



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.5.1.2024

Pan  
Artur Cygan  
Dyrektor Domu Pomocy Społecznej  
w Strzałkowie

Dom Pomocy Społecznej w Strzałkowie  
ul. Pułaskiego 1  
62-420 Strzałkowo

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jednostka kontrolowana              | Dom Pomocy Społecznej w Strzałkowie <sup>1</sup><br>ul. Pułaskiego 1, 62-420 Strzałkowo                                                                                                                                                                        |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Artur Cygan, Dyrektor Domu od 15 lutego 1996 r. <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                   |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | 1. Warunki organizacyjne w DPS dla osób dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych.<br>2. Przestrzeganie praw mieszkańców <sup>3</sup> DPS i realizacja usług dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb. |
| Okres objęty kontrolą               | Lata 2021-2024 (do 12 czerwca), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały związek z przedmiotem kontroli <sup>4</sup> .                                                                                                           |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli   | Art. 2 ust. 2 ustawy z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>5</sup>                                                                                                                                                                             |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura w Poznaniu                                                                                                                                                                                                               |
| Kontroler                           | 1. Arkadiusz Kłonowski, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LPO/028/2024 z 22 lutego 2024 r.<br>2. Agata Nowak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LPO/048/2024 z 3 kwietnia 2024 r.                                                     |

(akta kontroli str. 1-2, 7)

## OCENA OGÓLNA

---

<sup>1</sup> Dalej: Dom albo DPS.

<sup>2</sup> Dalej: Dyrektor.

<sup>3</sup> Dalej także: pensionariusze.

<sup>4</sup> Dalej także: kontrolowany albo badany okres.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>6</sup> kontrolowanej działalności

W latach 2021-2024 (do 12 czerwca) stworzone w DPS warunki organizacyjne oraz sposób realizacji usług świadczonych na rzecz mieszkańców co do zasady zapewniały przestrzeganie ich praw, jednak podejmowane w tym zakresie działania nie zawsze były zgodne z powszechnie i wewnętrznie obowiązującymi regulacjami, rzetelne i udokumentowane w sposób pozwalający na ich monitorowanie i weryfikację, co świadczyło o nie w pełni prawidłowym funkcjonowaniu kontroli zarządczej.

Opieka nad pensjonariuszami Domu była sprawowana z poszanowaniem ich konstytucyjnych praw<sup>7</sup> i wolności, obejmujących m.in. prawo do prywatności, nietykalności osobistej, praw wyborczych, a także prawa do ochrony zdrowia, wolność osobistą oraz poruszania się, komunikowania się, jak również wyrażania poglądów. Liczba pensjonariuszy nie przekraczała wskazanej w zezwoleniu Wojewody Wielkopolskiego<sup>8</sup>, a funkcjonowanie Domu regulowały liczne i szczegółowe procedury wewnętrzne, których postanowienia nie ograniczały praw mieszkańców, także w trakcie epidemii COVID-19. Budynki DPS i ich pomieszczenia<sup>9</sup>, za wyjątkiem jednego z nich, były dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, czyste oraz gwarantowały pensjonariuszom niezbędną intymność i godność. Ich ogólny stan techniczny i sanitarny nie zagrażał bezpieczeństwu mieszkańców, ale w Domu od grudnia 2023 r. nie funkcjonował system przyzywowo-alarmowy, a wcześniej był on sprawny jedynie w niewielkiej części pokoi mieszkalnych. Pokoje te, oprócz jednego, spełniały wymóg minimalnej powierzchni oraz wyposażenia, a mieszkańcy mieli do dyspozycji co najmniej trzy posiłki dziennie oraz możliwość otrzymania posiłku dodatkowego lub dietetycznego. Nie zawsze jednak rzetelnie dokumentowano wymianę pościeli i ręczników, a w przypadku pościeli w niektórych przypadkach nie zapewniono jej wymiany z wymaganą częstotliwością, nawet przez 27 dni. Pensjonariuszom zagwarantowano dostęp do psychologa i psychiatry a członkowie m.in. kierownictwa Domu i współpracujące z nim pielęgniarki mieli wieloletnie doświadczenie zawodowe, przy czym liczba etatów pracowników socjalnych była – minimalnie<sup>10</sup> – niższa od wymaganej. Sporządzano i przekazywano w tym zakresie sprawozdania MRiPS-05<sup>11</sup>, jednak ujmowane w nich dane dotyczące m.in. liczby i etatów poszczególnych pracowników, nie zawsze były w pełni rzetelne. Pomimo uwzględniania w składzie zespołu terapeutyczno-opiekuńczego osób zatrudnionych w DPS na podstawie umów cywilnoprawnych zanim stało się to dopuszczalne, zapewniono właściwą liczbę członków tego zespołu oraz wymaganą cykliczność ich szkoleń, z tym że nie wszyscy wzięli w nich udział. Co do zasady realizowano zalecenia licznych podmiotów kontrolujących Dom i przeprowadzających jego kompleksowy audyt, rzetelnie rozpatrzone jedyną zewnętrzną skargę. Na bieżąco, na miarę możliwości, przy współpracy m.in. z samorządem mieszkańców, realizowano ich postulaty dotyczące funkcjonowania DPS, umożliwiając regularny kontakt m.in. z kierownictwem Domu. Pensjonariuszom zapewniono też zróżnicowaną ofertę zajęć terapeutycznych, udział w imprezach kulturalnych i turystycznych, praktykach religijnych oraz ogólnopolskich wyborach samorządowych jakie odbyły się w kwietniu 2024 r.

Mieszkańcom zapewniono możliwość swobodnego opuszczania DPS, a jej ograniczenia przez Dyrektora następowały wyłącznie na podstawie zaświadczeń lekarskich potwierdzających taką konieczność. Przy czym w jednym przypadku decyzja Dyrektora została wydana na podstawie zaświadczenia niezawierającego informacji o czasie ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania DPS. W Domu podejmowano wielopłaszczyznowe działania dla ograniczenia samowolnych oddaleń pensjonariuszy jednak, z przyczyn generalnie niezależnych od DPS, nie okazały się one skuteczne – przy czym jedną z osobistych kontroli prawidłowości przebiegu pracy w Domu w porze nocnej dokonano z blisko dwumiesięcznym opóźnieniem. NIK nie stwierdziła stosowania przez pracowników Domu przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców ani naruszania ich praw w tej materii. Jednak niezapewnienie mieszkańcom Domu całodobowej opieki pielęgniarstwa może skutkować naruszeniem, wynikających z obowiązujących przepisów, zasad stosowania

<sup>6</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>7</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).

<sup>8</sup> Dalej: Wojewoda.

<sup>9</sup> Objęte próbą badawczą.

<sup>10</sup> 2,5 zamiast 2,6.

<sup>11</sup> Wybrane informacje o domach pomocy społecznej o zasięgu gminnym, powiatowym i regionalnym oraz o placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej. Dalej: sprawozdania MRiPS-05.

środku przymusu bezpośredniego w sytuacjach nagłych. Z jednym wyjątkiem, na skutek przyjętej interpretacji przepisów prawa, nie przeprowadzano natomiast okresowych badań stanu zdrowia psychicznego pensjonariuszy w zakresie uzasadniającym ich dalszy pobyt w DPS. Podejmowano udokumentowane, terminowe działania, które pozwoliły na likwidację jedyne go depozytu, a pozostające w nim przedmioty przekazano osobie uprawnionej. W Domu nie funkcjonowała natomiast pisemna procedura postępowania z indywidualnym kontem bankowym mieszkańca w przypadku kiedy jego opiekunem prawnym był pracownik DPS, co nie sprzyjało jednolitości i transparentności działań podejmowanych w przedmiotowych przypadkach. Nie sformalizowano również zasad ewidencjonowania i dokumentowania realizowanych na rzecz pensjonariuszy świadczeń przez pielęgniarki, a także części czynności pielęgnacyjnych. Skutkowało to brakiem możliwości sprawowania rzetelnego nadzoru nad wykonywaniem ww. zadań. Proces leczenia, w tym stosowana u mieszkańców farmakoterapia nie była dokumentowana w sposób pozwalający na ustalenie produktów leczniczych podawanych mieszkańcom i rzetelności realizacji zleceń lekarskich. Powyższa ocena znalazła również potwierdzenie w opinii biegłego powołanego w toku niniejszej kontroli. Nie zapewniono również opracowywania indywidualnych planów wspierania mieszkańców<sup>12</sup> w sposób w pełni rzetelny oraz zapewniający ujęcie w nich wszystkich wymaganych informacji, przy czym ocena realizacji Planów nie była dokonywana w sposób udokumentowany. Ponadto nie określano w odniesieniu do pensjonariuszy celów jakie mają być osiągnięte z wykorzystaniem zajęć rehabilitacji społecznej. Nie stwierdzono natomiast wystąpienia negatywnych skutków ww. nieprawidłowości dla mieszkańców, których dokumentacja była objęta badaniem.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>13</sup> kontrolowanej działalności

#### OBSZAR

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

#### Opis stanu faktycznego

1.1. W myśl postanowień zezwolenia Wojewody na prowadzenie Domu<sup>14</sup>, Statutu<sup>15</sup> i Regulaminu Organizacyjnego DPS<sup>16</sup>, Dom był jednostką budżetową Powiatu Słupckiego przeznaczoną dla 130 dorosłych mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie, wpisaną do rejestru domów pomocy społecznej pod pozycją 43 z ww. liczbą miejsc<sup>17</sup>. W DPS nie przewidziano świadczenia usług wsparcia krótkoterminowego, o których mowa w art. 55a i następnych ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<sup>18</sup>.

(akta kontroli str. 8-20, 421, 1343-1359)

Liczba mieszkańców Domu według stanu na 1 stycznia 2021 r. i 31 grudnia lat 2021-2023 oraz 29 lutego 2024 r. nie przekraczała limitu określonego w zezwoleniu i wynosiła odpowiednio: 127, 128, 130, 129 i 128<sup>19</sup>. W ww. datach liczba mieszkańców ubezwłasnowolnionych całkowicie wahała się od 78 do 82, a ubezwłasnowolnionych częściowo – od 7 do 8. Kuratorami albo opiekunami prawnymi dla ww. dwóch grup osób byli odpowiednio: członkowie rodziny (od 36 do 37 i 2), pracownicy DPS (od 38 do 40 i 4) oraz inne obce osoby<sup>20</sup> (od 4 do 6 i od 1 do 2). W kolejnych latach okresu 2021-2024 (do 29 lutego) zmarło odpowiednio: 10, 5, 6 i 3 mieszkańców, z czego: 6, 3, 0 i 1 w Domu a pozostali w szpitalu. W sześciu kolejnych, dziesięcioletnich przedziałach wiekowych, poczynając od 26-35 a skończywszy na 76-85 lat, zmarłych było odpowiednio: 2, 1, 5, 6, 7 i 1. Z kolei, mając

<sup>12</sup> Dalej: indywidualny plan albo IPW.

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> Z 23 października 2008 r., na czas nieokreślony, nie było następnie zmieniane – dalej: zezwolenie.

<sup>15</sup> Uchwała Rady Powiatu Słupckiego Nr XI/79/07 z 28 września 2007 r., dalej: statut.

<sup>16</sup> Uchwała Zarządu Powiatu Słupckiego nr 246/2017 z 21 sierpnia 2017 r., dalej: regulamin organizacyjny.

<sup>17</sup> W niniejszym profilu Dom funkcjonuje od 1965 r.

<sup>18</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 901, ze zm., dalej: ustawa o pomocy społecznej albo uops.

<sup>19</sup> Nie znajdował tu zastosowania 100-osobowy limit mieszkańców, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 1 lit. d rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 734, ze zm., dalej: rozporządzenie o dps), z uwagi na treść § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 17 stycznia 2018 r. zmieniającego ww. rozporządzenie (Dz.U. poz. 278, dalej: rozporządzenie zmieniające), zgodnie z którym przepisu § 6 ust. 1 pkt 1 lit. d rozporządzenia o dps, nie stosuje się do domu pomocy społecznej położonego w budynku albo budynkach, w których 31 grudnia 2013 r. był prowadzony taki dom.

<sup>20</sup> W tym pielęgniarki działające w ramach spółki cywilnej, mające codzienny kontakt z mieszkańcami.

na uwadze czas pobytu zmarłych w DPS przed śmiercią, dla trzech z nich było to poniżej roku, dla sześciu – od 3 do 5 lat, a dla 15 – powyżej 5 lat.

(akta kontroli str. 421-424, 1500-1501)

Postanowienia statutu w zakresie struktury organizacyjnej DPS i zakresu jego zadań uszczegóławiał opracowany przez Dyrektora i przyjęty przez Zarząd Powiatu Słupskiego regulamin organizacyjny, co było zgodne z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dps. Dyrektor był odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie Domu, w tym: przestrzeganie praw i wolności mieszkańców, zapoznavanie ich z uprawnieniami i obowiązkami oraz organizowanie zespołu terapeutyczno-opiekuńczego<sup>21</sup> opracowującego i realizującego IPW. W DPS funkcjonowały dwa działy usług, terapeutyczno-opiekuńczych oraz pomocniczych, w ramach których wyodrębniono zespoły, odpowiednio: opieki i terapii, wsparcia i pielęgnacji oraz finansowo-księgowy i gospodarczy, a także stanowiska samodzielne. Do zadań pierwszego z ww. zespołów należało m.in.: tworzenie i realizacja IPW; pomoc mieszkańcom przy toalecie, spożywaniu posiłków i dokonywaniu zakupów; dbałość o porządek i estetyczny wygląd pomieszczeń Domu, segregowanie i ewidencjonowanie odzieży oraz monitorowanie wyjść mieszkańców. Zespół wsparcia i pielęgnacji m.in. monitorował gospodarkę lekami, sprawował ogólny nadzór nad stanem sanitarnym zakładu, segregował i ewidencjonował pościel. Z kolei do zadań zespołu finansowo-księgowego należało m.in. przyjmowanie i bezpieczne przechowywanie papierów i depozytów wartościowych mieszkańców a zespół gospodarczy odpowiadał m.in. za gospodarkę żywieniową. Wśród stanowisk samodzielnych przewidziano inspektora-dietetyka oraz kapelana, odpowiedzialnego za zaspokajanie potrzeb religijnych mieszkańców.

(akta kontroli str. 8-20, 1500-1501)

1.2. Obok statutu i regulaminu organizacyjnego w DPS funkcjonowały dodatkowe regulacje wewnętrzne odnoszące się do kwestii praw mieszkańców, wprowadzane zarządzeniami Dyrektora w okresie objętym kontrolą oraz latami go poprzedzających. Były to m.in. procedury w sprawie: Regulaminu praw i obowiązków mieszkańców<sup>22</sup>; regulaminu Rady Mieszkańców; funkcjonowania Zespołu; postępowania pracowników<sup>23</sup>; trybu postępowania z depozytami wartościowymi i depozytami pieniężnymi; postępowania z kluczami oraz zabezpieczeń; zapobiegania zachowaniom agresywnym i stosowania przymusu bezpośredniego; kasacji odzieży przedmiotów i urządzeń mieszkańca; czynności kontrolnych w porze nocnej; prowadzenia rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców domu. We wspomnianej procedurze dotyczącej zgonu mieszkańca określono m.in. pracowników odpowiedzialnych za: zawiadomienie lekarza; zabezpieczenie ciała do jego przyjazdu i umieszczenie zwłok w stosownym miejscu po stwierdzeniu zgonu; zawiadomienie zakładu pogrzebowego, przedstawiciela ustawowego i bliskich pensjonariusza; zorganizowanie pochówku, zabezpieczenie mienia, uregulowanie kwestii spadkowych i podsumowanie pobytu mieszkańca.

W kluczowej kwestii praw mieszkańców DPS w ww. procedurach szczegółowo wymieniono te prawa i opisano zasady ich realizacji. Wskazano jednocześnie, że Dom świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających, a organizacja DPS, zakres i poziom świadczonych usług uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności, co było zgodne z treścią art. 55 ust. 1 i 2 uops oraz § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dps. O kwestiach związanych z poszczególnymi prawami mieszkańców, takimi jak m.in.: samorządność, zgłaszanie skarg i wniosków, przebywanie poza domem, bezpieczne przechowywanie środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych, będzie mowa szerzej w dalszych punktach niniejszego wystąpienia pokontrolnego. W ww. procedurach opisano również obowiązki mieszkańców<sup>24</sup>, wskazując, że ich naruszenie może być przedmiotem rozpatrywania przez Radę Mieszkańców

<sup>21</sup> O którym mowa w § 2 ust. 2 rozporządzenia o dps, dalej: Zespół albo ZTO.

<sup>22</sup> Załącznik do zarządzenia Dyrektora nr 11 z 10 maja 2011 r., dalej: RPIO.

<sup>23</sup> Dotyczące najczęściej powtarzających się zdarzeń, w tym: przyjęcia osoby do DPS, wyznaczenia pracownika pierwszego kontaktu (o którym mowa w § 3 ust. 2 rozporządzenia o dps), udzielenia mieszkańcowi pomocy przedmedycznej; dysponowania przez mieszkańców środkami finansowymi; urlopu mieszkańca; zapobiegania zachowaniom agresywnym; oddalenia się mieszkańca oraz jego zgonu.

<sup>24</sup> M.in. współdziałanie z pracownikami Domu w zaspokajaniu potrzeb; dbanie o higienę osobistą, wygląd zewnętrzny, estetykę otoczenia i wyposażenie DPS; przestrzeganie norm i zasad współżycia społecznego; stosowanie się do wymagań dotyczących organizacji dnia; palenie papierosów w miejscach wyznaczonych i zachowanie trzeźwości.

i Dyrektora lub stanowić podstawę do powiadomienia prokuratury lub policji o naruszeniu powszechnie przyjętych norm. Wewnętrzne regulacje Domu nie zawierały kar za nieprzestrzeganie ww. obowiązków, a ich postanowienia były zgodne z przepisami powszechnie obowiązującymi i nie ograniczały bezpodstawnie praw pensjonariuszy.

(akta kontroli str. 21-87, 1500-1501)

W okresie objętym kontrolą, z uwagi na epidemię COVID-19, obowiązywały również związane z nią, cykliczne zarządzenia Dyrektora<sup>25</sup> odnoszące się m.in. do kwestii zawieszenia do odwołania wszelkich form działalności z udziałem osób postronnych (duszpasterskiej, rehabilitacyjnej, fryzjerskiej) oraz wizyt w poradniach specjalistycznych, a także zakazów: wstępu na teren Domu osobom, których obecność nie była konieczna dla zapewnienia jego działań; wyjść mieszkańców poza teren DPS; odwiedzin oraz urlopów. Rygory te następnie łagodzone albo ponownie, okresowo zaostrzano, dopuszczając ww. aktywności pod dodatkowymi warunkami, takimi jak: ważny powód; stosowanie środków ochrony indywidualnej; zgłoszenie wyjścia opiekunom, ich asysta albo zgoda Dyrektora; wcześniejsze uzgadnianie terminu, czasu i miejsca odwiedzin; przekazywanie produktów spożywczych oryginalnie zapakowanych, przyjęcie dwóch dawek szczepionki przez mieszkańca lub odwiedzającego. Dnia 11 maja 2021 r., w związku z *ustaniem bezpośredniego zagrożenia epidemicznego wirusa*<sup>26</sup> Dyrektor odwołał m.in. swoje uprzednie zarządzenie nr 6/2020 z 16 marca 2020 r.<sup>27</sup> Z kolei po wydaniu, 19 maja 2021 r., zaktualizowanych rekomendacji ministrów Rodziny i Polityki Społecznej, Zdrowia oraz Głównego Inspektora Sanitarnego<sup>28</sup>, Dyrektor 26 maja 2021 r. wydał zarządzenie nr 12/2021 regulując przedmiotowe kwestie w zgodzie z ww. rekomendacjami. Ograniczenia praw pensjonariuszy następnie, 2 lutego 2022 r., okresowo reaktywowano w związku z ponownym rozprzestrzenianiem się wirusa, profilaktycznie zalecając m.in. ograniczenie do minimum: przejść między budynkami, wyjść mieszkańców poza teren Domu, odwiedzin i urlopów. Od 20 kwietnia 2022 r.<sup>29</sup> przywrócono możliwość: wyjść poza teren DPS, urlopowania i odwiedzin pensjonariuszy na ogólnie przyjętych w RPIO zasadach, zgodnie z którymi mieli oni prawo m.in. do: przebywania poza Domem po uprzednim powiadomieniu Dyrektora lub upoważnionego pracownika oraz nawiązywania i utrzymywania kontaktów z krewnymi i znajomymi a także przyjmowania ich odwiedzin<sup>30</sup> – o czym szerzej w obszarze drugim niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Mieszkańcy byli informowani o ww. rygorach i ich modyfikowaniu m.in. w trakcie posiedzeń Rady Mieszkańców.

(akta kontroli str. 88-126, 755-801, 1500-1501)

1.3. Liczba etatowych pracowników Domu, według stanu na 1 stycznia 2021 r. i 31 grudnia lat 2021-2022, wynosiła 83, a na 31 grudnia 2023 – 82, przy czym liczba etatów wahała się również od 82 do 83<sup>31</sup>. Staże pracy w DPS Dyrektora i jego Zastępcy wynosiły odpowiednio 28 i 29 lat, a czterech koordynatorów ww. zespołów – od 14 do 25 lat, przy czym staże ostatnich pięciu osób na aktualnych stanowiskach, od roku do pięciu lat, z uwagi na skumulowane w czasie skorzystanie z praw emerytalnych przez osoby uprzednio realizujące ww. zadania.

(akta kontroli str. 425-426, 482-509, 1502-1503)

Od 63 do 65 z ww. pracowników zapewniało mieszkańcom usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające, przy czym najwięcej z nich zajmowało stanowiska opiekunów (od 35 do 37)

<sup>25</sup> W sprawie: wprowadzenia procedur zapobiegających rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 (dalej: wirus) (z 16 marca 2020 r.); postępowania w sytuacji podejrzenia u mieszkańca przebywającego w Domu wystąpienia zarażenia wirusem (z 17 marca 2020 r.); zapewnienia ciągłości organizacji pracy i ustalenia wykazu zastępstw na poszczególnych stanowiskach pracy (z 26 marca 2020 r.); wprowadzenia procedury postępowania w sytuacji odosobnienia mieszkańca Domu ze względu na zagrożenie epidemiczne (z 7 kwietnia 2020 r.); wprowadzenia procedury postępowania w przypadku izolacji i kwarantanny mieszkańca Domu z powodu zarażenia wirusem (z 13 września 2020 r.); zasad opuszczania terenu DPS oraz odwiedzin mieszkańców (z: 31 sierpnia 2020 r.; 15 i 26 marca, 29 kwietnia, 7 i 26 maja 2021 r.); uchylenia procedur zapobiegających rozprzestrzenianiu się wirusa (z 11 maja 2021 r. - dotyczyło m.in. ww. zarządzenia z 16 marca 2020 r.); obowiązku wykonywania dodatkowych czynności w DPS związanych z zagrożeniem epidemicznym i rozprzestrzenianiem się wirusa (z 2 i 18 lutego 2022 r.); zniesienia ww. obowiązku (z 28 marca 2022 r.) oraz zmiany zasad opuszczania terenu DPS oraz odwiedzin mieszkańców (z 20 kwietnia 2022 r. - dotyczyło ww. zarządzenia z 26 maja 2021 r.).

