powołany został dopiero zarządzeniem nr 5/2024 z 29 lutego 2024 r., tj. w trakcie kontroli NIK.

(akta kontroli str. 988-1002)

Dyrektor wyjaśniła, że obowiązek sporządzenia projektu zarządzenia spoczywał na głównej księgowej, która nie wykonała tego obowiązku. W trakcie kontroli NIK Dyrektor powołała komisję, która w ramach przeprowadzonych czynności nie

⁵⁸ Dz. U. poz. 250.

stwierdziła nieprawidłowości. W związku z powyższym, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 882, 1003-1012)

10. Na dzień 31 grudnia 2020 r.⁵⁹, wskutek niepodjęcia uprzednio sformalizowanych działań, na koncie depozytowym DPS figurowały depozyty po 16 zmarłych w latach 2018-2020 na kwotę 74 tys. zł, 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 depozytów⁶⁰, 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 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. Ww. działań zaniechano.

(akta kontroli str. 998-1001, 1013-1014, 1017)

Dyrektor wyjaśniła, że po objęciu stanowiska sukcesywnie dokonywała analizy treści procedur i wiele z nich zostało uszczegółowionych i aktualizowanych. Dopiero po wprowadzeniu nowej procedury pracownicy mieli szczegółowe wytyczne dotyczące procesu likwidacji depozytów po zmarłych mieszkańcach, a działania te rozpoczęto w marcu 2021 r.

(akta kontroli str. 881)

W związku z podejmowaniem od marca 2021 r. udokumentowanych działań pozwalających na skierowanie wniosków do właściwego sądu, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność jednostki w kontrolowanym zakresie. Ocenę uzasadnia brak okresowych badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańców w zakresie uzasadniającym ich dalszy pobyt w DPS i nieprawidłowo realizowane leczenie zlecone przez lekarzy. W szczególności były to przerwy w dostępności leków w DPS, brak indywidualnego potwierdzenia podawania leków i odnotowywania dat rozpoczęcia konkretnych terapii, stosowanie dawek innych niż zlecone u dwojga mieszkańców. W DPS pracownicy ochrony proszeni byli przez personel DPS o pomoc przy wykonywaniu czynności na rzecz mieszkańców, co nie znalazło podstaw w zawartej umowie. Nierzetelnie prowadzono dokumentację dotyczącą gospodarki lekowej, IPW, czynności pielęgnacyjnych. Tryb postępowania z odleżynami był też odmienny od uregulowanego w wewnętrznej procedurze. Ponadto nie dokonywano corocznej kontroli postępowania z depozytami, a na pierwszy dzień okresu objętego kontrolą, na koncie depozytowym DPS figurowały środki w wysokości 74 tys. zł, których nie wypłacono osobom uprawnionym ani nie przekazano na rzecz Skarbu Państwa z uwagi na brak uprzednio podjętych sformalizowanych działań. Pozytywnym aspektem była możliwość samodzielnego opuszczania DPS przez mieszkańców oraz możliwość skorzystania ze różnicowanych form terapii dostosowanych do zindywidualizowanych potrzeb

⁵⁹ Stan wyjściowy na pierwszy dzień okresu objętego kontrolą.

⁶⁰ Dz. U. Nr 208, poz. 1537, ze zm.

mieszkańców. Najistotniejsze nieprawidłowości bezpośrednio wpływające na prawa mieszkańców zostały usunięte w trakcie kontroli NIK.

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 uwagi i wnioski:

Wnioski

1. Przestrzeganie warunków określonych w zezwoleniu wojewody dotyczących liczby mieszkańców DPS w celu zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańców i zapewnienia standardu usług.
2. Zapewnienie trwałego osiągnięcia wskaźnika zatrudnienia pracowników Zespołu T-O w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na jednego mieszkańca.
3. Przestrzeganie wymaganej częstotliwości szkoleń na temat praw mieszkańca oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami dla wszystkich pracowników Zespołu T-O, zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS.
4. Wyeliminowanie przypadków angażowania pracowników ochrony do wykonywania czynności, do których nie są uprawnieni.
5. Ewidencjonowanie wszystkich zdarzeń nadzwyczajnych w prowadzonym rejestrze.
6. Kontynuowanie działań zapewniających prawidłową realizację leczenia mieszkańców poprzez wyeliminowanie przerw w dostępności leków, stosowanie dawek leków zgodnych ze zleceniem lekarskim i rzetelne prowadzenie dokumentacji dotyczącej tego procesu, co pozwoli na przestrzeganie prawa mieszkańców do ochrony zdrowia i zapewni ich bezpieczeństwo.
7. Zapewnienie skutecznych i adekwatnych mechanizmów kontroli zarządczej, zgodnie z art. 68 ust. 2 pkt. 1 uofp w celu zagwarantowania przestrzegania przepisów prawa i procedur wewnętrznych.

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 NIK 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, czerwca 2024 r.

Kontroler:

Marzena Baradziej
główny specjalista kontroli
państwowej

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

.....
podpis

.....
podpis

Mariusz Jedynak
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Sporządzili:

Marzena Baradziej, główny specjalista kontroli państwowej, dnia czerwca 2024 r.....

Mariusz Jedynak, specjalista kontroli państwowej, dnia czerwca 2024 r.

Uzgodniono z:

Janem Woźniakiem, doradcą prawnym, dnia czerwca 2024 r.