<sup>26</sup> § 1 zarządzenia nr 11/2021.

<sup>27</sup> W sprawie wprowadzenia procedur zapobiegających rozprzestrzenianiu się wirusa.

<sup>28</sup> Zaktualizowane rekomendacje MRiPS, MZ i GIS dla domów pomocy społecznej i placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku w związku ze szczepieniami mieszkańców i pracowników tych placówek przeciwko COVID-19".

<sup>29</sup> Zarządzenie nr 22/2022.

<sup>30</sup> Rozdział II, punkt 1, tiret 16,19 i 23.

<sup>31</sup> 82,5 według stanu na 31 grudnia 2020 r.

i pokojowych (od 20 do 21), a żaden opiekuna medycznego. Pięciu pracowników DPS, w tym czterech zatrudnionych na stanowisku opiekuna<sup>32</sup>, zdało egzamin zawodowy w kwalifikacji Opiekun medyczny, wszyscy przed 1 stycznia 2021 r., przy czym żaden z nich nie skorzystał z możliwości ukończenia kursu doszkalającego<sup>33</sup>, uwzględniającego nową podstawę programową, zmienioną z dniem 1 września 2021 r.<sup>34</sup>

Dyrektor wyjaśnił m.in., że *Dom nie dysponuje informacjami, dlaczego ww. pracownicy nie skorzystali z przedmiotowej możliwości, przy czym sytuacja ta nie wpływała negatywnie na funkcjonowanie DPS.*

Oprócz opiekunów i pokojowych, ww. usługi świadczyli również pracownicy socjalni (3), koordynatorzy działów (2) oraz: zastępca dyrektora, terapeuta i psycholog<sup>35</sup>. "

Trzej pracownicy socjalni Domu w całym okresie objętym kontrolą byli zatrudnieni łącznie na 2,5 etatu, w efekcie czego – choć w relatywnie w niewielkim stopniu – nie został wypełniony wymóg zatrudniania ich nie mniej niż dwóch na stu mieszkańców DPS, w pełnym wymiarze czasu pracy, o którym to wymogu mowa w § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia o dps, będącym jednocześnie jednym z warunków efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających. Liczba pensjonariuszy Domu w kontrolowanych latach wahała się od 128 do 130, tj. maksymalnej określonej w zezwoleniu, a przy ww. liczbie etatów, w świetle przywołanego przelicznika, pracownicy socjalni mogli być przypisani maksymalnie do 125 mieszkańców. W konsekwencji tego, przedmiotowy wymóg, wobec od trzech do pięciu pensjonariuszy, z formalnoprawnego punktu widzenia, nie został spełniony.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że *prawodawca nie określił wprost, że jeden pracownik socjalny przypada na 50 mieszkańców, a w tym kontekście, pracownik socjalny zatrudniony w wymiarze 0,5 etatu obejmuje swoją działalnością grupę 30 mieszkańców Domu.* Na poparcie tej tezy przywołał protokół kontroli kompleksowej<sup>36</sup> przeprowadzonej w sierpniu 2011 r. w Domu Pomocy Społecznej w Nowym Sączu przez zespół kontrolny Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, gdzie za prawidłowe uznano zatrudnienie trzech pracowników socjalnych dla 180 mieszkańców.

NIK wskazuje, że prawodawca w ww. przepisie operuje trzema jednoznacznymi wyznacznikami: pełny wymiar czasu pracy, nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych oraz stu mieszkańców. Pośrednio wskazuje to na dążenie do możliwe precyzyjnego określenia ilu pensjonariuszy jest w stanie zaopiekować i wspomagać jeden ww. modelowy pracownik. Odmienny pogląd prowadziłyby do wniosku, że poszczególnym pracownikom socjalnym można przypisywać od jednego do nawet 99 mieszkańców, co jest sprzeczne m.in. z racjonalnymi względami organizacyjnymi i zasadami doświadczenia życiowego. Na marginesie, w bardziej współczesnych protokołach kontroli przeprowadzanych przez zespoły kontrolne ww. urzędu wojewódzkiego wskazywano już na konieczność zapewnienia precyzyjnie wyliczonej liczby etatów, wynikającej z ilorazu liczby miejsc zapewnianych w danym domu i liczby 50<sup>37</sup>. Również zatem w tym kontekście, wymagana dla Domu ww. wartość powinna wynosić 2,6 etatu.

(akta kontroli str. 421-429, 1343-1372, 1502-1503, 1514-1517)

Dane o pracownikach DPS, a także o liczbie jego mieszkańców i typie Domu ujmowano w sprawozdaniach MRiPS-05, przekazywanych przy pomocy Centralnej Aplikacji Statystycznej, przy czym nie zawsze sporządzano je w pełni rzetelnie, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

W okresie objętym kontrolą, od 18 do 19 pracowników Domu zapewniało mieszkańcom usługi bytowe, przy czym od 12 do 13 zajmowało stanowiska gospodarcze i obsługi, od pięciu do sześciu – administracji, a ponadto jeden – kierownika jednostki.

Obok ww. umów o pracę w kontrolowanym okresie obowiązywały albo zawarto umowy cywilnoprawne, których przedmiotem były: usługi pielęgniarские (pięć osób)<sup>38</sup>,

<sup>32</sup> Piąty był Koordynatorem Zespołu Wsparcia i Pielęgnacji.

<sup>33</sup> W ramach projektu Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, nr Projektu: POWR.07.01.00-00-0001/22.

<sup>34</sup> Rozporządzeniem Ministra Edukacji i Nauki z 28 maja 2021 r., zmieniającym rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.U. poz. 1087).

<sup>35</sup> Na 0,5 etatu, do 31 lipca 2021 r. Po tej dacie, patrz dwa akapity dalej.

<sup>36</sup> WP.III.431-2-13-11.

<sup>37</sup> Por. WP.-III.431.1.43.20222 z 10 listopada 2022 r. i WP-III.431.1.50.2022. z 17 kwietnia 2023 r.

<sup>38</sup> Roczne albo półroczne umowy pomiędzy DPS a ww. pielęgniarkami działającymi w ramach spółki cywilnej, na rzecz mieszkańców nieobjętych opieką długoterminową i niekwalifikujących się do takiej opieki. Niezależnie

ogólnousprawniające zajęcia rehabilitacyjne (dwie)<sup>39</sup>, świadczenia zdrowotne w dziedzinie psychiatrii (jedna), usługi umożliwiające zaspokojenie potrzeb religijnych (jedna)<sup>40</sup>, a także okazjonalne zlecenia wykonywania pracy na stanowisku pokojowej oraz opiekuna.

Przez cały okres objęty kontrolą, tj. zanim stało się to obligatoryjne z dniem 1 listopada 2023 r., zawierano umowy z lekarzem specjalistą w dziedzinie psychiatrii, prowadzącym indywidualną praktykę lekarską. Świadczenia miały być udzielane dwa razy w miesiącu w gabinecie lekarsko-pielęgniarskim przy DPS, w razie potrzeby w formie teleporady oraz, w razie konieczności, na wezwanie przez upoważnionego pracownika Domu. Zleceniobiorca zobowiązywał się także do prowadzenia dokumentacji medycznej mieszkańców w zakresie psychiatrii oraz przekazywania DPS informacji na potrzeby sprawozdawczości. W kolejnych latach okresu 2021-2024 (29 maja) odpowiednio: 83, 75, 74 i 50 pensionariuszy skorzystało z odpowiednio: 208, 210, 218 i 94 wizyt u ww. lekarza, w wymiarze od jednej do 11 wizyt.

Zastępca Dyrektora podała m.in., że zmiany w zakresie funkcjonowania mieszkańców zgłaszali opiekunowie pielęgniarcom, które stwierdzały zasadność albo konieczność udzielenia mieszkańcowi świadczeń przez lekarza psychiatrę. Członkowie zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w trakcie cotygodniowego omawiania bieżących spraw przekazywali swoje spostrzeżenia dotyczące pogorszenia stanu psychicznego mieszkańców koordynatorowi zespołu pielęgnacji i wsparcia, który po konsultacji z pielęgniarkami umawiał dla mieszkańca wizytę u psychiatry.

(akta kontroli str. 425-427, 580-611, 1343-1373, 1376-1382, 1502-1503, 2185)

Na wniosek mieszkańca, na skutek skierowania przez lekarza albo wskazań członków Zespołu, umożliwiano wizytę u psychologów zatrudnionych w podmiotach zewnętrznych<sup>41</sup> albo prowadzących prywatne gabinety, dowożąc na nie mieszkańców i zapewniając im obligatoryjny kontakt m.in. z ww. specjalistą, w rozumieniu § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia o dps.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że po ustaniu umowy z psychologiem, pensionariusze korzystali z poradni zewnętrznych, finansowanych z reguły przez NFZ. W wyjątkowych przypadkach, wizyta odbywała się w gabinecie prywatnym, ponieważ mieszkańcowi zależało na szybkim załatwieniu sprawy, okoliczne poradnie działające w ramach NFZ miały długie terminy, a opiekun prawny wyraził zgodę na prywatną wizytę.

W kolejnych latach okresu 2021-2024 (29 maja) odpowiednio: czterech, dwóch, pięciu i dwóch pensionariuszy skorzystało z odpowiednio: sześciu, dwóch, 14 i dwóch wizyt u ww. lekarza, w wymiarze od jednej do dziewięciu wizyt. W trakcie tych udokumentowanych badań przeprowadzano m.in.: rozmowy, wywiady, obserwacje, testy matryc Ravena, wybrane skale z testów inteligencji WAIS-R(PL), testy pamięci wzrokowej Bentona, konsultacje terapeutyczne na temat uzależnienia, inwentarz H.C. Gunzburga. Dom korzystał z usług łącznie kilkudziesięciu: poradni specjalistycznych, pracowni, laboratoriów, aptek i szpitali z terenu województwa wielkopolskiego.

(akta kontroli str. 1376-1382, 2185)

W latach 2021-2023 łącznie 13 osób odbyło – najczęściej półroczne – staże na stanowiskach: opiekuna pomocy społecznej (pięć), pomocy kuchennej (trzy), pokojowej (dwie), pracownika obsługi biurowej, asystenta do spraw księgowości i archiwisty<sup>42</sup>. Umowy w sprawie zorganizowania stażu zawierał z Powiatem Słupeckim, załącznikami do nich były programy stażu określające m.in. zakres wykonywanych zadań oraz rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych. Z kolei praktykę zawodową, na podstawie umów Domu z uczelnią akademicką, odbywała jedna osoba, w latach 2022 i 2023 w trakcie studiów I i II stopnia na kierunku Administracja<sup>43</sup>. W badanym okresie współpracowano też z wolontariuszami z Lokalnego Centrum Wolontariatu przy Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Strzałkowie oraz z Zespołu Szkół Ekonomicznych w Słupcy. Były to inicjatywy okazjonalne, polegające m.in. na wspólnym z mieszkańcami wykonywaniu ozdób świątecznych, porządkowaniu grobów zmarłych, pomocy w organizacji corocznych Zjazdów Rodzin

od tego, zapewnianie opieki długoterminowej (według skali Barthel) mieszkańcom wymagającym takiej opieki, następowało w ramach umowy z NFZ – od 1 lipca 2017 r. do 31 października 2024 r. (aneksowana).

<sup>39</sup> Przeprowadzane raz albo dwa razy w tygodniu, na terenie Domu.

<sup>40</sup> M.in.: odprawianie mszy i sprawowanie innych praktyk religijnych, udział w pielgrzymkach, przewodniczenie uroczystościom pogrzebowym mieszkańców, udział w pracach Zespołu (14 godzin w miesiącu).

<sup>41</sup> Dwie poradnie zdrowia psychicznego w miastach powiatowych oraz jedna gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych.

<sup>42</sup> Jedna osoba miała ukończony kurs pierwszej pomocy.

<sup>43</sup> Odpowiednio: osiem tygodni, 200 i 360 godzin – wykonywanie czynności w poszczególnych komórkach organizacyjnych Domu pod nadzorem etatowych pracowników.

Mieszkańców DPS. W kontrolowanym okresie nikt natomiast nie odbywał w Domu służby zastępczej w rozumieniu m.in. art. 559 ustawy o obronie Ojczyzny z 22 marca 2022 r.<sup>44</sup>  
(akta kontroli str. 428-429, 612-730, 1506-1508)

W skład Zespołu, według stanu na 31 grudnia lat 2020-2023 i 29 lutego 2024 r. wchodziło odpowiednio: 71, 72, 71, 71 i 70 osób, przy czym: 64, 65, 65, 63 i 64 pracowały w dziale usług terapeutycznych; 6, 6, 6, 8, 6 w ramach usług cywilnoprawnych – pielęgniarki i kapelan a w 2023 r. ponadto jeden opiekun i jedna pokojowa. W dwóch pierwszych ww. datach jedna osoba była stażystą-pokojową. Żaden z członków ZTO nie pracował w dziale usług pomocniczych. W przywołanych datach wskaźnik zatrudnienia pracowników Zespołu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, o którym mowa w § 6 ust. 2 pkt 3 lit. d rozporządzenia o dps wynosił odpowiednio: 0,50<sup>45</sup>; 0,51; 0,50; 0,54 i 0,54, a co za tym idzie, Dom spełniał wymóg posiadania nie mniej niż 0,5 pracownika na jednego mieszkańca przewidziany w ww. przepisie. Niezależnie od tego, w kontekście ww. wskaźnika, do ZTO przez cały okres objęty kontrolą wliczano także osoby zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych, przy czym do 30 października 2023 r. nie znajdowało to oparcia w obowiązujących przepisach<sup>46</sup>, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Pracownikami pierwszego kontaktu było odpowiednio: 27, 27, 29, 30 i 30 osób z – wyłącznie – działu terapeutyczno-opiekuńczego Domu, tj. opiekunowie, pracownicy socjalni i instruktor terapii zajęciowej. Każda z nich koordynowała działania wynikające z IPW wobec od jednego do dziesięciu mieszkańców, w tym w ramach systemu zastępstw.

(akta kontroli str. 467-509, 1482-1497, 1506-1508)

1.4. W zakresie spełniania przez Dom wybranych warunków, o których mowa w § 6 ust. 1 rozporządzenia o dps, NIK stwierdziła<sup>47</sup>, że:

1.4.1. Trzy jednopiętrowe, sąsiadujące ze sobą<sup>48</sup> budynki mieszkalne Domu (A, B, C<sup>49</sup>), przeznaczone odpowiednio dla: 76, 38 i 16 pensjonariuszy oraz budynek administracji (D), w którym m.in. odbywały się spotkania Rady Mieszkańców, albo były wyposażone w zabezpieczone poręczami podjazdy dla osób z niepełnosprawnością ruchową albo wejście do budynku znajdowało się na poziomie gruntu. W największym budynku znajdowała się zalecana dla tego typu domu, sprawna winda, uruchamiana się po użyciu tokenu, w jakie wyposażeni byli, jak wyjaśnił Dyrektor, *wszyscy pracownicy DPS*.

Budynki Domu oraz znajdujący się na terenie kompleksu staw były otoczone ogrodzeniami o zachowanej ciągłości, bez widocznych uszkodzeń, co sprzyjało zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa mieszkańców, w rozumieniu art. 55 ust. 2 uops.

DPS był wyposażony w regularnie kontrolowany<sup>50</sup> system sygnalizacji pożarowej. Świecenie się jednej z diod m.in. na pulpicie centrali tego systemu sygnalizowało uszkodzenie<sup>51</sup>, którego przyczyną finalnie okazało się zacięcie papieru we wbudowanej drukarce ww. centrali, co nie miało żadnego wpływu na funkcjonowanie urządzenia w jego podstawowym, najważniejszym zakresie. W poddanych oględzinom pomieszczeniach, na sufitach każdorazowo znajdowały się czujki ww. systemu, a przyciski ręcznego ostrzegacza pożarowego (ROP) dodatkowo zabezpieczono plastikowymi kloszami. Dyrektor wyjaśnił, że *w świetle wieloletnich doświadczeń pozwala to ograniczyć liczbę nieuzasadnionych użyci ww. przycisku przez mieszkańców a w konsekwencji – niezasadnych wezwań Straży Pożarnej, z którą system łączy się automatycznie, co jest rozwiązaniem ponadstandardowym, niewymaganym przepisami, a zwiększającym bezpieczeństwo mieszkańców i pracowników Domu*.

Sprawność systemu sygnalizacji pożarowej potwierdzały też wpisy w kartach obserwacji poszczególnych mieszkańców<sup>52</sup>. W maju 2023 r. opiekunowie i pokojowe odbyli szkolenie z zakresu obsługi sygnalizacji pożarowej.

<sup>44</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 248.

<sup>45</sup> Przy czym w wyliczeniach nie uwzględniono stażysty-pokojowej m.in. z uwagi na okresowy charakter stażu i niemożność przypisania poszczególnych, zrealizowanych godzin stażu do danej daty, natomiast w przypadku kapelana w okresie od 1 listopada 2023 r. do 29 lutego 2024 r. przyjęto 1/12 etatu – której to wartości odpowiada ww. liczba 14 godzin wynikająca z umowy zlecenia w relacji do 168 godzin pracy przypadających przeciętnie w miesiącu.

<sup>46</sup> I co na dzień 31 grudnia 2020, 2021 i 2022 r. podnosiłoby ww. wskaźnik do odpowiednio: 0,54; 0,55 i 0,53.

<sup>47</sup> M.in. w toku oględzin przeprowadzonych 13, 14 i 21 marca oraz 6 maja 2024 r.

<sup>48</sup> W odległości od kilkunastu do kilkudziesięciu metrów.

<sup>49</sup> Budynki A i B podpiwniczone.

<sup>50</sup> Przez wyspecjalizowany podmiot zewnętrzny, w zakresie systemów: monitorowania pożaru, sygnalizacji pożarowej, oddymiania a ponadto przyzywowo-alarmowego.

<sup>51</sup> Niedotyczące „uszkodzenia systemu”, „urządzenia alarmowego” oraz „urządzenia transmisji alarmu”.

<sup>52</sup> Np. jeden z mieszkańców w sposób niezamierzony aktywował alarm ppoż używając papierosa elektronicznego.

W Domu znajdował się też system przyzywowo-alarmowy, jednak nie było on sprawny, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

1.4.2. Widoczna tablica ogłoszeń zawierała wszystkie wymagane informacje, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1a rozporządzenia o dps, a także m.in. o: monitorowaniu obiektu, zasadach odwiedzin, członkach Rady Mieszkańców. Nie widniały na niej wezwania do odbioru depozytów, z uwagi na niewystąpienie ku temu przesłanek ujętych w art. 6 ust. 5 ustawy z 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów<sup>53</sup> – o czym szerzej w punkcie 2.7 niniejszego wystąpienia.

1.4.3. W Domu znajdowały się wszystkie typy pomieszczeń wymienionych w § 6 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia, w tym:

- pokoje dziennego pobytu, z których korzystali mieszkańcy, także siedzący w specjalnie dostosowanych wózkach inwalidzkich (leżący), wykonujący m.in. ozdoby świąteczne;
- gabinet przedmedycznej pomocy doraźnej, wyposażony m.in. w szafki, łóżko, parawan i artykuły medyczne, w którym obecne były dwie pielęgniarki;
- pokój gościnny wyposażony w niezbędne meble, przy czym Dyrektor wyjaśnił, że *rodziny mieszkańców odwiedzając ich nie udają się do pokoi mieszkalnych*;
- miejsce kultu religijnego (kaplica), wyposażone m.in. w przedmioty liturgiczne, z możliwością okresowego zwiększania powierzchni o sąsiadujący korytarz (ust. 1 pkt 10 lit. e);
- pomieszczenia do terapii i rehabilitacji, w tym: terapii zajęciowej<sup>54</sup>, fizjoterapii i zajęć usprawniających<sup>55</sup> oraz terapii gospodarstwa domowego. W tej ostatniej mieszkańcy – jak wyjaśnił Dyrektor i co potwierdziło dwóch obecnych pensjonariuszy – *zajmowali się zwiększaniem poziomu swojej samodzielności i polepszaniem kontaktów społecznych, uczestnicząc m.in., pod pieczę opiekunów, w pomocy w składaniu i wieszaniu odzieży, przekazywaniu brudnej i czystej bielizny do i z samochodu*. Ponadto, pensjonariusze uczestniczyli w warsztatach terapii zajęciowej m.in. w Babinie i Słupcy (ust. 1 pkt 10 lit. b), a także w zajęciach biblioterapii organizowanych w Bibliotece Publicznej Gminy Strzałkowo<sup>56</sup> (ust. 1 pkt 10 lit. c), terapii ogrodniczej i plastycznej.
- palarnia, w największym budynku A, wyposażona w wentylację mechaniczną i odpowiednio zabezpieczoną popielnicę. Odnosząc się do kwestii niewydzielania kolejnych pomieszczeń palarni w pozostałych dwóch, sąsiednich, mniejszych budynkach mieszkalnych (B i C), Dyrektor wyjaśnił, że *wydzielanie dodatkowych palarni w tych budynkach byłoby promowaniem palenia tytoniu, stwarzałoby wręcz komfortowe warunki do utrwalania zachowań niepożądanych z punktu widzenia zdrowia mieszkańców*. Ponadto, *staramy się wykorzystywać każde miejsce w budynkach na cele związane z terapią mieszkańców i stwarzania im warunków do zdrowego trybu życia*. Miejsca do palenia wyznaczono też na zewnątrz każdego z budynków Domu. Nie stwierdzono śladów, w tym zapachowych, palenia tytoniu w miejscach do tego nieprzeznaczonych, w tym na korytarzach oraz w poddanych oględzinom pomieszczeniach ww. budynków B i C.

1.4.4. W Domu znajdowało się również wydzielone, zamknięte, specjalnie przystosowane pomieszczenie do izolacji<sup>57</sup>, w rozumieniu art. 18d i 18e w zw. z art. 3 pkt 6 lit. d ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>58</sup>, a w nim specjalne, psychiatryczne łóżko, umożliwiające przewożenie pacjenta i zakotwiczenie sprzętu w podłożu, wyposażone m.in. w pasy skórzane. Cały zestaw nie nosił żadnych śladów użytkowania. Pomieszczenie było wyposażone w kamerę monitoringu, okna z częściowo matowymi szybami oraz drzwi z zamkiem zatraskowym, niemożliwe do otwarcia od wewnątrz bez użycia klucza, co zapewniało intymność i godność ewentualnym pacjentom oraz poczucie bezpieczeństwa pozostałym mieszkańcom Domu, o których to standardach mowa w art. 55 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej.

1.4.5. Dom dysponował pokojami mieszkalnymi jednoosobowymi i wieloosobowymi, a ich powierzchnia<sup>59</sup>, z jednym wyjątkiem, o którym szerzej w sekcji „Stwierdzone

<sup>53</sup> Dz. U. Nr 208, poz. 1537, ze zm., dalej: ustawa o depozytach.

<sup>54</sup> Wyposażone m.in. w materiały plastyczne, gry do zabaw, telewizor i projektor, kolumnę wodną i system nagłaśniający z mikrofonem.

<sup>55</sup> Wyposażone m.in. w: bieżnie, rowery stacjonarne, stepery, uniwersalny gabinet usprawniania leczniczego (UGUL) oraz drobny sprzęt fizjoterapeutyczny.

<sup>56</sup> Od 1997 r., raz w tygodniu, od jednej do dwóch godzin, prowadzone dla kilkunastu chętnych pensjonariuszy przez bibliotekarkę, która ukończyła kurs III stopnia z zakresu biblioterapii.

<sup>57</sup> Utworzone na skutek zaleceń pokontrolnych Wojewody z 28 kwietnia 2023 r.

<sup>58</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2123, ze zm., dalej: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego albo uooczp.

<sup>59</sup> Ujęta na szkicach ewakuacyjnych stanowiących załącznik do instrukcji przeciwpożarowej DPS.

nieprawidłowości”, przy uwzględnieniu dozwolonego, pięcioprocentowego odstępstwa, nie była mniejsza niż odpowiednio 9 oraz 6 m<sup>2</sup> na osobę. Także liczba osób poruszających się samodzielnie oraz leżących nie przekraczała odpowiednio trzech oraz czterech w pokoju, co było zgodne z wymogami § 6 ust. 1 pkt 3 lit. a, b rozporządzenia o dps. Dyrektor dodał, że *kubatura budynków pozwala na nieznaczne zmiany liczby miejsc w danych pokojach oraz pomiędzy budynkami. Rozwiązanie to stosuje się w przypadku pojawienia się potrzeby zoptymalizowania relacji interpersonalnych mieszkańców.*

1.4.6. Poddane szczegółowym oględzinom trzy pokoje wieloosobowe<sup>60</sup> były wyposażone w przedmioty i wyprowadzenia elektryczne, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 3 lit. c ww. rozporządzenia, w liczbie odpowiedniej do liczby mieszkańców, z tym że w pokoju dla czterech osób leżących w budynku A brakowało jednego krzesła. Dyrektor wyjaśnił, że *mieszkańcy na bieżąco przenoszą krzesła do sąsiednich pokoi, a ponadto, mieszkańcy leżący nie korzystają z krzeseł z racji swojej niepełnosprawności.* W kolejnym poddanym oględzinom pokoju w budynku B, przeznaczonym dla trzech osób, znajdowały się natomiast cztery krzesła, co potwierdzało zachowania pensjonariuszy, które przywołał Dyrektor. W pokoju dla mieszkańców leżących znajdował się ponadto parawan, wykorzystywany – co potwierdziła Zastępca Dyrektora, *m.in. w trakcie wykonywania czynności higienicznych wobec ww. pensjonariuszy* – co zapewniało im ww. intymność i godność.

1.4.7. Każdy z budynków Domu dysponował zarówno łazienkami lub toaletami ogólnodostępnymi jak i związanymi z jednym albo dwoma pokojami. Łączne liczby takich punktów sanitarnych wynosiły, dla budynków A, B i C odpowiednio: 17 i 20, 11 i 10, 3 i 5<sup>61</sup>. Każdorazowo, przy pomocniczym zastosowaniu przelicznika, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia o dps<sup>62</sup>, dawało to wartości wyższe niż minimalne, wymagane dla aktualnej liczby mieszkańców poszczególnych budynków, tj. odpowiednio 102 i 80 (dla 77), 66 i 40 (dla 38), 18 i 20 (dla 15). Poddane szczegółowemu badaniu cztery ogólnodostępne łazienki i toalety<sup>63</sup> – z wyjątkiem jednej, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” – były wyposażone w pochwyty dla osób niepełnosprawnych (pkt 4 lit. b), w zamykane drzwiami kabiny lub zasłony prysznicowe zapewniające ww. intymność i godność, a wszystkie miski ustępowe miały nieuszkodzone kłapy<sup>64</sup>. W świetle treści § 3 rozporządzenia zmieniającego, Domu nie obowiązywał wymóg posiadania łazienek oraz toalet wyłącznie związanych z pokojami mieszkalnymi oraz zapewnienia na każdej kondygnacji z pokojami mieszkalnymi łazienki przystosowanej do kąpeli osób leżących, wyposażonej w urządzenia ułatwiające wykonywanie czynności związanych z kąpielą<sup>65</sup>. Dyrektor wyjaśnił, że *na wyposażeniu DPS znajduje się m.in. podnośnik umożliwiający kąpiel osoby leżącej oraz specjalistyczne krzeselka do kąpeli – częściej wykorzystywane, z uwagi na to, że w Domu nie ma mieszkańców o aż tak zaawansowanym stopniu niepełnosprawności, gdzie konieczne byłoby korzystanie z ww. podnośnika.*

1.4.8. Ciągi komunikacyjne budynków Domu, łazienki i toalety, pokoje dziennego pobytu, pomieszczenia do terapii i rehabilitacji oraz pomieszczenia mieszkalne poddane oględzinom były czyste, estetyczne i wolne od nieprzyjemnych zapachów. Objęta szczegółowym badaniem, prowadzona w układzie tabelarycznym ewidencja potwierdzała codzienne sprzątanie pomieszczeń mieszkalnych (§ 6 ust. 1 pkt 5), w zakresie przyjętej próby<sup>66</sup>. Poza dwoma wgnieceniami w powierzchni skrzydeł drzwi w segmencie mieszkalnym budynku B, nie stwierdzono widocznych uszkodzeń na powierzchni ścian, podłóg, elementów wyposażenia i infrastruktury (np. gniazdek elektrycznych), wykraczających ponad standardowe zużycie. Dyrektor wyjaśnił, że *niektórzy mieszkańcy wykazują tendencję do nieuzasadnionego niszczenia przedmiotów codziennego użytku i najbliższego otoczenia – czemu nie sposób we wszystkich przypadkach zapobiec.* Systematycznie przeprowadzano w DPS prace remontowe, m.in. z wykorzystaniem środków w pozyskanych dotacji.

<sup>60</sup> Po jednym w każdym budynku mieszkalnym, w tym jeden dla osób leżących.

<sup>61</sup> W świetle danych wynikających z ww. załącznika do instrukcji przeciwpożarowej, na którym dodatkowo naniesiono liczby punktów sanitarnych w poszczególnych pomieszczeniach.

<sup>62</sup> Tj. nie więcej niż sześć osób korzystających z jednej łazienki i nie więcej niż cztery korzystające z jednej toalety.

<sup>63</sup> Po jednej w budynku A i C, dwie w budynku B. Niektóre o łączonych funkcjach a także wielokabinowe.

<sup>64</sup> Patrz punkt 1.6 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

<sup>65</sup> Przepisów § 6 ust. 1 pkt 4 lit. c i d rozporządzenia o dps w brzmieniu nadanym rozporządzeniem zmieniającym nie stosuje się do domu pomocy społecznej położonego w budynku albo budynkach, w których w dniu 1 lipca 2018 r. był prowadzony taki dom.

<sup>66</sup> Dla budynku A za styczeń 2024 r.

1.4.9. W zakresie żywienia i organizacji posiłków (ust. 1 pkt 6): przygotowywany z wyprzedzeniem, w cyklach 10-dniowych, całodzienny, co najmniej trzyposiłkowy<sup>67</sup> jadłospis uwzględniał m.in. gorący posiłek oraz szereg diet dostosowanych do potrzeb mieszkańców<sup>68</sup>. Na objęty szczegółowym badaniem jeden z posiłków składały się potrawy zgodne z jadłospisem, umożliwiono ich spożywanie w pokojach mieszkalnych, a czas wydawania wynosił nie mniej niż wymagane dwie godziny, określone w RPIO<sup>69</sup>. Dyrektor dodał, że *wydawanie posiłków co do zasady trwa dłużej niż wymagane dwie godziny, ponieważ uzależnione jest od czasu powrotu mieszkańców z warsztatów terapii zajęciowej*.

Pensjonariuszom zapewniono również dostęp do dodatkowych, podstawowych produktów żywnościowych oraz napojów przez całą dobę, które nie były wystawione w ogólnodostępnych miejscach, ale znajdowały się w kuchniach pomocniczych poszczególnych grup i na życzenie mieszkańców były im wydawane. Dyrektor i Zastępca Dyrektora wyjaśnili, że w Domu nie praktykuje się wystawiania ww. produktów i napojów z uwagi na dobro jego mieszkańców. Ponadto dodali, że część mieszkańców ma podawane tylko produkty zmiksowane, a niektórzy, lepiej funkcjonujący mieszkańcy zakupują sobie m.in. kawę, słodycze z własnych środków i przechowują je w szafkach podręcznych w swoich pokojach. Składający wyjaśnienia podali, że innym mieszkańcom produkty spożywcze dostarczają członkowie rodzin w trakcie odwiedzin, a Dom zaleca dostarczanie artykułów oryginalnie zamkniętych, bez zastrzeżeń w zakresie daty ich ważności.

DPS współpracował ponadto z Bankiem Żywności w Koninie<sup>70</sup> w ramach wspierania działalności statutowej i niedopuszczania do marnowania żywności, pozyskując różnorodne artykuły spożywcze wykorzystywane m.in. do przygotowania dodatkowych posiłków. Dyrektor dodał, że w dniu imienin mieszkańcy otrzymują paczki ze słodyczami i kawą lub herbata.

1.4.10. Mieszkańcom zapewniano pomoc w utrzymaniu higieny osobistej, w tym ręczniki i pościel (ust. 1 pkt 8 lit. b, c) jednak nie zawsze dokumentowano ich wymianę, a w przypadku pościeli dodatkowo nie zawsze wymiana ta następowała z wymaganą częstotliwością, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Sposób ewidencjonowania prania ręczników nie pozwalał na jednoznaczne zweryfikowanie, czy mieszkańcom zagwarantowano co najmniej dwie sztuki, nie rzadziej niż raz na tydzień – na co w trakcie kontroli w grudniu 2023 r. zwróciła też uwagę Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupcy<sup>71</sup>.

1.4.11. Mieszkańcom zapewniono możliwość udziału w zorganizowanym obchodzeniu świąt i uroczystości okazjonalnych, a także umożliwiono udział w imprezach kulturalnych i turystycznych odbywających się zarówno na terenie DPS jak i w ramach zorganizowanych atrakcji wyjazdowych. Mieszkańcom zapewniono kontakt z kapłanem i umożliwiono udział w praktykach religijnych (ust. 1 pkt 10 lit. d, e).

1.4.12. Osoby uczestniczące w oględzinach oraz inni zaobserwowani pracownicy Domu odnosili się do mieszkańców uprzejmie, z życzliwością, tj. z poszanowaniem ich godności w rozumieniu art. 55 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej, pensjonariusze natomiast, niejednokrotnie z własnej inicjatywy, witali się z nimi i nawiązywali swobodny kontakt.

(akta kontroli str. 178-234, 705-801, 1007-1131, 1135, 1339, 1374, 2287-2318)

1.5. W latach 2019, 2021 i 2022<sup>72</sup> dla członków Zespołu zorganizowano szkolenia m.in. na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, o ile występują problemy z komunikacją werbalną wśród mieszkańców, o których to szkoleniach mowa w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia o DPS. Coroczne plany szkoleń, wprowadzone na skutek rekomendacji audytora zewnętrznego<sup>73</sup> zarządzeniami Dyrektora od stycznia 2022 r., oraz rejestr odbytych szkoleń obejmowały m.in. ww. podnoszenie kwalifikacji Zespołu. Tematy tych szkoleń brzmiały odpowiednio: „Komunikacja interpersonalna w świetle specyfiki pracy w domu pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (pięć godzin)”, „Prawa mieszkańca domu pomocy społecznej, kierunki terapii oraz metody pracy, ze szczególnym uwzględnieniem tematyki pracy z osobami z niepełnosprawnością

<sup>67</sup> Dodatkowo podwieczorek przy diecie cukrzycowej.

<sup>68</sup> Podstawowa, bezglutenowa, bezmleczna, cukrzycowa, lekkostrawna, małosolna, miksowana, wątrobowa, wątrobowo-chłonna, wrzodowa, żółdkowa, dla mieszkańca z fenyloketonurią oraz hemodializowanego.

<sup>69</sup> Od 12:30 do 14:30.

<sup>70</sup> Aktualna umowa o współpracy z 1 kwietnia 2023 r., zawarta na czas nieokreślony.

<sup>71</sup> Dalej: PCPR.

<sup>72</sup> Tj. 1-3 października 2019 r., 31 sierpnia-30 września 2021 r. i 5 grudnia 2022 r. Następne szkolenie zaplanowano na grudzień 2024 r.

<sup>73</sup> Patrz punkt 1.6 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

intelektualną oraz osobami z uzależnieniem”<sup>74</sup> (trzy godziny) oraz „Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec mieszkańca domu pomocy społecznej” (trzy godziny).

Nie wszyscy członkowie Zespołu wzięli natomiast udział w przedmiotowych szkoleniach, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 852-1026, 1529-1532, 1534-1537)

W Domu podjęto również działania w celu przeszkolenia pracowników Zespołu z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, o którym to szkoleniu mowa w § 6 ust. 2 pkt 4a rozporządzenia o dps – przed upływem 30 kwietnia 2024 r., tj. zgodnie z § 2 rozporządzenia zmieniającego. Na podstawie umowy zawartej 5 marca 2024 r., przewidującej w programie szkolenia część teoretyczną i praktyczną, przeszkolono 84 osoby, tj. nie tylko członków Zespołu ale wszystkich pracowników DPS<sup>75</sup> oraz osoby zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych.

(akta kontroli str. 1529-1532, 1547-1562)

1.6. W badanym okresie w DPS, w ramach systemu kontroli zarządczej, obowiązywały plany kontroli wewnętrznej oraz rejestry ryzyk, obejmujące lata kalendarzowe, wprowadzane corocznymi zarządzeniami Dyrektora<sup>76</sup>. Plany każdorazowo zawierały zakresy i terminy kontroli, osoby odpowiedzialne i uwagi, w podziale na cztery zespoły funkcjonujące w Domu<sup>77</sup> oraz inne sprawy administracyjne i bhp. Przewidywały m.in. bieżącą kontrolę: prowadzenia dokumentacji mieszkańców; realizacji czynności opiekuńczych, zajęć terapeutycznych, rehabilitacji społecznej oraz wydarzeń kulturalnych; utrzymania odpowiedniego stanu higienicznego i zdrowotnego mieszkańców a także sanitarnego pomieszczeń; zakupów i przechowywania leków, realizacji IPW, zabezpieczenia terenu DPS. Wskazywały też rodzaje wykorzystywanych przy tych działaniach dokumentów i urządzeń<sup>78</sup>. Z kolei w rejestrach ryzyk, podawano m.in. ich opis, poziom, funkcjonujące mechanizmy kontrolne, wymagane działania i osoby za nie odpowiedzialne. W rejestrach tych, obok zagrożeń pożarowych i epidemiologicznych, w tym związanych z COVID-19 oraz braku środków finansowych na realizację zadań statutowych, przewidziano m.in. zachowania agresywne wśród mieszkańców, oddalenia z placówki oraz kradzieże, a w związku z tym – ustawiczne działania terapeutyczne i farmakologiczne, kontrole poprawności działania systemu monitoringu wizyjnego i współpracę z Policją. W rejestrach ujmowano też ryzyka związane ze stanem technicznym niektórych pomieszczeń, przewidując pozyskanie środków na wykonanie prac remontowych, które to – m.in. w świetle treści corocznych sprawozdań z działalności Domu oraz protokołów kontroli zewnętrznych, o czym dalej – realizowano.

(akta kontroli str. 127-161, 178-234)

W 2021 r. audytor wewnętrzny ze Starostwa Powiatowego w Słupcy<sup>79</sup> przeprowadził kompleksowy audyt systemu funkcjonowania Domu w odniesieniu do systemu kontroli zarządczej, oceniając, że jest on w swej podstawie prawidłowy, skuteczny, efektywny i adekwatny, wskazując jednocześnie, pomimo wdrożenia już niektórych rekomendacji, na potrzebę m.in. opracowania planu szkoleń dla pracowników oraz wyegzekwowania większego zaangażowania od wykonawcy wdrażającego RODO<sup>80</sup>. Audyt sprawdzający przeprowadzony na przełomie 2023 i 2024 r. potwierdził wdrożenie rekomendacji, z *dużym zaangażowaniem Dyrektora i pracowników jednostki*.

W badanym okresie DPS był łącznie 16 razy kontrolowany przez podmioty zewnętrzne z terenu powiatu słupckiego, takie jak: państwowy inspektorat sanitarny, stacja sanitarno-epidemiologiczna, centrum pomocy rodzinie, sąd rejonowy, starostwo, komenda straży pożarnej – w zakresie kwestii bezpośrednio lub pośrednio związanych z przestrzeganiem praw mieszkańców Domu. Albo nie stwierdzano nieprawidłowości, albo były one jednostkowe i dotyczyły m.in.: ww. niedziałającego systemu przyzywowo-alarmowego, uszkodzonych

<sup>74</sup> W trybie on-line.

<sup>75</sup> Część osób niewchodzących w skład Zespołu przeszkolono 10 maja 2024 r.

<sup>76</sup> Odpowiednio nr: 29/2020, 23/2021, 43/2022 i 24/2023 z odpowiednio: 5 listopada 2020 r., 29 listopada 2021 r., 22 grudnia 2022 r. i 29 grudnia 2023 r.

<sup>77</sup> Opieki i terapii, wsparcia i pielęgnacji, finansowo-księgowy, gospodarczy.

<sup>78</sup> M.in.:teczka osobowa mieszkańca, historia choroby, dokumentacja elektroniczna, dziennik, raport opiekunów, karta obserwacyjna, raport pielęgniarek, kalendarium wizyt i zabiegów medycznych, karta czystości, recepta, faktura, ewidencja spotkań Zespołu, monitoring.

<sup>79</sup> Dalej: Starostwo.

<sup>80</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 ze zm.

drzwi, braku papieru toaletowego w WC, uszkodzonych urządzeń sanitarnych oraz konieczności zapewnienia skuteczniejszej wentylacji w palarni<sup>81</sup>, a także braku ewidencji ręczników<sup>82</sup>. Odnosnie ww. kwestii Zastępca Dyrektora wskazywała wówczas na specyfikę mieszkańców i stwierdzone przypadki niszczenia wyposażenia sanitariatów<sup>83</sup>. Część stwierdzonych uchybień była usuwana już w trakcie kontroli<sup>84</sup> a realizację doraźnych zaleceń, uwag lub wniosków potwierdzały kolejne kontrole<sup>85</sup>. Jednocześnie, w protokołach wskazywano m.in. na: odnoszenie się przez Dyrektora i pracowników Domu do mieszkańców z należytym szacunkiem, dbałość o zabezpieczenie potrzeb i dobre samopoczucie mieszkańców oraz kontakt z ich rodzinami<sup>86</sup>; niestosowanie przymusu bezpośredniego – o czym szerzej w punkcie 2.2. niniejszego wystąpienia – prawidłowe współdziałanie Domu m.in. z opiekunami prawnymi mieszkańców, sądem i kuratorami, a także wyjątkowe starania pracowników DPS o dobro mieszkańców w okresie masowych zachorowań na COVID-19.

W styczniu 2023 r. inspektorzy Wydziału Polityki Społecznej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu<sup>87</sup>, na wniosek Prokuratora Rejonowego w Słupcy przeprowadzili kontrolę doraźną związaną ze zdarzeniem z przełomu czerwca i lipca 2022 r., tj. nagłą śmiercią jednego z mieszkańców, oceniając DPS pozytywnie z nieprawidłowościami i uchybieniami. Zalecono m.in. kompleksowe wypełnianie druków IPW albo odnotowywanie powodów braku poszczególnych wpisów; przestrzeganie wymogów art. 55 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej w szczególności, enumeratywnie opisany sposób<sup>88</sup> a także zmodyfikowanie treści wewnętrznej procedury dotyczącej zapobiegania zachowaniom agresywnym. Dyrektor, w odpowiedzi na ww. zalecenia<sup>89</sup> poinformował o m.in.: zaplanowaniu stosownych szkoleń dla pracowników Domu<sup>90</sup>, wydzieleniu pomieszczenia umożliwiającego izolację i profesjonalne zabezpieczenie mieszkańca w uzasadnionych przypadkach oraz skorygowaniu tekstu ww. procedury.

(akta kontroli str. 235-401, 515-579, 1007-1026)

W okresie objętym kontrolą do Domu wpłynęła jedna skarga<sup>91</sup> – rodzica ww. zmarłego mieszkańca, wskazującego na związek pomiędzy jego śmiercią a zaniedbaniami pracowników DPS. Dyrektor, z zachowaniem miesięcznego terminu, o którym mowa w art. 237 § 1 ustawy z 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego<sup>92</sup>, załatwił skargę i – zgodnie z art. 237 § 3 kpa – o sposobie jej załatwienia zawiadomił skarżącego<sup>93</sup>. Szczegółowo odniósł się do twierdzeń zawartych w skardze, zakwestionował ww. tezę główną oraz poinformował o m.in. przekazaniu dokumentacji związanej z przedmiotowym zdarzeniem funkcjonariuszom Policji, zgodnie z żądaniem prokuratora, a także spotkał się z rodzicami mieszkańca na ich wniosek. Skargi tej nie ujęto natomiast w rejestrze skarg i wniosków, albowiem tego w Domu de facto nie prowadzono, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Prowadzone w niniejszej sprawie postępowanie w przedmiocie podejrzenia popełnienia przestępstwa z art. 155 ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny<sup>94</sup>, zostało prawomocnie umorzone<sup>95</sup> wobec niestwierdzenia ustawowych znamion czynu zabronionego. Wykluczono: działanie osób trzecich, zaniechanie po stronie osób opiekujących się ww. mieszkańcem – nawet w formie lekkomyślności lub niedbalstwa – a także narażenie go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężki uszczerbek na zdrowiu, choćby nieumyślne.

<sup>81</sup> Sanepid w 2022 r.

<sup>82</sup> PCPR w 2023 r.

<sup>83</sup> W pomieszczeniach objętych oględzinami NIK urządzenia sanitarne nie były uszkodzone, a w części kabin znajdował się papier toaletowy.

<sup>84</sup> Np. wymiana uszkodzonych kafelków albo pomalowanie poręczy z wytartą farbą.

<sup>85</sup> Np. w zakresie wentylacji palarni, kontrola Sanepidu w 2023 r.

<sup>86</sup> PCPR w 2022 r.

<sup>87</sup> Dalej: WUW.

<sup>88</sup> M.in.: podejmowanie działań mających na celu wyjaśnienie przyczyn i okoliczności zdarzeń trudnych i znaczących dotyczących mieszkańców; po nieobecności mieszkańców w jednostce, w przypadkach zmian ich stanu psycho-fizycznego niezwłoczne podejmowanie działań mających na celu wyjaśnienie ich powstania; wzywianie służb medycznych lub podejmowanie kontaktu z nimi w przypadkach pogorszenia się stanu zdrowia mieszkańca, zwłaszcza w godzinach nocnych.

<sup>89</sup> Z 31 maja 2023 r., po uprzednim nieuwzględnieniu zastrzeżeń do protokołu kontroli.

<sup>90</sup> Które się odbyło w czerwcu 2023 r.

<sup>91</sup> 9 sierpnia 2023 r. (pismo z 1 sierpnia ww. roku).

<sup>92</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 572., dalej: kpa.

<sup>93</sup> Pismem z 22 sierpnia 2023 r, wysłanym dnia następnego.

<sup>94</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 17. Art. 155 dotyczy nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka.

<sup>95</sup> NIK uzyskała informację od Prokuratury Rejonowej w Słupcy, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

W okresie objętym kontrolą do WUW, Starostwa i PCPR<sup>96</sup> nie wpłynęły skargi dotyczące nieprzestrzegania praw mieszkańców DPS.

(akta kontroli str. 515-579, 1255-1283)

Zgodnie z postanowieniami RPIO<sup>97</sup>, pensjonariuszom zapewniono możliwość przedstawiania swoich spraw m.in. Dyrektorowi a także zgłaszania, jemu oraz Radzie Mieszkańców, skarg i wniosków. Prowadzona ewidencja pn. „Książka skarg i wniosków” DPS nie zawierała żadnych wpisów, natomiast w protokołach z – co do zasady – comiesięcznych zebrań Rady Mieszkańców<sup>98</sup> z udziałem Dyrektora i niektórych członków Zespołu ujmowano m.in.: zgłaszane przez mieszkańców sugestie spożywcze, drobne awarie<sup>99</sup>, niepożądane zachowania współmieszkańców. Protokołowano były też reakcje Dyrektora na ww. zgłoszenia, w tym deklaracje planowanych działań, a w niektórych przypadkach podziękowania mieszkańców za zrealizowane postulaty<sup>100</sup>. Poinformowano członków Rady Mieszkańców także o przeprowadzanej kontroli NIK, jej przedmiocie i czasie trwania.

Dyrektor wyjaśnił m.in. że z powodu specyfiki funkcjonowania mieszkańców przyjętym sposobem przekazywania skarg i wniosków jest przekaz werbalny. Uwagi te każdorazowo zgłaszane są przez dyrektora domu do koordynatorów zespołów w celu ich bieżącego rozwiązania lub zastosowania. Dyrektor dodał, że w każdą środę odbywają się spotkania jego i członków Zespołu z mieszkańcami Domu w celu omówienia IPW oraz wszystkich, bieżących spraw związanych z funkcjonowaniem mieszkańców.

(akta kontroli str. 755-801, 1255-1263)

Zgodnie z wymogami § 5 ust. 1 pkt 3 lit. rozporządzenia o DPS oraz postanowieniami RPIO<sup>101</sup>, w DPS świadczone usługę wspomagającą w postaci zapewnienia warunków do rozwoju samorządności jego mieszkańców. Kwestię tę szczegółowo określał m.in. Regulamin Rady Mieszkańców Domu ustalony na Zebraniu Ogólnym Mieszkańców<sup>102</sup>. Ujęto w nim m.in. zadania ww. rady, a treść protokołów jej posiedzeń potwierdzała umożliwienie pensjonariuszom realizacji tych zadań, tj. m.in. pomocy kierownictwu Domu w zakresie kształtowania właściwych stosunków między mieszkańcami, zgłaszania nowych inicjatyw w zakresie funkcjonowania DPS zmierzających do poprawy warunków życia oraz wniosków w sprawach zaspokojenia potrzeb bytowych i kulturalnych. Liczebność Rady Mieszkańców jej kadencja, wybory uzupełniające oraz częstotliwość posiedzeń w okresie objętym kontrolą odpowiadały wymogom ww. regulaminu<sup>103</sup>.

(akta kontroli str. 21-126, 755-847)

Mieszkańcom Domu stworzono możliwość do skorzystania z czynnego prawa wyborczego w wyborach samorządowych, które odbyły się w kwietniu 2024 r. Dyrektor w lutym br. prowadził w tym zakresie korespondencję z właściwymi organami, wnosząc m.in. o zmodyfikowanie wstępnie przyjętego usytuowania (adresu) lokalu wyborczego na budynek „B”, w którym dotąd taki lokal działał, wskazując na specyfikę funkcjonowania mieszkańców Domu, rzutującą jednocześnie na komfort pracy członków komisji wyborczej. W efekcie tych działań właściwy komisarz wyborczy utworzył w Gminie Strzałkowo odrębny obwód głosowania (nr 12) obejmujący swoimi granicami wyłącznie DPS<sup>104</sup>. Dyrektor z miesięcznym wyprzedzeniem poinformował członków Rady Mieszkańców m.in. o terminie ww. wyborów i miejscu głosowania. Przy 39 mieszkańcach posiadających czynne prawo wyborcze, we wszystkich czterech typach komisji obwodowych<sup>105</sup> frekwencja wyniosła 53,85%, każdorazowo oddano 21 ważnych głosów<sup>106</sup>.

(akta kontroli str. 848-851, 1534-1537)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

<sup>96</sup> W kwestii oddalania się jednego z mieszkańców Domu, patrz punkt 2 niniejszego wystąpienia.

<sup>97</sup> Rozdział II, pkt 1, tiret 11 i 12.

<sup>98</sup> Łącznie 35 spotkań w okresie od 3 lutego 2021 r. do 6 marca 2024 r., z uwagi na rygory związane z epidemią COVID-19.

<sup>99</sup> M.in. brak klamki w drzwiach, problem z odpływem w łazience, niedziałająca pralka.

<sup>100</sup> M.in. za zakup krzeseł dla jednej z grup.

<sup>101</sup> Rozdział II, pkt 1, tiret 15.

<sup>102</sup> Dnia 14 lutego 2000 r., przewodniczył mu Dyrektor, a sekretarzem była obecna Zastępca Dyrektora.

<sup>103</sup> Za wyjątkiem częstotliwości posiedzeń w okresach zwiększonych rygorów w funkcjonowaniu Domu, wprowadzonych zarządzeniami Dyrektora w trakcie epidemii COVID-19.

<sup>104</sup> Postanowienie Komisarza Wyborczego w Koninie II nr 189/2024 z 28 lutego 2024 r.

<sup>105</sup> W wyborach do: sejmiku, rady powiatu, rady gminy oraz wójta.

<sup>106</sup> <https://wybory.gov.pl/samorzadz2024/pl/obkw/1269193?elections=wbp&region=1>. Nie było drugiej tury wyborów na wójta albowiem kandydat został wybrany w pierwszej turze.

1. System przyzywowo-alarmowy Domu, wymagany przez § 6 ust. 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia o dps, co najmniej od 19 grudnia 2023 r. był całkowicie, a przed tą cezurą – częściowo niesprawny. W pokojach mieszkańców wytypowanych do oględzin NIK, brak było przycisków przyzywowych (pilotów), a z protokołu kontroli podmiotu zewnętrznego dokonującego okresowych przeglądów m.in. tej instalacji wynikało, że na dzień 19 grudnia 2023 r. uszkodzona była płyta główna ww. systemu – a stan ten, do zakończenia czynności kontrolnych NIK, nie uległ zmianie.

Dyrektor wyjaśnił m.in. że w grudniu 2023 r. awarii uległa centrala systemu, a przed awarią system funkcjonował w części pokoi, które zamieszkiwały osoby świadome zasad jego działania<sup>107</sup>. Po otrzymaniu protokołu potwierdzającego ww. awarię, DPS przystąpił do prac związanych z wypracowaniem koncepcji montażu nowego systemu. W ramach tych prac uzyskano opinię lekarza psychiatry oraz wyznaczono miejsca montażu. Dyrektor dodał, że w minionych latach, mieszkańcy placówki w większości przypadków, z uwagi na stopień niepełnosprawności intelektualnej nie byli w stanie korzystać z urządzeń zgodnie z ich przeznaczeniem. Dodał, że w dniu 6 marca 2024 r. odbyło się spotkanie z przedstawicielem podmiotu dokonującego okresowych przeglądów dotychczasowego systemu, w czasie którego poproszono o wykonanie kosztorysu prac związanych z montażem nowej instalacji – 2 kwietnia 2024 r. przedstawiono ramową ofertę.

W przywołanej opinii<sup>108</sup>, lekarz psychiatra opiekujący się mieszkańcami podał, że większość z nich z uwagi na niepełnosprawność intelektualną nie będzie w stanie odpowiednio używać tych urządzeń i w związku z tym uważa, iż zainstalowanie systemu przyzywowo-alarmowego w pokojach większości pensjonariuszy nie będzie spełniało swojej funkcji.

Nie negując racjonalności ww. argumentacji oraz jednocześnie mając na uwadze, że ww. przedstawiona oferta obejmuje m.in. tylko 26 bezprzewodowych przycisków, NIK wskazuje, że ewentualne zainstalowanie systemu przyzywowo-alarmowego jedynie w niektórych pomieszczeniach mieszkalnych Domu nie znajduje oparcia w obowiązujących przepisach, które wyjątku takiego nie przewidują. Niezależnie od tego, mając na uwadze nieuniknioną rotację wśród zamieszkujących DPS osób, wynikającą tak z przyczyn naturalnych, jak i przeniesień pomiędzy placówkami oraz w ramach poszczególnych budynków lub pokoi Domu, potencjalne ograniczenie montażu nowej instalacji do części pomieszczeń, w których obecnie znajdują się pensjonariusze potrafiący korzystać z systemu, uniemożliwi korzystanie z niego w pozostałych pomieszczeniach przez przyszłych mieszkańców, jacy zastąpią tych, którzy obecnie z tego systemu korzystać nie mogą. Zasadne jest zatem przyjęcie takich rozwiązań, w tym konstrukcyjnych, które uniemożliwiałyby albo przynajmniej wysoce utrudniały destrukcję części systemu albo rozwiązań pozwalających na czasowy demontaż przywoływaczy w pokojach lub budynkach.

(akta kontroli str. 1027-1098, 1339-1342, 1509-1511)

2. W niektórych przypadkach nie zapewniono mieszkańcom wymiany pościeli z wymaganą częstotliwością, a ponadto nie zawsze rzetelnie dokumentowano wymianę tej pościeli i ręczników.

2.1. W świetle przekazanej dokumentacji dotyczącej faktu oraz terminowości, objętej szczegółowym badaniem, wymiany pościeli mieszkańcom budynku „A” w styczniu 2024 r.<sup>109</sup>:

a) niektórym, łącznie 13 mieszkańcom nie wymieniono pościeli przez okres od 17 do 27 dni<sup>110</sup>, w sytuacji gdy, w myśl § 6 ust. 1 pkt 8 lit. c rozporządzenia o dps, pensjonariuszom zapewnia się m.in. pościel, zmienianą w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie, a

b) część pól w tej ewidencji przypisana do poszczególnych, łącznie 10 mieszkańców i 14 dni ww. miesiaca nie została wypełniona<sup>111</sup>.

2.2. W świetle przekazanej dokumentacji dotyczącej m.in. zdawania i odbioru ręczników do i z pralni, w okresie od 5 do 23 stycznia 2024 r., tj. przez 18 dni nie udokumentowano oddania do tej pralni żadnego ręcznika mieszkańców grupy Nowej, w sytuacji gdy, w myśl § 6 ust. 1

<sup>107</sup> Na pulpicie centrali znajdowało się sześć i 1/3 kolumny z miejscami do oznaczenia miejsc przyzywowych. W dniu oględzin wypełniona była jedna kolumna i 1/3 miejsc w których – według oświadczenia Dyrektora – znajdowały się, działające do grudnia 2023 r., przyciski przyzywowe. Jeden z takich przycisków znajdował się w pokoju mieszkalnym w budynku B.

<sup>108</sup> Z 5 stycznia 2024 r.

<sup>109</sup> Oraz dla niektórych zidentyfikowanych, „przechodzących” przypadków także w lutym 2024 r.

<sup>110</sup> Tj.: ośmiu z nich przez 27 dni (18.01-13.02) oraz pięciu pozostałym po: 26 (11.01-05.02), 25 (18.01-11.02), 21 (11-31.01), 19 (16.01-3.02) i 17 (11-27.01) dni.

<sup>111</sup> Tj. w przypadku: sześciu z nich - 09.01, dwóch - 17.01, jednego - 08.01 i jednego - 11, 12, 21, 23 i 24.01.

pkt 8 lit. b rozporządzenia o dps, mieszkańcom zapewnia się co najmniej dwie sztuki ręczników, zmienianych w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz na tydzień.

Dyrektor obszernie wyjaśnił m.in., że niewypełnienie części pól w druku ewidencji wymiany pościeli wynikało z niedokładnego zaznaczenia przez personel wykonanej usługi oraz zapomnienia dokonania wpisu pomimo jej wykonania. W przypadku wypełnionego – pozytywnie albo negatywnie – druku ewidencji wymiany pościeli, a co za tym idzie, wskazania na przekroczenie terminów jej wymiany, podobnie jak w przypadku braku stosownych wpisów, jest to konsekwencja nieprawidłowego wypełnienia przedmiotowej dokumentacji. Pranie ręczników na grupie Nowej odbywało się w ramach działań terapeutycznych. Zgodnie z zakresem czynności opiekuna, realizowano je w ramach utrzymywania i rozwijania samodzielności mieszkańca (utrzymywanie higieny osobistej i otoczenia oraz kontaktów społecznych). Fakt ten spowodował brak ścisłego ewidencjonowania ww. czynności. Dyrektor dodał, że stan czystości ręczników, pościeli i pokoi oraz termin wymiany ręczników na bieżąco sprawdzany był przez koordynatorów obu zespołów z działu usług terapeutyczno-opiekuńczych oraz Zastępcę Dyrektora. Od 1 marca br. podjęto próbę wprowadzenia zaleceń określonych w protokole kontroli przeprowadzonej przez PCPR z 28 grudnia 2023 r. polegającą na wspieraniu mieszkańców w wyrabianiu nawyku oddawania (z pomocą opiekunów) ręczników do pralni zewnętrznej. Działanie to w sposób znaczący poprawiło skuteczność ewidencjonowania pranych ręczników, choć nadal wymaga doprecyzowania. Dyrektor ponadto zadeklarował, że zostanie opracowana procedura dotycząca m.in. wymiany pościeli, sposób prania i wymiany ręczników w sposób jednoznacznie określający prawidłowe dokumentowanie ww. usług.

NIK wskazuje, że w zakresie przekroczenia terminu wymiany pościeli, fakt niedokonania tej wymiany, w skrajnych przypadkach przez 27 dni, był każdego z tych dni odnotowywany w ww. ewidencji i to przez kilka różnych, zmieniających się w tym okresie osób. Prawdopodobieństwo, że każda z nich na przestrzeni tych dni popełniła analogiczny błąd, tj. zazaczyła w ewidencji brak wymiany pościeli, pomimo jej faktycznego dokonania, w świetle zasad doświadczenia życiowego jest więcej niż znikome.

(akta kontroli str. 1132-1227, 1534-1537)

3. Nie wszystkie kwestie związane z funkcjonowaniem Zespołu realizowano prawidłowo. I tak:

3.1. Na potrzeby ustalania wskaźnika zatrudnienia pracowników ZTO, w latach 2021-2023 (do 31 października) w składzie tego zespołu uwzględniano również osoby zatrudnione w DPS na podstawie umów cywilnoprawnych, tj. pięć pielęgniarek i kapelana. Naruszało to § 1 pkt 2 lit. c tiret drugie rozporządzenia zmieniającego, w myśl którego możliwość taka powstała dopiero od 1 listopada 2023 r., na skutek stosownej zmiany dotychczasowej treści części wspólnej § 6 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia o dps, gdzie dodano m.in. sformułowanie „a także osoby wykonujące pracę na podstawie umów cywilnoprawnych”.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in. że w pierwotnym brzmieniu rozporządzenia o dps nie była dokładnie sprecyzowana forma zatrudnienia pracowników, których można uwzględnić przy ustalaniu wskaźnika zatrudnienia pracowników Zespołu – osoby pracujące na podstawie umów cywilnoprawnych również były wliczane. Zmiana ww. rozporządzenia, obowiązująca od 1 listopada 2023 roku jest w naszym przekonaniu doprecyzowaniem wcześniejszego zapisu i jednocześnie stanowi potwierdzenie słuszności dotychczasowego sposobu ustalenia przedmiotowego wskaźnika. Dodała, że przedmiotowa kwestia dotyczy przede wszystkim pielęgniarek, dla których DPS jest podstawowym miejscem wykonywania pracy, świadczenia realizowane są we wszystkie dni robocze), w godzinach od 8:00 do 20:00 oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w medycznie uzasadnionych przypadkach. Czynności wykonywane przez pielęgniarki w 100% związane są z usługami na rzecz mieszkańców Domu, co w naszym odczuciu tym bardziej uzasadniało wliczanie ich do ZTO.

NIK wskazuje, że w § 6 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia o dps przez cały okres jego obowiązywania była mowa o wskaźniku zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, którą to grupę do 31 października 2023 r. uzupełniało zamknięte wyliczenie dotyczące: wolontariuszy, stażystów, praktykantów oraz osób odbywających służbę zastępczą. Pracownikiem, w myśl definicji ujętej w art. 2 ustawy z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy<sup>112</sup>, jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę – a więc nie osoba zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej. Nie negując racjonalności wyjaśnień dotyczących zakresu obowiązków ww. pielęgniarek oraz dostrzegając ich kilkudziesięcioletnie zaangażowanie

<sup>112</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1465.

w funkcjonowanie Domu, z formalnoprawnego punktu widzenia, uwzględnianie takich osób przy wyliczaniu przedmiotowego wskaźnika przed 1 listopada 2023 r.<sup>113</sup> nie znajdowało oparcia w obowiązujących wówczas przepisach – co w skali kraju podnoszono w dokumentach finalizujących przeprowadzone kontrole jednostkowe<sup>114</sup>.

(akta kontroli str. 467-509, 1482-1497, 1541-1542)

3.2. Nie wszyscy członkowie Zespołu wzięli udział w cyklicznych, organizowanych przez Dyrektora, nie rzadziej niż co dwa lata szkoleniach na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, o ile występują problemy z komunikacją werbalną wśród mieszkańców – o których to szkoleniach mowa w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia o dps. I tak:

a) żadna z pięciu współpracujących z Domem pielęgniarek nie brała udziału w ww. szkoleniach, jakie odbyły się w 2019<sup>115</sup> i 2021 r.<sup>116</sup>;

b) kapelan nie brał udziału w żadnych ww. szkoleniach, w tym także tych przeprowadzonych w 2022 r.<sup>117</sup>;

c) opiekun oraz dwie pokojowe<sup>118</sup>, usprawiedliwienie nieobecne na ww. szkoleniach odpowiednio w: 2021, 2022 i 2019 r. nie odbyły ich, możliwie niezwłocznie, w późniejszych terminach,

w sytuacji gdy, w myśl ww. przepisu rozporządzenia, warunkiem efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest m.in. uczestniczenie członków ZOT co najmniej raz na dwa lata w przedmiotowych szkoleniach.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że osoby które nie były etatowymi pracownikami DPS zostały pominięte w szkoleniach z powodu niedopatrzenia<sup>119</sup>, natomiast pracownicy Domu przebywający na zwolnieniach lekarskich nie mieli umożliwionych dodatkowych szkoleń z powodu trudności w zorganizowaniu ich ponownej edycji, wynikających m.in. z niewspółmiernie wysokich kosztów.

NIK dostrzega kierunkowe wykształcenie i wieloletnie doświadczenie zawodowe części osób, które nie uczestniczyły w ww. szkoleniach<sup>120</sup>, wskazując jednocześnie, że w przypadku pominięcia niektórych terminów przez poszczególnych członków ZTO, należałoby rozważyć takie sformułowanie postanowień umów z podmiotami realizującymi te szkolenia aby umożliwić udział w nich ww. osobom w terminach późniejszych, chociażby w trakcie analogicznych zajęć organizowanych w innych placówkach.

(akta kontroli str. 852-1006, 1534-1537)

4. Jedyne jednoosobowy pokój mieszkalny znajdujący się na parterze budynku „C”, w świetle informacji zawartej na szkicu ewakuacyjnym stanowiącym załącznik do instrukcji przeciwpożarowej Domu, posiadał powierzchnię 8,1 m<sup>2</sup>, przy czym do pokoju tego przynależało, na wyłączność, pomieszczenie WC o powierzchni 2,3 m<sup>2</sup>. Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 3 lit. a rozporządzenia z 2012 r., co do zasady pokój jednoosobowy powinien mieć powierzchnię nie mniejszą niż 9 m<sup>2</sup> a, przy uwzględnieniu dopuszczalnego, 5% odstępstwa (§ 6 ust. 1 pkt 3 *in fine*), co najmniej 8,55 m<sup>2</sup>.

Dyrektor potwierdził, że ww. pokój posiada powierzchnię 8,1 m<sup>2</sup>, a wraz z jego integralną częścią tj. aneksem sanitarnym (zawierającym umywalkę i toaletę), 10,31 m<sup>2</sup>. Dodał, że powyższy sposób przeliczenia metrażu pomieszczenia uznano za korzystny dla

<sup>113</sup> Choć – jak to wcześniej wskazano – nie miało wpływu na osiągnięcie przez Dom wymaganego poziomu wskaźnika zatrudnienia (0,5).

<sup>114</sup> Por. m.in.: „Raport. Ustalanie wskaźnika zatrudnienia w zespole terapeutyczno-opiekuńczym w Domach Pomocy Społecznej funkcjonujących w woj. Lubuskim” (lipiec 2018 r., str. 13 i 15).

<sup>115</sup> „Komunikacja interpersonalna w świetle specyfiki pracy w domu pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie”

<sup>116</sup> „Prawa mieszkańca domu pomocy społecznej, kierunki terapii oraz metody pracy, ze szczególnym uwzględnieniem tematyki pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną oraz osobami z uzależnieniem”.

<sup>117</sup> „Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec mieszkańca domu pomocy społecznej”.

<sup>118</sup> Odpowiednio: W.B., K.B. i O.S.

<sup>119</sup> Przy czym należy tu odróżnić kwestię samego udziału w Zespole osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych od kwestii uwzględniania ich przed 1 listopada 2023 r. przy wyliczaniu wskaźnika, o którym mowa w § 6 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia o dps.

<sup>120</sup> Np. ww. poszczególne pielęgniarki rozpoczęły współpracę z Domem w latach 1982-1991, ukończyły m.in. medyczne studium zawodowe, licea medyczne, studia wyższe (licencjat) na kierunku pielęgniarstwo oraz pedagogika, posiadały też specjalizację z pielęgniarstwa geriatrycznego i zachowawczego.

*funkcjonowania osoby je zamieszkującej, ze względu na bezpośredni i wyłączny dostęp do toalety – zlikwidowanie ścianki działowej pozbawiłoby mieszkańca takiej możliwości.*

Nie negując racjonalności ww. argumentacji, NIK wskazuje, że z formalnoprawnego punktu widzenia, ww. warunek nie został spełniony, albowiem prawodawca nie przewidział na potrzeby obliczania przywołanej, minimalnej powierzchni, sumowania powierzchni pokoi i innych, związanych z nimi pomieszczeń. Uwzględniając jednocześnie, że brakująca powierzchnia samego pokoju, tj. 0,45 m<sup>2</sup>, stanowi 1/20 jego powierzchni co do zasady wymaganej, całkowita powierzchnia faktycznie dostępna dla mieszkańca na wyłączność jest blisko dwa metry większa niż dopuszczalne minimum, a także wspomniane przez Dyrektora korzyści dla pensjonariusza, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego w tym zakresie.

(akta kontroli str. 1099-1128, 1374, 1514-1517)

5. W jednej z kabin ustępowych na parterze budynku „C” brak było pochwytów, tj. nie została ona w pełni przystosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych, co naruszało § 6 ust. 1 pkt 4 lit. b rozporządzenia o dps.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że *ta kabina ustępowa była wyremontowana w grudniu 2023 r.*<sup>121</sup> i zadeklarował, że *uchwyty zostaną zamontowane w najbliższym możliwym terminie* – co w toku kontroli nastąpiło<sup>122</sup>.

(akta kontroli str. 1027-1131)

6. W składanych przez DOM sprawozdaniach MRiPS-05<sup>123</sup> wystąpiły przypadki nierzetelnego ujmowania danych. Dotyczyło to okresu:

6.1. I-XII 2023 r., według stanu na 31 grudnia 2023 r., gdzie:

a) w tablicy Nr 1P odnoszącej się m.in. do liczby miejsc i mieszkańców, według typów domów pomocy społecznej o zasięgu powiatowym, wykazano 130 miejsc i 129 mieszkańców pod pozycją nr 5<sup>124</sup> dotyczącą „dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie”, w sytuacji gdy m.in. w świetle postanowień statutu i regulaminu organizacyjnego Domu, jest on placówką przeznaczoną dla dorosłych mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie – a dla takich osób przewidziana jest pozycja nr 4, dotycząca „dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie”.

b) w tablicy Nr 6P odnoszącej się do zatrudnienia na podstawie umowy o pracę w przeliczeniu na etaty oraz zatrudnienia według innych form<sup>125</sup>:

- w wierszu „Ogółem” (w tym wiersze 2 i 6) wykazano 77 pracowników etatowych w przeliczeniu na taką samą liczbę etatów, w sytuacji gdy, w rzeczywistości<sup>126</sup>, liczby te wynosiły w obu przypadkach 82;

- w wierszu „opiekunowie” wykazano 34 pracowników etatowych w przeliczeniu na 34,5 etatu, w sytuacji gdy, w rzeczywistości liczby te wyniosły odpowiednio 35 i 35,5.

6.2. I-XII 2021 r., według stanu na 31 grudnia 2021 r., w ww. tablicy 6P<sup>127</sup>:

a) w wierszu „administracji” wykazano czterech pracowników etatowych w przeliczeniu na taką samą liczbę etatów, w sytuacji gdy, w rzeczywistości, liczby te wynosiły w obu przypadkach 5;

b) w wierszu „opiekunowie” wykazano 39 pracowników etatowych w przeliczeniu na 38,5 etatu, w sytuacji gdy, w rzeczywistości, liczby te wyniosły odpowiednio 36 i 36,5.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in. że *dane dotyczące liczby miejsc i mieszkańców zostały wpisane pomyłkowo w nieodpowiednim wierszu. Dodała, że dane dotyczące zatrudnienia ujęte w sporządzonym na potrzeby NIK zestawieniu są prawidłowe, natomiast w sprawozdaniach część tych danych została wprowadzona błędnie.*

Przedmiotowe, bieżące sprawozdanie za 2023 rok zostało skorygowane i przesłane do PCPR w toku kontroli NIK.

<sup>121</sup> Widoczny był nowy wystrój – m.in. inne niż pozostałych kabinach płytki.

<sup>122</sup> Zweryfikowano w toku oględzin sprawdzających 6 maja 2024 r.

<sup>123</sup> Wybrane informacje o domach pomocy społecznej o zasięgu gminnym, powiatowym i regionalnym oraz o placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej.

<sup>124</sup> W kolumnie „Ogółem z tego dla:”.

<sup>125</sup> „Z tablicy Nr 5P”.

<sup>126</sup> Według danych zawartych w sporządzonym na potrzeby kontroli NIK zestawieniu bazującym na danych z: programu kadrowego, umów zlecenia i akt osobowych pracowników.

<sup>127</sup> „Z tablicy Nr 5P”.

(akta kontroli str. 8-20, 421-429, 1343-1359, 1514-1517)

7. W DPS nie prowadzono wyodrębnionego i kompleksowego rejestru (spisu) dla wszystkich skarg i wniosków, w konsekwencji czego, jedynej sformalizowanej skargi jak wpłynęła w okresie objętym kontrolą, tj. rodziców jednego ze zmarłych mieszkańców nie ujęto w tym rejestrze – ani też w niezawierającej żadnych wpisów ewidencji przeznaczonej de facto wyłącznie dla skarg i wniosków mieszkańców. W myśl pomocniczo stosowanego art. 254 ustawy z 14 czerwca 1960 r. kpa, m.in. skargi oraz związane z nimi pisma i inne dokumenty rejestruje się i przechowuje w sposób ułatwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania poszczególnych skarg, a brak ww. rejestru nie sprzyjał takiej optymalizacji.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że *ww. skarga zarejestrowana została w Dzienniku korespondencji przychodzącej<sup>128</sup>, a w dotychczasowej praktyce przedmiotowy Rejestr skarg i wniosków funkcjonował w formie zeszytu wyłożonego w sekretariacie Domu i przeznaczony był do indywidualnych wpisów przez osoby zgłaszające uwagi.*

W toku kontroli, 8 kwietnia 2024 r. założony został rejestr przeznaczony do spisu wszystkich skarg i wniosków związanych z funkcjonowaniem Domu.

(akta kontroli str. 1255-1283, 1514-1517)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W DPS stworzono warunki organizacyjne mające zapewnić przestrzeganie praw mieszkańców Domu obejmujących m.in. prawo do prywatności, nietykalności osobistej, praw wyborczych, a także prawa do ochrony zdrowia, wolność osobistą oraz poruszania się, komunikowania się, jak również wyrażania poglądów, jednak podejmowane w tym zakresie działania nie zawsze były zgodne z powszechnie i wewnętrznie obowiązującymi regulacjami oraz rzetelne. Liczba pensjonariuszy nie przekraczała tej wskazanej w zezwoleniu Wojewody a funkcjonowanie Domu regulowały liczne i szczegółowe procedury wewnętrzne, których postanowienia nie ograniczały bezpodstawnie praw mieszkańców, także w trakcie epidemii COVID-19. Budynki DPS i ich pomieszczenia, za wyjątkiem jednego z nich, były dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych<sup>129</sup>, czyste oraz gwarantowały pensjonariuszom niezbędną intymność i godność. Ich ogólny stan techniczny i sanitarny nie zagrażał bezpieczeństwu mieszkańców, ale w Domu od grudnia 2023 r. nie funkcjonował system przyzywo-alarmowy, a wcześniej był on sprawny jedynie w niewielkiej części pokoi mieszkalnych. Pokoje te, oprócz jednego, spełniały wymóg minimalnej powierzchni oraz wyposażenia, a mieszkańcy mieli do dyspozycji co najmniej trzy posiłki dziennie oraz możliwość otrzymania posiłku dodatkowego lub dietetycznego. Nie zawsze jednak rzetelnie dokumentowano wymianę pościeli i ręczników, a w przypadku pościeli w niektórych przypadkach nie zapewniono jej wymiany z wymaganą częstotliwością, nawet przez 27 dni. Pensjonariuszom zagwarantowano dostęp do psychologa i psychiatry a członkowie m.in. kierownictwa Domu i współpracujące z nim pielęgniarki mieli wieloletnie doświadczenie zawodowe, przy czym liczba etatów pracowników socjalnych była – minimalnie<sup>130</sup> – niższa od wymaganej. Sporządzano i przekazywano w tym zakresie sprawozdania MRiPS-05, jednak ujmowane w nich dane dotyczące m.in. liczby i etatów poszczególnych pracowników, nie zawsze były w pełni rzetelne. Pomimo uwzględniania w składzie Zespołu osób zatrudnionych w DPS na podstawie umów cywilnoprawnych zanim stało się to dopuszczalne, zapewniono właściwą liczbę członków tego zespołu oraz wymaganą cykliczność ich szkoleń, z tym że nie wszyscy wzięli w nich udział. Co do zasady realizowano zalecenia licznych podmiotów kontrolujących Dom i przeprowadzających jego kompleksowy audyt, rzetelnie rozpatrzono jedyną zewnętrzną skargę. Na bieżąco, na miarę możliwości, przy współpracy m.in. z samorządem mieszkańców, realizowano ich postulaty dotyczące funkcjonowania Domu, umożliwiając regularny kontakt m.in. z kierownictwem DPS. Pensjonariuszom zapewniono też zróżnicowaną ofertę zajęć terapeutycznych, udział w imprezach kulturalnych i turystycznych, praktykach religijnych oraz ogólnopolskich wyborach samorządowych jakie odbyły się w kwietniu 2024 r.

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

2.1. W świetle treści RPIO mieszkańcy DPS mieli prawo m.in. do: **przebywania poza Domem** po uprzednim powiadomieniu Dyrektora lub upoważnionego pracownika, przy czym było ono

<sup>128</sup> 9 sierpnia 2023 r., pod numerem 844.

<sup>129</sup> W ramach próby badawczej.

<sup>130</sup> 2,5 zamiast 2,6.

skorelowane z obowiązkiem informowania ww. osób o miejscu i czasie pobytu, a w przypadku opuszczenia Domu powyżej 24 godzin – wypełnienia karty urlopowej<sup>131</sup>. Było to zgodne z art. 55 ust. 2a uops, w myśl którego, dom pomocy społecznej może określić zasady zgłaszania przez mieszkańców domu personelowi tego domu wyjść poza jego teren. W kartach obserwacyjnych mieszkańców<sup>132</sup> pracownicy DPS odnotowywali zgłoszone im, wielokrotne wyjścia pensjonariuszy m.in. na: spacer, lody, pizzę albo po zakupy.

(akta kontroli str. 21-126, 1330-1338)

2.1.1. Regulacje wewnętrzne DPS<sup>133</sup> uwzględniały też kwestię samowolnego oddalania się pensjonariuszy, przewidując: w przypadku stwierdzenia nieobecności mieszkańca, zagrażającej jego bezpieczeństwu, rozpoczęcie przez opiekunów poszukiwań wokół terenu domu; w razie jego nieodnalezienia – poinformowanie kierownictwa Domu oraz policji, sporządzenie opisu zdarzenia w karcie obserwacyjnej prowadzonej przez opiekunów.

W okresie objętym kontrolą występowały przypadki opuszczania przez mieszkańców terenu DPS bez zachowywania wymogów określonych w RPIO. Dotyczyło to zarówno oddaleń w ciągu tego samego dnia, w tym dwu albo kilkakrotnych i samodzielnych powrotów jak i oddaleń bez powrotu na noc, także wielodniowych, w tym z doprowadzeniem przez funkcjonariuszy Policji. Dane te ujmowano w kartach obserwacyjnych mieszkańców i – przy uwzględnieniu wielowariantowości tych sytuacji – w latach 2021-2023 wyróżniono<sup>134</sup> odpowiednio 51, 20 i 15 przypadków oddaleń innych niż „krótkoterminowe”<sup>135</sup>, a w roku 2024 (do 11 kwietnia) – 70 przypadków, w tym, szczegółowo opisanych oddaleń „krótkoterminowych”. Dokumentowano m.in.: sprawdzanie wszystkich pomieszczeń Domu i terenu wokół niego, informowanie kierownictwa DPS oraz policji<sup>136</sup>, samodzielne powroty mieszkańców albo ich odwiezienie przez funkcjonariuszy z różnych powiatów z terenu województwa wielkopolskiego, przeprowadzanie rozmów z mieszkańcami na temat ich zachowania, obejmowanie ich wzmożoną obserwacją, wnioskowanie do sądu o wydanie nakazu doprowadzenia mieszkańca do DPS, obowiązywanie wcześniej wydanych decyzji Dyrektora w sprawie ograniczenia samodzielnego opuszczania terenu Domu, a także – jednostkowe – przypadki odnalezienia penitencjariusza, ustalenia jego miejsca pobytu albo nawiązania z nim kontaktu telefonicznego przez samych pracowników DPS. W niektórych sytuacjach odnaleziony przez pracowników mieszkaniac odmawiał wejścia do samochodu Domu i wracał samodzielnie. Długotrwale nieobecni pensjonariusze po powrocie albo doprowadzeniu byli kąpieni i przebierani. Nie odnotowano wpisów wskazujących, bezpośrednio albo pośrednio, na stosowanie wobec nich jakichkolwiek kar albo przymusu bezpośredniego w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – o czym także w punkcie 2.2 niniejszego wystąpienia.

Co do zasady samowolnie – długotrwale i krótkotrwale – oddało się tych samych, od sześciu do ośmiu pensjonariuszy, przy czym dominujące wartości oddaleń długotrwałych generował jeden z nich. W lipcu 2021 r. do PCPR wpłynęło pismo z Komendy Powiatowej Policji w Słupcy<sup>137</sup>, którego przedmiotem były ww., liczne samowolne oddalenia się tego mieszkańca z terenu Domu. Dyrektor PCPR w odpowiedzi wskazywał wówczas, że sprawa tych wielokrotnych ucieczek jest znana temu organowi, natomiast Dyrektor Domu informował, iż: rozpoczął procedurę przeniesienia tego mieszkańca do innej, wyspecjalizowanej placówki<sup>138</sup>, a każdorazowe próby jego odszukania nie zawsze kończyły się powodzeniem z uwagi na to, że widząc pracownika Domu albo służbowy samochód – oddalał się. Sprzyjała temu m.in. jego ponadprzeciętna sprawność fizyczna. Wszystkie ww. osoby były zdolne do samodzielnej egzystencji, niewymagające stałej opieki i pomocy, nie podejmowały prób samobójczych

<sup>131</sup> Rozdział II, pkt 1, tiret 19 i pkt 2, tiret 9 i 10.

<sup>132</sup> Losowo zweryfikowanych w tym zakresie z każdego roku objętego kontrolą: m.in.: czerwiec-sierpień 2021 r., marzec-czerwiec 2022 r., maj-lipiec 2023 r., styczeń-kwiecień 2024 r.

<sup>133</sup> Zarządzenie Dyrektora nr 9B z 10 maja 2011 r. w sprawie procedur postępowania pracowników, część „Oddalenie się mieszkańca DPS”.

<sup>134</sup> W sporządzonym na potrzeby kontroli NIK „Zestawieniu samowolnych oddaleń i zaginięć mieszkańców Domu w latach 2021-2024”.

<sup>135</sup> Które także w tym okresie, nawet kilka razy w ciągu dnia występowały.

<sup>136</sup> Niekiedy także o samodzielnym powrocie mieszkańca w celu zaprzestania dalszych, ewentualnych poszukiwań. W niektórych przypadkach mieszkaniac wracał po sprawdzeniu terenu Domu, ale przed powiadomieniem policji.

<sup>137</sup> Dalej: KPP.

<sup>138</sup> Która toczyła się w latach 2019-2022. Do przeniesienia finalnie nie doszło, z uwagi na ostateczną (uprzednio zaskarżoną) decyzję o odmowie przyjęcia do ww. placówki. Dyrektor w latach 2022 i 2023 następnie dwukrotnie monitorował kuratora mieszkańca o wszczęcie procedury przeniesienia go do domu o innym typie, o którym mowa w art. 56 pkt 7 uops. We wrześniu 2023 r. wystąpił o to do Prokuratury Rejonowej w Słupcy – sprawa na dzień 25 kwietnia 2024 r. była w toku.

a oddalenie nie wiązało się z zagrożeniem dla ich życia i zdrowia. W niektórych przypadkach same wracały do DPS albo zgłaszały się do opiekuna prawnego, jednostek pomocy społecznej lub Policji z prośbą o doprowadzenie do Domu. W świetle tych okoliczności oddalenia te kwalifikowano do trzeciego, najniższego poziomu poszukiwania w rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 3 zarządzenia Komendanta Głównego Policji nr 48 z 28 czerwca 2018 r.<sup>139</sup>

(akta kontroli str. 515-579, 1284-1311)

2.1.2. W latach 2021-2024<sup>140</sup> 57 razy wnioskowano do właściwego sądu rejonowego o zarządzenie zatrzymania i przymusowego doprowadzenia mieszkańców do Domu przez Policję, w trybie art. 40 ust. 2 uoos. Ponadto, Dyrektor wydał w tym okresie łącznie 23 decyzje ograniczające możliwość samodzielnego opuszczania terenu DPS samowolnie oddalającym się pensjonariuszom, w trybie art. 55 uops. Objęcie w ramach próby szczegółowym badaniem czterech postępowań w tym przedmiocie<sup>141</sup> wykazało, że każdorazowo:

- następowało to na podstawie zaświadczenia lekarza (psychiatry) wydanego (w trzech przypadkach) na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia i nie przekraczało czasu wskazanego w ww. zaświadczeniu<sup>142</sup> (ust. 2b i 2c); W jednej decyzji Dyrektora<sup>143</sup> wydanej w oparciu o zaświadczenie stanowiącym podstawę do ww. ograniczenia<sup>144</sup>, wpisano, że czas ten będzie on wynosił od 16 marca do 30 kwietnia 2022 r., podczas gdy w zaświadczeniu lekarskim czas ograniczenia – wbrew dyspozycji art. 55 ust. 2b uops – nie został przez lekarza oznaczony, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

- ograniczenie było wydane w formie pisemnej i zawierało wszystkie wymagane elementy (ust. 2d);

- doręczano je mieszkańcowi oraz jego przedstawicielowi ustawowemu albo kuratorowi<sup>145</sup>, a informację o ww. decyzji terminowo przesyłano do właściwego sądu opiekuńczego (ust. 2e i 2f);

- mieszkańcy oraz inne osoby uprawnione nie korzystały z możliwości wystąpienia o uchylenie ograniczenia do ww. sądu, a w konsekwencji nie wystąpiły okoliczności opisane w ust. 2h i 2i.

(akta kontroli str. 430-466, 1393-1419, 1529-1532, 1538-1540)

2.1.3. Dyrektor obszernie wyjaśnił m.in., że w celu ograniczenia możliwości samowolnych oddaleń mieszkańców, Dom wykorzystuje następujące rozwiązania: ogrodzony teren z wyjściem sterowanym pilotem bądź z użyciem kodu; system monitoringu budynku (wybrane pomieszczenia wewnątrz oraz teren wokół) – 28 kamer, umożliwiający opiekunom, koordynatorom zespołów oraz dyrekcji DPS, bieżący podgląd; procedura czynności kontrolnych w porze nocnej; rozmowy przeprowadzane przez opiekunów oraz członków Zespołu, dotyczące uświadomienia zagrożeń wynikających z samowolnych oddaleń; ponadprzeciętne obserwowanie mieszkańców wykazujących tendencję do oddalania się; stosowanie ww. ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania przez mieszkańca terenu Domu na podstawie zaświadczenia lekarza wskazującego zasadność takiego ograniczenia. Dyrektor podkreślił ponadto, że DPS nie jest placówką o charakterze zamkniętym, a co za tym idzie, nie posiada możliwości całkowitego wyeliminowania samowolnych oddaleń mieszkańców. Ograniczanie ich możliwości samodzielnych, swobodnych wyjść poza teren Domu nie znajduje w obowiązującym stanie prawnym jakichkolwiek podstaw. Prawa pensjonariuszy i ich wolność osobista nie mogą być w ten sposób naruszane, a wolność osobista mieszkańców DPS jest jednym z aspektów wolności w rozumieniu art. 31 Konstytucji<sup>146</sup>, w związku z czym jej ograniczenie może nastąpić wyłącznie na drodze ustawowej.

<sup>139</sup> W sprawie prowadzenia przez Policję poszukiwania osoby zaginionej oraz postępowania w przypadku ujawnienia osoby o nieustalonej tożsamości lub znalezienia nieznanego zwłok oraz szczątków ludzkich (Dz. Urz. KGK poz. 77, ze zm.).

<sup>140</sup> Według stanu na 12 marca. W 2020 r. skierowano 9 takich wniosków.

<sup>141</sup> Po jednym dla danego pensjonariusza; jedno w 2022, dwa w 2023 i jedno w 2024 r. – w 2021 r. decyzji takich nie wydano.

<sup>142</sup> Tj.: 16 marca-30 kwietnia 2022 r., 14 marca-30 czerwca 2023 r., 27 stycznia-31 czerwca 2023 r. i 5 stycznia-30 czerwca 2024 r.

<sup>143</sup> Nr 2/2022 z 16 marca 2022 r.

<sup>144</sup> Z 10 marca 2022 r.

<sup>145</sup> W przypadku ubezwłasnowolnienia.

<sup>146</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. Zgodnie z przywołanym artykułem, wolność człowieka podlega ochronie prawnej. Każdy jest obowiązany szanować wolności i prawa innych. Nikogo nie wolno

Od 21 kwietnia 2023 r. w Domu obowiązywało zarządzenie Dyrektora w sprawie procedury czynności kontrolnych w porze nocnej<sup>147</sup>, regulujące m.in. zasady, w tym pory, weryfikowania stanu obecności mieszkańców i przygotowania ich do snu, w szczególności pensjonariuszy wymagających wzmożonego nadzoru. W objętym szczegółowym badaniem styczniu 2024 r. opiekunowie każdorazowo odnotowali przeprowadzenie ww. kontroli w godzinach: 20, 24, 4 i 6, na stosownym formularzu, tj. zgodnie z ust. 6 ww. procedury. Z kolei koordynatorzy zespołów opieki i terapii oraz pielęgnacji i wsparcia oraz Zastępca Dyrektora, w całym okresie obowiązywania ww. zarządzenia<sup>148</sup>, zgodnie z ust. 7 ww. procedury, przynajmniej dwa razy w miesiącu odnotowywali dokonanie kontroli prawidłowości przebiegu pracy pracowników DPS w porze nocnej z zapisów monitoringu, a także kontroli osobistej ww. pracy (13 grudnia 2023 r. i 15 kwietnia 2024 r.), z tym że pierwszą z tych kontroli osobistych przeprowadzono z opóźnieniem, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 1420-1434, 1534-1537, 1546)

2.2. Nie stwierdzono aby w okresie objętym kontrolą w Domu stosowano wobec mieszkańców przymus bezpośredni. Poddana szczegółowej analizie dokumentacja pięciu wybranych pensjonariuszy DPS<sup>149</sup> nie zawierała wpisów bezpośrednio albo pośrednio wskazujących na ich: przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie albo izolację. W dokumentacji tej brak było wypełnionych kart zastosowania przymusu bezpośredniego stanowiących załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2018 r.<sup>150</sup> Ponadto, jak to wspomniano w punkcie 1.4.4. niniejszego wystąpienia, specjalne, psychiatryczne łóżko, wyposażone m.in. w pasy skórzane, znajdujące się w pomieszczeniu izolatki było w stanie idealnym i nie nosiło żadnych śladów używania.

Komendant KPP poinformował<sup>151</sup>, że pracownicy Domu zwracali się do funkcjonariuszy tej komendy, w tym Posterunku Policji w Strzałkowie z wnioskami o pomoc z uwagi na konieczność zastosowania wobec mieszkańca DPS przymusu bezpośredniego, jednakże na widok umundurowanych funkcjonariuszy Policji pensjonariusze dobrowolnie przyjmowali leki, bez konieczności stosowania ww. przymusu, zarówno przez funkcjonariuszy jak i pracowników Domu. Dodał, że agresywni mieszkańcy byli doprowadzani do wojewódzkiego szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych lub pomieszczenia dla osób zatrzymanych, celem wytrzeźwienia, a powodem zgłoszeń w przeważającej większości było właśnie agresywne zachowanie pensjonariusza w stosunku do innych mieszkańców albo personelu DPS. W latach 2021-2024 (do 3 kwietnia) odnotowano 16 takich interwencji wobec 11 pensjonariuszy, przy czym w 5 przypadkach podano leki a w pozostałych następowały ww. doprowadzenia, w tym przez zespoły ratownictwa medycznego<sup>152</sup>.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupcy<sup>153</sup> poinformowała z kolei<sup>154</sup>, że pracownicy Domu w latach 2021-2024<sup>155</sup> nie zwracali się do tej placówki oraz ZRM z prośbą o zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców na terenie DPS, skierowali natomiast w tym okresie, do SPZOZ łącznie 31 a do ZRM łącznie 48 zgłoszeń, przy czym jako przedmiot świadczeń odnotowano: uraz, upośledzenie umysłowe albo znacznego stopnia, zmiany zachowania, zaburzenia nerwicowe albo psychiczne, padaczkę, nieokreśloną psychozę nieorganiczną, ciało obce w przewodzie pokarmowym, a także upojenie alkoholowe.

W trakcie cyklicznie przeprowadzanych w badanym okresie kontroli Domu, przez sędziego Sądu Rejonowego w Słupcy<sup>156</sup>, w przedmiocie m.in. prawidłowości dokumentacji medycznej dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz przestrzegania praw osób przebywających w DPS, każdorazowo stwierdzano niestosowanie tego przymusu. Ponadto,

---

zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

<sup>147</sup> Nr 7/2023 z 21 kwietnia 2023 r.

<sup>148</sup> Według stanu na 25 kwietnia 2024 r.

<sup>149</sup> W tym jednego notorycznie, samowolnie oddalającego się.

<sup>150</sup> W sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2023 r. poz. 731), dalej: rozporządzenie w sprawie przymusu.

<sup>151</sup> W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f ustawy o NIK.

<sup>152</sup> Dalej: ZRM.

<sup>153</sup> Dalej: SPZOZ.

<sup>154</sup> Jw.

<sup>155</sup> Pismo z 9 kwietnia 2024 r.

<sup>156</sup> Patrz punkt 1.6. niniejszego wystąpienia.

w trakcie kontroli Wojewody dokonanej w 2023 r. Dyrektor konsekwentnie wyjaśniał<sup>157</sup> m.in., że w Domu od 2008 r. nie stosuje się przymusu bezpośredniego w formie izolacji i unieruchomienia a ograniczony dostęp do usług medycznych, w tym pielęgnarskich (brak usług całodobowych) uniemożliwia zastosowanie tego przymusu w zgodzie z art. 18 uoosp. W związku z tym, w sytuacjach związanych z zagrożeniem życia i zdrowia mieszkańca lub innych osób powiadamiana jest policja i pogotowie ratunkowe.

W toku kontroli NIK, Dyrektor analogicznie wyjaśnił m.in., że w Domu nie stosowano przedmiotowego przymusu, m.in. w badanym okresie i w związku z tym nie prowadzono też rejestru przypadków zastosowania tego przymusu. Również Zastępca Dyrektora, koordynatorzy Zespołu Opieki i Terapii oraz Wsparcia i Pielęgnacji, a także wszystkie pięć pielęgniarek świadczących pracę na rzecz Domu, w różnych formach, od lat 1982-1991, zgodnie potwierdziły, że przymus bezpośredni nie był w DPS w latach 2021-2024<sup>158</sup> stosowany, a w sytuacjach zagrożenia wzywane były ww. służby.

W zakresie braku ww. rejestru, NIK wskazuje, że zgodnie z art. 18c ust. 2 uoosp, rejestr taki powinien być w DPS prowadzony, a dokonywanie w nim wpisów albo brak podstaw do ich dokonywania, z formalnoprawnego punktu widzenia, jest odrębną kwestią.

W toku kontroli, z dniem 4 kwietnia 2024 r. założono dla Domu ww. rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego, przewidując w jego formularzu ujmowanie wszystkich wymaganych danych określonych w art. 18c ust. 2 pkt 1-6 ww. ustawy.

(akta kontroli str. 235-401, 421-429, 515-579, 1027-1098, 1383-1392, 1506-1508, 1514-1517, 1936, 2218-2609)

Zarządzeniem z 29 grudnia 2023 r.<sup>159</sup> w sprawie prowadzenia rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu, Dyrektor wprowadził ww. rejestr, co było zgodne z art. 55c uops, wchodzącym w życie 1 stycznia 2024 r. Rejestr ten dotyczył m.in. zdarzeń wymienionych w art. 55c ust. 2 ww. ustawy i zawierał elementy ujęte w jej art. 55c ust. 3. Stosownie do wymogów art. 55 ust. 5 uops, Dyrektor powierzył jego prowadzenie upoważnionej osobie – koordynatorowi zespołu opieki i terapii. Na dzień 7 marca 2024 r. rejestr zawierał cztery wpisy, pokrywające się z informacjami przekazanymi NIK przez KPP<sup>160</sup> i był aktualizowany – na dzień 6 maja 2024 r. zawierał kolejne sześć wpisów<sup>161</sup>. Zgodnie z art. 55 ust. 6 ww. ustawy, zanonimizowane informacje za I kwartał 2024 r. terminowo, tj. 2 kwietnia 2024 r. przekazano Staroście Słupskiemu.

(akta kontroli str. 21-126, 510-514, 1498, 1506-1508, 1538-1540)

2.3. W zakresie przestrzegania podstawowych praw mieszkańców szczegółową analizą objęto dokumentację pięciu z nich, z których:

- dwóch było ubezwłasnowolnionych całkowicie,
- dwóch częściowo,
- piąta osoba nie była nie była ubezwłasnowolniona.

Pensjonariusze ci zostali przyjęci do DPS przed okresem objętym kontrolą (najpóźniej w lutym 2020 r.), przy czym jeden z mieszkańców ubezwłasnowolnionych częściowo oraz mieszkaniec mający pełną zdolność do czynności prawnych byli przyjęci do Domu na swój wniosek, a pozostali na wniosek przedstawiciela ustawowego.

W kontrolowanym okresie, w przypadku jednego z mieszkańców całkowicie ubezwłasnowolnionych oraz jednego ubezwłasnowolnionego częściowo opiekunem prawnym był członek rodziny, a opiekunami pozostałych dwóch pensjonariuszy byli pracownicy DPS, zatrudnieni na stanowisku opiekuna. Żaden z mieszkańców, których dokumentacja była poddana szczegółowej analizie nie został przewieziony do Domu bezpośrednio ze szpitala po zakończeniu hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym. Jeden z pensjonariuszy, ubezwłasnowolniony całkowicie, był hospitalizowany na oddziale psychiatrycznym, w tym dwukrotnie w 2021 r. (przez 30 i 35 dni) i dwukrotnie w 2022 r. (przez 25 i 21 dni).

Żaden z ww. mieszkańców, nie był poddawany w DPS okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym pobyt w domu pomocy społecznej, o których mowa w art. 38 ust. 5 uoosp. W okresie objętym kontrolą wykonywano je wyłącznie wobec jednego

<sup>157</sup> Także w toku postępowania w przedmiocie zastrzeżeń do protokołu kontroli.

<sup>158</sup> Do 19 marca.

<sup>159</sup> Nr 23/2023, obowiązujące od 1 stycznia 2024 r.

<sup>160</sup> W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK. Dotyczyły oddaleń, w tym jednego związanego z kradzieżą z włamaniem.

<sup>161</sup> Dotyczyły pięciu oddaleń w tym jednego związanego z kradzieżą oraz uderzenia pielęgniarki.

mieszkańca<sup>162</sup> spoza tej próby, dokumentując to stosownymi zaświadczeniami. Pozostałych pensjonariuszy Domu, na skutek przyjętej interpretacji przepisów prawa, przedmiotowym badaniom nie poddawano, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 1435-1481, 1936, 2002-2003, 2007-2051, 2058-2060, 2062)

W przypadku każdego z tych pięciu mieszkańców, Dom zapewniał zabezpieczenie indywidualnych potrzeb tj.:

- pensjonariusze przebywali w pokojach, których powierzchnia wynosiła od 12,5 m<sup>2</sup> do 33,7 m<sup>2</sup> i była dostosowana do liczby mieszkańców (od dwóch do czterech);

- dwóch mieszkańców miało zleconą przez cały okres pobytu w DPS specjalną dietę (w jednym przypadku była to dieta cukrzycowa, w drugim – bezglutenowa), zaś w sytuacji wydania szczególnych zleceń lekarskich (w odniesieniu do trzech pensjonariuszy) Dom zapewniał dietę lekkostrawną,

(akta kontroli str. 1937-1984, 2002-2003, 2048-2052, 2058-2059a)

- w sytuacji zgonu współmieszkańca w siedzibie DPS, pozostałe osoby przenoszone były do innych pokoi mieszkalnych, a zdarzenie opisywane było przez opiekuna w Księdze obserwacji.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że *pozostawianie zwłok do czasu odbioru przez zakład pogrzebowy w pokoju zmarłego mieszkańca było jedynym sposobem postępowania w razie zgonu na terenie Domu, ponieważ w warunkach DPS najlepiej zapewniało poszanowanie dla ciała zmarłego. W zależności od pory, w jakiej nastąpił zgon, mieszkańcy współzamieszkujący, albo przebywali w tym czasie w pokoju dziennego pobytu, albo byli przenoszeni do sąsiednich pokoi na czas nie dłuższy niż kilka godzin. Dodał, że pracownicy dokładali starań, aby niezwłocznie wykonać dezynfekcję i sprzątanie pokoju i zminimalizować czas pobytu współmieszkańców poza własnym pokojem.*

(akta kontroli str. 2176-2178, 2185, 2341-2489)

- czasie pobytu w DPS w latach 2021-2024 mieszkańcy mieli możliwość kontaktu zarówno z rodziną jak i ze znajomymi oraz wolontariuszami, a bliscy brali również udział w wydarzeniach organizowanych przez Dom, takich jak Zjazd Rodzin Mieszkańców. Informacje o kontakcie pensjonariuszy z bliskimi odnotowywano w Kartach obserwacji prowadzonych przez opiekunów przy czym jeden z pensjonariuszy był osobą samotną i nieodwiedzaną, utrzymującą kontakt telefoniczny z matką. Zasady odwiedzin mieszkańców w 2021 r., w trakcie trwania zagrożenia epidemicznego i wprowadzonych w związku z tym obostrzeń, opisano w punkcie 1.2. niniejszego wystąpienia,

- mieszkańcom zapewniono dostęp do świadczeń medycznych, w tym do świadczeń realizowanych przez odpowiednio: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznej opieki lekarskiej, korzystali np. z opieki: stomatologicznej, okulistycznej, neurologicznej, psychiatrycznej, psychologicznej oraz z zakresu chirurgii naczyniowej i diagnostyki obrazowej, a pensjonariusze leżący albo mający problem z samodzielnym poruszaniem się brali udział w zajęciach rehabilitacyjnych. Świadczenia opieki zdrowotnej były realizowane przez personel pielęgniarstwa podmiotu zewnętrznego, który podawał mieszkańcom produkty lecznicze, w tym wykonywał iniekcje.

(akta kontroli str. 1922-1936, 1985-1989, 2002-2003, 2007-2052, 2058-2059a, 2083-2120, 2218-2609)

W toku kontroli NIK nie stwierdzono stosowania kar wobec któregośkolwiek z pięciu ww. mieszkańców. W rejestrze zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych, opisanym w punkcie 2.2. niniejszego wystąpienia, nie odnotowano *incydentu związanego z mieszkańcem*, którego dokumentacja była objęta szczegółową analizą.

Spośród osób, których dokumentacja była poddana szczegółowej analizie, jeden mieszkaniec w chwili przyjęcia do domu posiadał majątek trwały, który nie został zbyty do czasu zakończenia kontroli NIK. Żaden z pensjonariuszy nie wносił ze swoich środków całości opłaty za pobyt w DPS. Przypadająca na mieszkańców część opłat nie była uiszczana przez ich rodziny<sup>163</sup>. Środki pieniężne mieszkańców, deponowane na indywidualnych kontach bankowych, co zostało opisane w punkcie 2.7. niniejszego wystąpienia, były wypłacane w przypadku pensjonariuszy ubezpieczonych całkowicie lub częściowo, przez ich opiekunów prawnych (w dwóch przypadkach będących pracownikami Domu), którzy

<sup>162</sup> Przyjęty do DPS w 2017 r.

<sup>163</sup> Pozostała kwota opłacana była przez właściwą gminę (w odniesieniu do czterech osób), w jednym przypadku dofinansowanie pochodziło z budżetu państwa.

realizowali zakupy na rzecz podopiecznych. Przy czym wobec jednego z mieszkańców całkowicie ubezwłasnowolnionych Dyrektor wydał zakaz opuszczania DPS (co opisano w punkcie 2.1.2. niniejszego wystąpienia), a w drugim przypadku gospodarowanie środkami przez opiekuna prawnego osoby częściowo ubezwłasnowolnionej wynikało ze złego stanu zdrowia mieszkańca.

(akta kontroli str. 1754-1921, 1936, 2002-2006, 2048-2055, 2057-2059a)

Dom nie dysponował dokumentacją obejmującą składane sądowni przez opiekunów prawnych mieszkańców, będących jednocześnie pracownikami Domu, sprawozdań i rozliczeń wydatków realizowanych na rzecz pensjonariuszy oraz informacje otrzymywane od sądu odnośnie do zatwierdzenia ww. sprawozdań<sup>164</sup>.

Dyrektor zwracał się dwa razy w roku do opiekunów prawnych mieszkańców o udzielenie informacji na temat sprawowanej przez nich opieki. Informacja przekazywana była do DPS na formularzu Informacja opiekuna prawnego/kuratora na temat działań podjętych na rzecz (...) za I i II półrocze. Dane prezentowane były w układzie wydatków na: leki, artykuły spożywcze (kawa słodczyce, itp.), artykuły drogerijne i chemiczne, odzież/obuwie, papierosy, wycieczki, wyposażenie pokoju, inne.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że Dom dwa razy w roku kierował do opiekunów prawnych prośbę o wypełnienie oświadczenia w zakresie podejmowanych przez nich działań na rzecz podopiecznych. (...) Pracownicy socjalni na podstawie ww. oświadczeń, po przeprowadzeniu wywiadów z opiekunami oraz koordynatorami zespołów, przygotowywali na wniosek sądu rejonowego opinie o ww. działaniach.

W Informacji dotyczącej wydatków poniesionych przez opiekuna prawnego na rzecz jednego z mieszkańców (osoba całkowicie ubezwłasnowolniona) pracownik Domu, będący opiekunem prawnym tego pensjonariusza podał w sekcji Inne kwestionariusza:

- za okres 1 lipca - 31 grudnia 2022 r.: mandat karny 200 zł,
- za okres 1 stycznia - 30 czerwca 2023 r.: mandat karny 66 zł,
- za okres 1 lipca - 31 grudnia 2023 r.: mandat karny 66 zł.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że ostateczną decyzję o przyjęciu i opłaceniu mandatu karnego w sytuacji całkowitego ubezwłasnowolnienia mieszkańca podejmował opiekun prawny, całkowite ubezwłasnowolnienie osoby z niepełnosprawnością intelektualną nie wykluczało w każdym przypadku możliwości rozpoznania przez ww. osobę znaczenia popełnianego czynu, a co za tym idzie, poniesienia konsekwencji wykroczenia. Dodała również, że DPS nie posiadał informacji, by nadzorujący czynności opiekuna prawnego właściwy sąd rejonowy kwestionował ww. decyzję.

W obowiązujących w Domu procedurach nie uregulowano zasad dokumentowania przez pracowników DPS będących jednocześnie opiekunami prawnymi mieszkańców wydatkowania ich środków.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że realizacja funkcji opiekuńczych przez pracowników Domu była czynnością niezależną w stosunku do zadań wynikających z opieki prawnej. DPS nadzorował działania pracowników wyłącznie w zakresie usług opiekuńczych określonych w rozporządzeniu o dps. Opieka prawna realizowana była na mocy postanowienia sądu rejonowego, do którego kompetencji tym samym należało nadzorowanie ww. działalności. W związku z tym, Dom nie określił procedury dokumentowania wydatkowania środków finansowych dla opiekunów prawnych mieszkańców DPS. Dodała również, że Dom nie miał podstaw prawnych do weryfikowania w oparciu o źródłowe dokumenty wydatków ponoszonych przez opiekunów prawnych na rzecz mieszkańców, nie był bowiem instytucją zobowiązaną do nadzorowania i kontrolowania działalności ww. opiekunów. Sposób dokumentowania wydatkowania środków przez opiekunów oraz archiwizowania przedmiotowych dokumentów określał sąd rejonowy ustanawiający opiekę prawną. W związku z tym Dom nie posiadał ww. dokumentacji. Zastępca Dyrektora poinformowała też, że z przeprowadzonych rozmów z opiekunami prawnymi wynikało, iż w trakcie ustanawiania opieki sąd zobowiązywał ich do gromadzenia wszystkich dokumentów związanych z prowadzoną działalnością, w tym faktur zakupów dla podopiecznych. Z ww. rozmów wynikało również, że oni posiadają przedmiotowe dokumenty. Rozwiązanie polegające na dokonywaniu wypłat z kont osobistych mieszkańców przez opiekunów prawnych wynikało m.in. z braku umiejętności gospodarowania środkami finansowymi, braku znajomości nomenklatury środków pieniężnych, złego stanu zdrowia psychicznego lub

<sup>164</sup> W związku z wymogami określonymi w art. 166 ustawy z 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2023 r. poz. 2809).

fizycznego. Opiekunowie prawni mieszkańców DPS (w tym będący jednocześnie pracownikami Domu) nie byli zobowiązani przez Dom do przedstawiania sprawozdań i rozliczeń wydatków, które sporządzali na potrzeby sądu w związku z wymogami określonymi w art. 166 ustawy z 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Opieka prawna realizowana była na mocy postanowienia sądu, do którego kompetencji należy nadzorowanie w/w działalności.

(akta kontroli str. 1716-1753, 2145-2162, 2182-2183, 2216-2217)

NIK wskazuje, że brak udokumentowanej procedury określającej zasady gospodarowania środkami mieszkańców, oraz sposobu dokumentowania wydatków na rzecz pensjonariuszy przez pracowników Domu, będących jednocześnie opiekunami prawnymi tych osób, nie sprzyjał jednolitości i transparentności podejmowanych w tym zakresie działań.

2.4. W latach 2021-2023 (według stanu na 31 grudnia każdego roku) w DPS przebywały odpowiednio 23 osoby, 19 osób i 23 osoby o ograniczonej możliwości poruszania się (leżących). W obowiązujących w okresie objętym kontrolą procedurach Domu nie została określona wymagana częstotliwość realizacji czynności pielęgnacyjnych wobec mieszkańców (kąpiel, golenie, strzyżenie, pielęgnacja przeciwoodleżynowa).

Dyrektor wyjaśnił, że czynności pielęgnacyjne na rzecz mieszkańców DPS realizowane były przez opiekunów (...): kąpiel – według potrzeb mieszkańca nie mniej niż dwa razy w tygodniu, golenie – trzy razy w tygodniu oraz według potrzeb mieszkańca, strzyżenie – raz w miesiącu oraz według potrzeb mieszkańca. W przypadku osób o ograniczonej możliwości poruszania się kąpiel odbywała się codziennie (oraz jeśli była taka potrzeba kilka razy w ciągu dnia<sup>165</sup>).

Zastępca Dyrektora podała, że częstotliwość wykonywania czynności pielęgnacyjnych takich jak kąpiel i golenie wynikała z organizacji pracy i była ujęta w tygodniowym planie rehabilitacji społecznej. Strzyżenie natomiast było wykonywane przez zewnętrzny zakład fryzjerski i częstotliwość określona była w zawartej umowie.

(akta kontroli str. 2164-2166, 1922-1928)

NIK wskazuje, że w dokumentach przywołanych w powyższych wyjaśnieniach nie zawarto częstotliwości zabiegów pielęgnacyjnych, albowiem plan rehabilitacji określał jedynie ramowo tygodniowy grafik zajęć, a w umowie, w tym zakresie, ujęto tylko oczekiwaną minimalną liczbę strzyżeń.

Ewidencja usług fryzjerskich prowadzona była przez opiekunów – pracowników zespołu opieki i terapii. Szczegółowej analizie poddana została dokumentacja trzech mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się<sup>166</sup>, według której korzystali oni z zabiegów fryzjerskich co do zasady raz w miesiącu<sup>167</sup>, za wyjątkiem incydentalnych sytuacji<sup>168</sup>, w których zgłaszali oni złe samopoczucie lub byli w złym stanie psychicznym.

(akta kontroli str. 1936-1984, 2163-2166, 2191-2204)

Spośród mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się, owróżdzenie odleżynowe odnotowane było u dwóch z nich. Jak wyjaśnił Dyrektor leczenie odleżyn polegało na stosowaniu środków opatrunkowych, maści, żeli oraz zleconych leków. W Księdze zabiegów drobnych, prowadzonej przez personel pielęgniarstwa podmiotu leczniczego realizującego świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz Domu, odnotowywano wobec obydwu mieszkańców stosowanie opatrunków i produktów leczniczych w związku ze stwierdzeniem zmian skórnych. Do kwestii dokumentowania zabiegów u jednego z pensjonariuszy w odniósł się biegły w opinii, która została szczegółowo opisana w punkcie 2.6 niniejszego wystąpienia.

Dyrektor dodał, że w celu zapobiegania powstawania nowych odleżyn u mieszkańców DPS stosowana była również pielęgnacja przeciwoodleżynowa tj. zmiana pozycji pensjonariuszy leżących w łóżku lub siedzących na wózkach inwalidzkich, mycie, wietrzenie, talkowanie skóry, oklepywanie i stosowanie kremów. Czynności te, wykonywane przez pielęgniarki oraz opiekunów, traktowane były jako ciąg zadań pielęgnacyjnych i nie były ewidencjonowane. Ponadto Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że podstawą działań profilaktyki przeciwoodleżynowej był codzienny pobyt mieszkańców leżących i z ograniczoną możliwością poruszania się w pokojach dziennego pobytu (z wykorzystaniem dostosowanych wózków), a przy sprzyjającej pogodzie – na powietrzu, co wymuszało zmiany pozycji ciała. Czynności takie

<sup>165</sup> Golenie i strzyżenie jak opisano wyżej.

<sup>166</sup> Przebywających w DPS w latach 2021-2024.

<sup>167</sup> Za wyjątkiem okresów, w których przebywali poza DPS ze względu np. na hospitalizację.

<sup>168</sup> Dwóch mieszkańców nie skorzystało ze strzyżenia, każdy z nich w jednym miesiącu na przestrzeni lat 2021-2024.

*jak mycie, wietrzenie, oklepywanie i smarowanie wykonywane były w ramach zabiegów pielęgnacyjnych i jako takie były ewidencjonowane.*

(akta kontroli str. 1937, 2007-2047, 2163-2166, 2218-2609, 2610-2627)

NIK wskazuje, że w świetle przedstawionych okoliczności, weryfikacja stosowania profilaktyki odleżyn oraz częstotliwości i formy tych działań, w toku kontroli NIK, nie była możliwa. Ponadto, na podstawie dokumentacji prowadzonej w Domu nie było możliwości ustalenia stopnia zapewnienia mieszkańcom właściwej pielęgnacji tj. kąpieli z wymaganą częstotliwością oraz golenia, z uwagi na to, że wykonanie tych czynności nie było odnotowywane. W sytuacji niedokumentowania realizacji innych niż strzyżenie czynności pielęgnacyjnych na rzecz leżących mieszkańców Domu<sup>169</sup> nie można stwierdzić czy zapewniono im właściwą pielęgnację, w tym profilaktykę odleżyn, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

2.5. Najniższe i najwyższe wynagrodzenia przedstawicieli dwóch najliczniejszych grup zawodowych w DPS, na 31 grudnia kolejnych lat okresu 2020-2023 i na 29 lutego 2024 r., kształtowały się następująco (w tys. zł) – dla opiekunów: 2,90-2,96; 3,01-3,37; 3,01-3,63; 3,60-3,74; 4,24-4,24, a dla pokojowych: 2,80-2,80; 3,01-3,17; 3,01-3,49; 3,60-3,60; 4,24-4,24. Wynagrodzenia te ulegały stopniowemu zrównaniu i spłaszczeniu z uwagi na sukcesywne podnoszenie minimalnego wynagrodzenia za pracę, o którym mowa w ustawie z 10 października 2002 r. o takim właśnie wynagrodzeniu<sup>170</sup>.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in. że *posiadanie uprawnień opiekunów medycznych przez pracowników DPS nie wpływał na ich wynagrodzenie, ponieważ zatrudnieni byli na stanowisku opiekuna i wykonywali jego obowiązki – a nie opiekuna medycznego.*

Najniższe i najwyższe wynagrodzenia zasadnicze ww. osób były tożsame z uprzednio przytoczonymi danymi dotyczącymi wszystkich opiekunów.

(akta kontroli str. 421-429, 2176-2179)

W okresie objętym kontrolą mieszkańcy DPS byli objęci opieką pielęgniarską realizowaną przez podmiot zewnętrzny<sup>171</sup>, na podstawie umów cywilnoprawnych, co opisano w punkcie 1.3 niniejszego wystąpienia. Zespół pielęgniarski zobowiązany był do wykonywania na rzecz mieszkańców Domu zleceń lekarskich, a w zakres usług wchodziło rozkładanie i podawanie leków, iniekcje (dożylnie, domięśniowe, podskórne), wykonanie opatrunków, inhalacje, pomiary parametrów życiowych i glikemii, pielęgnacja odleżyn oraz prowadzenie stosownej dokumentacji. Usługi miały być wykonywane w czasie wynikającym ze zleceń lekarskich i gwarantować ciągłość leczenia. W ww. umowach nie określono sposobu prowadzenia przez personel dokumentacji obejmującej informacje o świadczeniach realizowanych na rzecz mieszkańców. Nie uregulowano również w ww. umowach kwestii zapewnienia opieki pielęgniarskiej w sytuacji konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego oraz uprawnienia DPS do realizacji czynności nadzorczych nad prawidłowością sprawowania opieki pielęgniarskiej<sup>172</sup>.

(akta kontroli str. 580-592, 2182-2183, 2216-2217)

Dyrektor wyjaśnił, że *podstawą realizacji świadczeń pielęgniarskich były umowy ww. podmiotu zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia (w tym regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą) oraz z DPS. W miejscu udzielania świadczeń – Gabinet Pielęgniarki Opieki Długoterminowej w siedzibie Domu, stosowany był harmonogram dostępności personelu pielęgniarek zgodnie z ww. regulaminem tj. od poniedziałku do piątku, przynajmniej cztery razy w tygodniu (w DPS świadczenia realizowane były we wszystkie dni robocze), w godzinach od 8 do 20 oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w medycznie uzasadnionych przypadkach. W dni robocze (w ww. godzinach) usługi pielęgniarskie świadczone były przez dwie dyżurujące pielęgniarki, a w dni świąteczne i wolne ustawowo od pracy – przez jedną. Obecność personelu pielęgniarskiego w Domu nie była ewidencjonowana. Zastępca Dyrektora podała również, że analizę prawidłowości zapewnienia dostępności do świadczeń pielęgniarskich prowadzono w oparciu o raporty pielęgniarskie potwierdzające wykonanie zleconych usług,*

<sup>169</sup> Lub z ograniczeniami w samodzielnym poruszaniu się.

<sup>170</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 2207, ze zm.

<sup>171</sup> Tj. pielęgniarki działające w ramach spółki cywilnej.

<sup>172</sup> Według wprowadzonych Zarządzeniem Dyrektora nr 9B z 10 maja 2011 r. w sprawie procedur postępowania pracowników (...) zapobieganie zachowaniom agresywnym polegać miało m.in. w przypadku wystąpienia zachowań agresywnych na powiadomieniu pielęgniarki lub pogotowia ratunkowego oraz policji, a w stanach zagrażających życiu mieszkańca lub innych osób oraz niszczenia i uszkodzania otaczających przedmiotów, zastosowaniu przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującymi przepisami.

w tym podawanie leków. Dom dysponował częściową dokumentacją świadczeń opieki zdrowotnej z uwagi na prowadzenie akt mieszkańców zawierających: wypisy ze szpitala, skierowania na badania i do poradni specjalistycznych (do czasu ich realizacji), wyniki badań, opisy ich wyników, wpisy lekarzy specjalistów, listę aktualnie przyjmowanych leków, zaświadczenia lekarskie, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Pozostałą dokumentację prowadził podmiot zewnętrzny realizujący opiekę pielęgniarскую dla mieszkańców DPS<sup>173</sup>. Odnosząc się do kwestii ewentualnego zastosowania przymusu bezpośredniego poza godzinami pracy pielęgniarek Dyrektor podał, że w umowach cywilnoprawnych, których przedmiotem były usługi pielęgniarские nie określono sposobu zapewnienia opieki pielęgniarской w sytuacji konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego gdyż takiego nie stosowano, a w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia mieszkańca lub innych osób wzywana była Policja i Pogotowie ratunkowe. Personel Domu oraz spółki pielęgniarской uczestniczył w szkoleniu dotyczącym zasad stosowania ww. środka.

(akta kontroli str. 31-39, 1922-1929, 2145-2154, 2182-2183, 2216-2217)

NIK wskazuje, że wobec nieewidencjonowania w DPS czasu realizacji zadań przez personel pielęgniarский oraz nieodnotowywania danych o zrealizowanych usługach w szczególności pozwalającej każdorazowo wskazać np. kiedy i jaki produkt leczniczy podano mieszkańcowi lub jaki zakres profilaktyki przeciwdroźynowej został wykonany<sup>174</sup>. Dyrektor nie miał realnej możliwości weryfikowania prawidłowości wywiązywania się ze zobowiązań umownych przez podmiot realizujący świadczenia opieki zdrowotnej, tym bardziej, że w umowach nie wskazano uprawnienia DPS do realizacji czynności nadzorczych nad prawidłowością wykonywania zadań przez pielęgniarki. Przyjęty sposób działania stwarza zdaniem NIK ryzyko niezapewnienia przez Dom jego mieszkańcom właściwego dostępu do świadczeń pielęgniarских oraz może skutkować niedochowaniem obowiązujących przepisów przy ewentualnym zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego podczas nieobecności personelu pielęgniarского. Podkreślić należy, że konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego może wiązać się z wystąpieniem, podczas nieobecności osób uprawnionych do podjęcia decyzji o użyciu ww. środka, sytuacji nagłej, o gwałtownym charakterze, mogącej zagrażać życiu lub zdrowiu mieszkańca lub innych osób, co opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Koordinator zespołu wsparcia i pielęgnacji wyjaśniła, że recepty na leki stałe (które otrzymuje mieszkaniiec) wystawiane były przez lekarza rodzinnego i psychiatrę. Po otrzymaniu recepty oraz listy leków przyjmowanych przez mieszkańca (wykaz z tacy) przekazywała receptę do apteki w celu jej realizacji. W sytuacji kiedy mieszkaniiec otrzymuje receptę na lek od specjalisty lub np. kod recepty z wypisem ze szpitala, receptę również przekazywano do apteki, która dostarcza lek. Dodała, że sprawdzała leki dostarczane przez aptekę (ilościowo i jakościowo), potwierdzając ich zgodność z zamówieniem na imiennie (dla każdego mieszkańca) wystawionej fakturze zakupu leków. Następnie zakupione leki przekazywała pielęgniarkom, które podawały je mieszkańcom zgodnie ze zleceniem lekarza. Środki opatrunkowe zamawiała systematycznie i wydawała w miarę zapotrzebowania.

(akta kontroli str. 2121-2124, 2127-2128)

Iniekcje (w tym domięśniowe) wykonywane u mieszkańców, których dokumentacja była objęta szczegółową analizą opisaną w punkcie 2.3 niniejszego wystąpienia, wykonywane były przez personel pielęgniarский zarówno w dni robocze, jak i ustawowo wolne od pracy.

(akta kontroli str. 1936, 2083-2114, 2218-2609)

Dyrektor odnośnie do funkcjonujących w Domu zasad podawania leków wyjaśnił m.in., że po wizycie lekarskiej realizowane były zalecenia, realizacją recept zajmował się koordinator zespołu pielęgnacji i wsparcia, który odbierał z apteki produkty lecznicze i przekazywał je pielęgniarkom, przekazywał im również wszystkie zalecenia lekarskie. Pielęgniarki dokonywały wpisów w zeszycie raportów pielęgniarских oraz zamieszczały informacje o lekach doraźnych w miejscu rozkładania leków, natomiast leki przyjmowane przez mieszkańców na stałe spisywano na tzw. „tacy” – w przypadku każdej zmiany „taca” była aktualizowana. Zgodnie z umową zawartą z DPS pielęgniarki prowadziły stosowną dokumentację – wszystkie iniekcje zapisywane były w księgach zabiegowych, księgach

<sup>173</sup> Książka raportów, księga zabiegów drobnych pacjentów w skali Barthel (odpowiednio do 40 pkt lub >40 pkt), księga zabiegowa, księga zabiegowa dla pacjentów >40 pkt. w skali Barthel, zeszyt zleceń lekarza rodzinnego, zeszyt zleceń lekarza psychiatry, bieżąca ewidencja podawanych leków doustnych (tzw. „taca”), dokumentowanie usług dla pacjentów opieki długoterminowej w programie komputerowym.

<sup>174</sup> Co opisano w punkcie 2.4 niniejszego wystąpienia.

*zabiegów drobnych (np. podanie czopka, zakroplenie oczu, uszu, toaleta przeciwoleżynowa itp.), a pomiar glikemii i ciśnienia tętniczego zapisywany był w zeszycie pomiaru.*

(akta kontroli str. 2218-2219)

W okresie objętym kontrolą, do prowadzenia nadzoru rodzaju i jakości świadczonych usług pielęgniarских zobowiązany był koordynator zespołu wsparcia i pielęgnacji. Wyjaśniła ona m.in., że *ww. nadzór prowadziła na bieżąco poprzez codzienne (z wyjątkiem weekendów oraz świąt) zapoznanie się z informacjami zawartymi w raporcie pielęgniarским oraz uczestniczenie w wizytach lekarskich, sprawdzała również realizację zleceń lekarskich (opatrunki, toaleta przeciwoleżynowa, pomiar parametrów życiowych). Współpraca z pielęgniarzkami polegała na codziennym, wzajemnym przekazywaniu informacji o stanie zdrowia mieszkańca, sprawdzaniu wpisów w raporcie pielęgniarским, wspólnym omawianiu zgłoszonych problemów zdrowotnych mieszkańca, umawianiu mieszkańca na wizyty lekarskie.* Przyznała jednocześnie, że *realizacja ww. czynności nie była udokumentowana.*

(akta kontroli str. 2121-2124)

Szczegółową analizą została objęta dokumentacja trzech mieszkańców Domu, odnosząca się do udzielanych im w latach 2023-2024 świadczeń opieki zdrowotnej, zapewnienia opieki medycznej, w tym stosowanej farmakoterapii oraz zabiegów pielęgniarских.

Powołany w toku kontroli NIK biegły wydał opinię, w której ocenił m.in. umożliwienie mieszkańcom korzystanie ze świadczeń lekarskich adekwatnie do zaleceń lekarskich, informowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarzy specjalistów przez personel DPS o wszystkich lekach przyjmowanych na stałe przez mieszkańca, prawidłowość wykonywania zleceń lekarskich, w tym po hospitalizacji, prowadzenie dokumentacji dotyczącej wszystkich udzielanych mieszkańcowi świadczeń i ujęcia w niej informacji pozwalających na zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańca w kontekście udzielanych mu świadczeń. W opiniach sporządzonych na podstawie dokumentacji trzech mieszkańców DPS odnoszącej się do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na ich rzecz, w tym prowadzenia farmakoterapii biegły wskazał m.in., że:

1) nie można było ocenić czy mieszkańcom umożliwiono korzystanie ze świadczeń lekarskich adekwatnie do zaleceń lekarskich, gdyż informacje te, takie jak podawanie leków psychiatrycznych doustnych zgodnie ze wskazaniem lekarza psychiatry, nie były dokumentowane. Nie dokumentowano także w dokumentacji pielęgniarskiej zarówno odstawiania leków jak i zmiany ich dawkowania, a także stosowania zamienników zaleconych leków i ich nazw, a w odniesieniu do jednego z pensjonariuszy również włączania nowych leków. Informacje te były lakoniczne i zawierały się w opisie „zlecenia przyjęto”.

- przypadku jednej z osób dokumentacja nie zawierała informacji dotyczących zmiany dawek zaleconych przez lekarza leków, stąd niemożliwa była ocena prawidłowego ich podawania. Nie można było także ocenić czy prawidłowo stosowane były zamienniki leków ani czy dawki leków były zmieniane wg zleceń<sup>175</sup>. Po konsultacjach lekarskich modyfikacja leczenia ogranicza się do sformułowania „zlecenia przyjęto”.

- odniesieniu do innego mieszkańca biegły wskazał, że w dokumentacji pielęgniarskiej brak było informacji dotyczących podawania zalecanych leków (zarówno leków psychiatrycznych<sup>176</sup> jak i leków zleconych przez lekarza rodzinnego oraz po ukończonych hospitalizacjach) oraz danych odnośnie do włączania nowo zleconych leków, zmiany dawki aktualnie przyjmowanych oraz ewentualnego odstawienia leków. Informacje te zawierały się jedynie w opisach „zlecenia przyjęto”.

- dokumentacji trzeciego z pensjonariuszy po zakończonych hospitalizacjach i powrocie do DPS informacje o zaleceniach szpitalnych były zapisywane w raportach zdawkowo, pod postacią sformułowania „pacjent wrócił ze szpitala, zlecenia przyjęto”. Nie odnotowano informacji dotyczących leków, jakie włączono, ich dawkowania<sup>177</sup>, ewentualnego stosowania zamienników, stąd ocena prawidłowości włączania zaleceń nie była możliwa. Podobnie nie można było ocenić prawidłowości podawania leków w przypadku biegunki - w raportach pielęgniarских pojawia się informacja „miał biegunkę, otrzymał leki”. Informacje te były

<sup>175</sup> Lekarz psychiatra 30.10.2023 r. zlecił odstawienie leku P., a w dokumentacji pielęgniarskiej nie było wpisu dotyczącego odstawienia leku, odnotowano jedynie „zlecenia przyjęto”. Według karty leczenia psychiatrycznego z 21.03.2024 r. lek R. powinien być podawany w dawce 3x2 mg. Brak było takiej informacji w raportach pielęgniarских.

<sup>176</sup> C. 500 mg 0-0-1/2 tabl., S. 7,5 mg 0-0-1

<sup>177</sup> W raportach pielęgniarских brak było informacji nt. odstawienia 31.01.2024 r. leku R. 1 mg oraz włączeniu leku D. mg 2x1. Brak było także innych dokumentów potwierdzających, że zalecenia te wdrożono prawidłowo.

niewystarczające do oceny prawidłowości włączania leków. W dokumentacji nie ujęto informacji na temat produktów leczniczych w szczególności, co do nazwy, dawki, częstości podawania oraz czasu, przez który były podawane. Podawanie leków SOS były odnotowywane prawidłowo w karcie zabiegów, prawidłowo udokumentowano także w podawanie trzech innych produktów leczniczych. W raportach pielęgniarских zdawkowo pojawiały się informacje odnośnie odstawienia leków, włączania nowych leków, ale z powodu braku indywidualnej karty zleceń ocena czy leki te były podawane prawidłowo, w określonych dawkach, nie była możliwa.

2) w dwóch przypadkach z analizowanej dokumentacji nie było można wnioskować czy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej poinformowany został przez personel DPS o wszystkich lekach przyjmowanych na stałe przez mieszkańca.

3) z dokumentacji żadnego w mieszkańców nie wynikało, że istniała konieczność stosowania przymusu bezpośredniego.

4) zalecenia dotyczące podawania każdemu z mieszkańców, których dokumentacja była analizowana, iniekcji były wykonywane prawidłowo oraz przez osoby do tego upoważnione. Podanie dawki leków w formie iniekcji było potwierdzane w dokumentacji medycznej (karcie zabiegów). W każdym przypadku z powodu braku udokumentowania każdej dawki leków doustnych niemożliwe było stwierdzenie czy stosowano zamienniki leków oraz czy robiono to w sposób prawidłowy. Na podstawie przedłożonej dokumentacji dotyczącej trzech mieszkańców stwierdzono brak szczegółowego udokumentowania podawania leków doustnych psychiatrycznych zarówno co do ich dawek jak i dat, co uniemożliwiało stwierdzenie czy zalecenia wdrażano niezwłocznie, po upływie jakiego czasu ani czy niezwłocznie odstawiano leki doustne.

5) w każdym z analizowanych przypadków dokumentacja nie obejmowała wszystkich udzielanych świadczeń pensjonariuszom. Brakowało w niej indywidualnego potwierdzania podawanych pacjentowi leków doustnych psychiatrycznych. Z powodu niedokumentowania podania każdej dawki leku, nie było możliwe badanie prawidłowości realizacji zleceń lekarskich. Niedokumentowanie podania każdej dawki uniemożliwiało monitorowanie przebiegu procesu leczenia, jego skuteczności, ryzyka pogorszenia stanu psychicznego lub somatycznego. W przypadku jednego z mieszkańców (osoby leżącej) informacje dotyczące toalety odleżynowej w przedstawionej dokumentacji były odnotowywane niesystematycznie, dlatego niemożliwa była ocena czy zalecenia te były wdrażane regularnie, zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Ponadto niemożliwe było stwierdzenie czy personel wykonywał dodatkowe zabiegi takie jak terapia przeciwoleżynowa zgodnie z zaleceniami, ponieważ informacje na temat wykonywania tej terapii były odnotowywane nieregularnie.

6) na podstawie przedłożonej dokumentacji dotyczącej trzech mieszkańców nie można było wnioskować czy ich sytuacja wymagała podjęcia niezwłocznych działań.

Biegły w swojej opinii odnośnie do każdego z mieszkańców, których dokumentacja podlegała badaniu, wskazał, że całokształt dokumentacji pozwalał prześledzić proces leczenia w zakresie stosowanej farmakoterapii, dotyczącej podawania iniekcji. Nie było jednak możliwe prześledzenie leczenia w zakresie stosowania leków doustnych, co wynikało z braku odnotowywania indywidualnie każdej dawki leku doustnego. Z uwagi na brak odnotowywania podawania zaleconych leków doustnych należałoby zwiększyć obsadę pielęgniarскую, co umożliwiłoby prowadzenie dokumentacji w sposób rzetelny i przejrzysty, niepozostawiający wątpliwości co do podawania wszystkich dawek zaleconych leków.

(akta kontroli str. 2610-2627)

W toku kontroli ustalono, że w przypadku wykonania iniekcji lub zabiegu pielęgniarского odnotowywano ten fakt, z jednoczesnym określeniem daty i nazwy produktu leczniczego, dawki i osoby zlecającej. Jednak, według przedłożonej w toku kontroli NIK dokumentacji, w której odnotowywano informacje związane ze stanem zdrowia mieszkańców<sup>178</sup>, w DPS nie ewidencjonowano co do zasady podania pensjonariuszom produktów leczniczych, w szczególności: nazwy produktu leczniczego, dawki, czasu podania oraz osoby podającej produkt leczniczy, w tym informacji o zastosowaniu zamiennika leku wobec jednego z mieszkańców, których dokumentacja poddana była szczegółowej analizie<sup>179</sup>.

<sup>178</sup> Tj. kart leczenia szpitalnego, zleceń lekarskich, Księgi zabiegów drobnych, Wykazu iniekcji, Kart wizyt pielęgniarки opieki długoterminowej domowej, raportów pielęgniarских, Kart obserwacyjnych prowadzonych przez opiekunów.

<sup>179</sup> Jednemu z mieszkańców został podany zamiennik leku (E. 500 tabl. powł. 0,5g ) zleconego przez lekarza produktu leczniczego tj. recepta S. 500-tabl. powł. 500 mg. Zgodę na podanie zamiennika wyraził mieszkaniec, który nie był ubezwłasnowolniony.

W dokumentacji prowadzonej przez podmiot zewnętrzny np. *raportach pielęgniarskich* incydentalnie podawano informacje o podaniu konkretnego leku (z wyłączeniem iniekcji i wpisów w Księdze zabiegów drobnych) – o czym świadczyły wprowadzane przy nazwiskach mieszkańców wpisy, o nazwie i dawce produktu leczniczego. Potwierdzeniem stosowania farmakoterapii mieszkańców Domu poza incydentalnymi wpisami w raportach pielęgniarskich informacji o nazwie i dawce leku była adnotacja np. *pozostali pacjencie bez zmian*. Ponadto DPS nie posiadał innych niż bieżące (tj. według stanu na dzień przekazania dokumentacji NIK) dokumentów mających potwierdzać stosowanie leków, albowiem dokumenty pn. „taca” nie były archiwizowane. W latach 2021-2024 nie sformalizowano też zasad ewidencjonowania i dokumentowania wykonywanych na rzecz mieszkańców świadczeń opieki pielęgniarskiej – kwestie te opisano szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.  
(akta kontroli str. 1936, 2121-2124, 2127-2133, 2169-2173, 2218-2609)

Jedna z pielęgniarek wyjaśniła, że *potwierdzeniem podania produktów leczniczych mieszkańcom DPS był wpis w księdze raportów „Pozostali pacjenci bez zmian. Podano leki według zleceń lekarskich” lub „otrzymali leki zlecone przez lekarza”*. Dotyczyło to podania wszystkich leków w ciągu danego dnia, dawek i krotności, które są zalecone przez lekarzy. Natomiast incydentalne wpisy o podaniu leków np. *przeciwbólowych*, były dokonywane w przypadku podania ich z powodu bólu lub gorączki u wyszczególnionego pacjenta. Wszystkie wyjątkowe sytuacje dotyczące zdrowia pacjentów były opisywane w raportach pielęgniarskich z wyszczególnieniem nazwiska oraz problemu zdrowotnego i wykonanych czynności, w tym podania leku.

(akta kontroli str. 2167-2169)

2.6. W zakresie opracowywania IPW szczegółową analizą została objęta dokumentacja pięciu mieszkańców Domu, z których dwóch było ubezwłasnowolnionych całkowicie, a dwóch częściowo<sup>180</sup>. Pensjonariusze ci zostali przyjęci do DPS przed okresem objętym kontrolą (najpóźniej w lutym 2020 r.). W wszystkich tych przypadkach wybór pracownika pierwszego kontaktu, którym, w analizowanych przypadkach, był opiekun<sup>181</sup>, został dokonany, według wyjaśnień Dyrektora, *przez mieszkańca, a czynność ta nie była dokumentowana*.

Dla każdego z ww. pięciu pensjonariuszy, sporządzono IPW po przyjęciu do Domu, a kolejne wersje Planów opracowywane były co roku w latach 2021-2023<sup>182</sup>. Zgodnie z wymogami § 2 ust. 3 rozporządzenia o dps, każdy z ww. Planów został opracowany przez Zespół (co zostało potwierdzone podpisami uczestników) zaakceptowany przez kierownika ZTO, którym była zastępca dyrektora Domu. W IPW opracowanych dla trzech mieszkańców, które były podpisane przez opiekunów prawnych, nie zamieszczano jednak adnotacji o braku możliwości opracowania Planu z udziałem pensjonariusza<sup>183</sup>. Plany opracowywane w okresie objętym kontrolą dla jednego z mieszkańców częściowo ubezwłasnowolnionych przygotowywane były z udziałem tej osoby. W przypadku mieszkańca, który nie był ubezwłasnowolniony, podpisany został przez niego Plan sporządzony w 2022 r., natomiast IPW z 2021 r. i 2023 r. nie zawierały jego podpisu, ani adnotacji o braku możliwości przygotowania IPW z jego udziałem, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.  
(akta kontroli: str. 1570-1715, 1922-1926, 1930-1931, 2060-2061, 2063-2077)

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że *do opracowania Planu Zespół wykorzystuje autorski formularz IPW. W trakcie wielu lat działalności posługiwano się dwoma rodzajami formularzy. Aktualnie obowiązujący składa się z części diagnostycznej oraz ewaluacyjnej. Część diagnostyczna zawierała informacje dotyczące mieszkańca w zakresie m.in. sytuacji: rodzinnej, prawnej, finansowej i zdrowotnej (w tym o stopniu i rodzaju niepełnosprawności), oceny sprawności (w tym czynności samoobsługowych i społecznych, orientacji w czasie i przestrzeni, aktywności niepożądaney, zainteresowaniach). Diagnozę kończyło określenie zakresu i rodzaju wymaganego wsparcia. W części ewaluacyjnej formularza pn. „Usługi świadczone/oceny” dokonywano podsumowania świadczonych usług: opiekuńczo-pielęgniarskich, zdrowotnych, religijnych, kulturalnych i porad prawnych oraz określenia celów, które miały zostać osiągnięte poprzez pracę z mieszkańcem. Wszyscy pensjonariusze, których dokumentacja była poddana szczegółowej analizie brali udział w opracowaniu IPW – co jeden z nich potwierdził złożonym podpisem, a w imieniu trzech osób potwierdzili*

<sup>180</sup> Piąta osoba nie była ubezwłasnowolniona.

<sup>181</sup> Będący pracownikiem zespołu opieki i terapii.

<sup>182</sup> W przypadku jednego mieszkańca IPW opracowano również w 2024 r., dwóch innych mieszkańców zmarło w I kwartale 2024 r., a dla jednej osoby w 2024 r. do dnia przekazania danych NIK nie był sporządzony Plan.

<sup>183</sup> W trzech IPW sporządzonych dla jednego mieszkańca, w trzech IPW sporządzonych dla innej osoby, w dwóch IPW sporządzonych dla kolejnego mieszkańca.

to opiekunowie prawni lub kurator. Dodała również, że przyjętą była zasada, iż wszyscy mieszkańcy Domu brali udział w spotkaniach Zespołu, na których opracowywany był ich IPW (z nielicznymi wyjątkami, w jakichś szczególnych sytuacjach np. silnego pobudzenia). Spotkania odbywały się z udziałem Dyrektora (w jego gabinecie). Mieszkańcy, których dokumentacja była szczegółowo kontrolowana byli (w dwóch przypadkach) osobami, których stan psychofizyczny umożliwiał aktywny udział w opracowaniu IPW.

(akta kontroli: str. 1922-1926, 1930-1931, 1936, 2145-2154)

W analizowanych IPW (opracowanych w latach 2021-2024) ujęty był każdorazowo:

- kwestionariusz zawierający dane o sytuacji: prawnej, rodzinnej, finansowej, zawodowej i zdrowotnej mieszkańca, w tym o stopniu i rodzaju niepełnosprawności i zaopatrzeniu ortopedycznym,

- dokument *Ocena sprawności mieszkańca*, w którym odnotowywano informacje o radzeniu sobie przez niego ze szczegółowo określonymi zadaniami w zakresie czynności samoobsługowych, umiejętności społecznych, orientacją w czasie i przestrzeni, a także o zainteresowaniach oraz aktywnościach niepożądanych. Rodzaj wymaganego wsparcia określano w przedziale lekkie-umiarkowane-intensywne, a w sekcji *Uwagi* odnotowywano obserwacje dotyczące zachowania pensionariusza,

- część *Usługi świadczone/ocena* odnosząca się do usług świadczonych w okresie poprzedzającym określenie *Ustaień do realizacji*, zawierająca każdorazowo informacje o zapleczu bytowym w DPS, pracy socjalnej obejmującej m.in. kontakt z rodziną, wywiad środowiskowy, kontakt z sądem/kuratorem/ośrodkiem pomocy społecznej/zakładem pracy, monitorowanie odpłatności za pobyt Domu, terapii zajęciowej, usługach opiekuńczo-pielęgniacyjnych na rzecz mieszkańca, a także o korzystaniu z usług zdrowotnych, religijnych, kulturalnych oraz porad prawnych. W części tej zaznaczano w formie kwestionariuszowej wystąpienie poszczególnych okoliczności, np. udział w zajęciach świetlicowych z adnotacją w uwagach *mieszkaniec lubi przebywać na świetlicy, oglądać telewizję, słuchać muzyki lub terapia usprawniająca wraz z adnotacją uczestniczy w zajęciach ogólnousprawniających zgodnie z własnymi potrzebami*. W DPS udział mieszkańców w zajęciach terapeutycznych (w tym również treningach funkcjonowania w codziennym życiu oraz umiejętności spędzania czasu wolnego) dokumentowany był w dziennikach zajęć.

Zastępca Dyrektora podała, że *informacje o udziale mieszkańców w treningach rehabilitacji społecznej podawane były w IPW na podstawie różnych dokumentów: dzienników zajęć, kart obserwacyjnych, raportów oraz na podstawie obserwacji mieszkańca prowadzonej przez pracownika pierwszego kontaktu i innych członków Zespołu oraz wywiadu ustnego prowadzonego pomiędzy członkami ZTO*.

W każdym z analizowanych IPW w sekcji *Ustalenia do realizacji* podawano zakres programowy zajęć, o których mowa w § 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14 stycznia 2014 r.<sup>184</sup> np. trening funkcjonowania w życiu codziennym i spędzania wolnego czasu. Nie wyszczególniano w treści Planów rodzaju zajęć, który można było zdefiniować pośrednio na podstawie ich wskazanego zakresu programowego np. w odniesieniu do przytoczonych wyżej zakresów programowych były to zajęcia terapeutyczne. W przypadku wszystkich analizowanych IPW wskazany zakres programowy nie odnosił się do innych zajęć<sup>185</sup> niż terapeutyczne.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że *Dom zapewniał mieszkańcom kontakt z psychologiem w przypadku zaistnienia takiej potrzeby, a IPW nie określał zajęć z psychologiem, brak przedmiotowego wpisu był powodem przeoczenia*.

Opracowane w latach 2021-2024 Plany w odniesieniu do żadnego z pięciu mieszkańców, których dokumentacja poddana była szczegółowej analizie, nie zawierały określenia celów jakie mają być osiągnięte z wykorzystaniem zajęć rehabilitacji społecznej, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. W IPW przygotowanych dla trzech mieszkańców po ich umieszczeniu w Domu<sup>186</sup> ujęto jako cele długoterminowe:

- kontynuację nauki w szkole,
- udział w zajęciach gospodarstwa domowego, zachęcanie i motywację do pomocy w wykonywaniu zajęć gospodarstwa domowego,

<sup>184</sup> W sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. poz. 250, dalej: rozporządzenie w sprawie rehabilitacji).

<sup>185</sup> Zajęcia: z psychologiem, ruchowe, przygotowujące do podjęcia zatrudnienia.

<sup>186</sup> Opracowanych w latach 2001-2002, 2012-2013.

- pomoc w zakupach oraz w organizowaniu wyjazdów jednodniowych,
  - rozwijanie zdolności plastycznych i utrzymywanie zdolności muzycznych,
  - podtrzymywanie kontaktu z rodziną,
  - udział w wycieczkach jednodniowych,
  - prowadzenie rozmów na temat szkodliwości alkoholu,
  - wspieranie mieszkańca w codziennym funkcjonowaniu i dokonywanie zakupów,
- a jako cele krótkoterminowe
- pomoc w zaadaptowaniu się w Domu i uregulowanie sytuacji prawnej
  - naukę mycia naczyń,
  - wyrabianie umiejętności utrzymywania porządku oraz dbałości o higienę osobistą.

W dokumentacji domu, w tym IPW opracowanych w latach 2021-2024 dla pięciu mieszkańców Domu, których dokumentacja była poddana analizie, nie był wskazany wymiar czasu zajęć, a także zakładany oraz faktyczny czas trwania zajęć rehabilitacji społecznej, brak było również udokumentowanej okresowej oceny realizacji indywidualnych planów wsparcia mieszkańców domu dokonanej na podstawie treści zawartych w dziennikach zajęć. Kwestie te opisano szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli: str. 1570-1715, 1922-1926, 1930-1931, 1936, 2060-2061, 2063-2077, 2145-2154, 2186-2209)

2.7. Mieszkańcy Domu mieli prawo do zapewnienia bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych<sup>187</sup>, a w DPS świadczone usługę wspomagającą w postaci zapewnienia warunków do bezpiecznego przechowywania takich środków i przedmiotów, w rozumieniu § 5 ust. 1 pkt 3 lit. h rozporządzenia o dps. Kwestię depozytów pensjonariuszy, w tym postępowania z nimi po ich śmierci szczegółowo regulowały dwa zarządzenia Dyrektora z 1 lutego 2019 r.<sup>188</sup>, wraz z instrukcją załączoną do pierwszego z nich, o analogicznej nazwie. Zgodnie z postanowieniami zarządzenia nr 3/2019:

- istniała możliwość gromadzenia środków finansowych mieszkańca na koncie depozytowym (§ 11 ust. 2), jednak m.in. w okresie objętym kontrolą żaden z nich nie korzystał – deponowali ww. środki na indywidualnych rachunkach, kontach bankowych, co było rozwiązaniem priorytetowym (§ 11 ust. 1<sup>189</sup>). Ostatnie konto depozytowe zlikwidowano 28 grudnia 2005 r. z saldem zerowym<sup>190</sup>. Dyrektor i Główna Księgowa Domu zgodnie potwierdzili, że do 26 marca 2024 r. *nie występowały zdarzenia dotyczące przechowywania pieniędzy w depozycie DPS*. Brak środków w depozycie Domu, na dzień sprawdzenia potwierdzał również audytor wewnętrzny Starostwa w 2021 r. oraz przedstawiciel PCPR w 2022 r.

- prowadzono księgę depozytów, która posiadała ponumerowane strony, przesznurowane karty oraz przytwierdzone końce sznurka do ostatniej strony naklejką z pieczęcią DPS (§ 6 ust. 1); zawierała ona wszystkie wymagane dane, w tym imię i nazwisko mieszkańca, daty przyjęcia i wydania depozytu oraz podpis osoby go odbierającej (§ 6 ust. 2). W księdze widniał jeden wpis, dotyczący przedmiotów wartościowych mieszkańca zmarłego w grudniu 2021 r.<sup>191</sup>

- po śmierci ww. mieszkańca, który posiadał przedmioty wartościowe, komisja w wymaganym składzie, dokonała ich spisu na przewidzianych do tego formularzach i na trzeci dzień po jego śmierci przekazała te przedmioty do depozytu (§ 12 ust. 1); zostały one następnie, po dziewięciu miesiącach, wydane jednemu ze spadkobierców, który przedstawił zapadłe w międzyczasie postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku (§ 12 ust. 2 w zw. z § 8 ust. 1 i 2) oraz umowy darowizny dotyczące ww. przedmiotów, zawarte w ww. okresie na jego

<sup>187</sup> RPIO, rozdział II, pkt 1, tiret 17.

<sup>188</sup> Nr 3/2019 w sprawie trybu postępowania z depozytami wartościowymi i depozytami pieniężnymi DPS, poprzedzone zarządzeniem Dyrektora nr 12/2011 z 27 czerwca 2011 r. w sprawie Instrukcji gospodarki depozytami, ich gromadzenia i przechowywania oraz zarządzenie Nr 4/2019 w sprawie powołania komisji zabezpieczenia przedmiotów wartościowych i dokumentalnych w DPS.

<sup>189</sup> A także zarządzenie Dyrektora nr 9B z 10 maja 2011 r. w sprawie procedur postępowania pracowników, część „Dysponowanie przez mieszkańców DPS środkami finansowymi”, pkt 1 i 2 – Mieszkaniec domu samodzielnie dysponuje środkami finansowymi. Zaleca się założenie przez mieszkańca Domu rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego w wybranym przez siebie banku, w celu właściwego gromadzenia i zabezpieczenia środków finansowych. Posiadanie przez pensjonariuszy indywidualnych kont bankowych potwierdziła również jedna z kontroli przeprowadzonych przez PCPR, w lipcu 2022 r.

<sup>190</sup> Zestawienie sald i obrotów kont depozytowych, wygenerowane w wykorzystywanym w Domu programie komputerowym, przy parametrach „Okres: rok 2009; Pobyt na dzień 14.03.2024: wszyscy; Umieść osoby z zerowymi obrotami: NIE”, nie zawierało żadnych rekordów.

<sup>191</sup> W listopadzie 2022 r. Dyrektor zwrócił się do Dyrektora Archiwum Państwowego w Poznaniu o zgodę na brakowanie dokumentacji archiwalnej z lat 2009-2015, w tym dokumentacji księgowej dotyczącej depozytów mieszkańców, którą to zgodę, w tym samym miesiącu, otrzymał.

rzecz z pozostałymi spadkobiercami, a ponadto pokwitował odbiór w księdze depozytów (§ 8 ust. 3).

Nie wystąpiły przypadki niepodjęcia depozytów, a także konieczność sformalizowanego wzywania osób uprawnionych do ich odbioru w ciągu wyznaczonego, trzyletniego terminu<sup>192</sup>, ewentualnie likwidacji depozytu (§ 9 ust. 1 i 2 i § 12 ust. 4). Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że rodzina zmarłego była w bardzo dobrym kontakcie ze swoim krewnym i pracownikami Domu i wiedziała o posiadaniu przez niego ww. skuterów. O konieczności przeprowadzenia sprawy o stwierdzenia nabycia spadku poinformowano krewnych ustnie już w momencie prowadzenia uzgodnień związanych z organizacją pogrzebu, zadeklarowali oni niezwłoczne złożenie wniosku do sądu w tej sprawie – co nastąpiło<sup>193</sup>.

(akta kontroli str. 21-126, 235-401, 1228-1254, 1509-1513)

W DPS nie funkcjonowała udokumentowana procedura postępowania z kontem bankowym zmarłego mieszkańca w przypadku kiedy jego opiekunem prawnym był pracownik Domu. Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że *we wskazanej sytuacji w banku przedkładany jest akt zgonu mieszkańca, który powoduje zamrożenie konta, a rodzina informowana jest o konieczności podjęcia kroków w celu nabycia spadku. W 2021 roku były trzy takie przypadki, w 2022 – jeden, 2023 – jeden, w 2024 do dnia dzisiejszego<sup>194</sup> - nie było żadnego.*

NIK wskazuje, że brak ww. udokumentowanej procedury nie sprzyjał jednolitości i transparentności działań podejmowanych w przedmiotowych przypadkach. Za przyjęciem takiego rozwiązania przemawia również to, że niniejsze sytuacje występują relatywnie częściej niż kwestie związane z depozytami mieszkańców – które to z kolei są wewnętrznie uregulowane i to szczegółowo.

(akta kontroli str. 1499, 1538-1540)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W okresie objętym kontrolą, na skutek przyjętej interpretacji przepisów prawa, żadnego z mieszkańców, poza jednym, nie poddawano okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym ich pobyt w Domu, o których to badaniach mowa w art. 38 ust. 5 uooczp.

Dyrektor obszernie wyjaśnił m.in., że *wymóg ten nie dotyczy wszystkich osób przebywających w DPS, ale jedynie tych umieszczonych tam na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Obowiązek badań został ustanowiony jedynie w niniejszej ustawie (odsyłanie do jej art. 38 ust. 1), i to pomimo tego, że w ustawie o pomocy społecznej jest także regulowana podstawa przyjęcia do Domu. Dodał, że mieszkańcy których dane zostały zamieszczone w przedmiotowym wykazie, przyjęci zostali do DPS na podstawie uops, a przepisy nie określają precyzyjnie kto jest odpowiedzialny za przeprowadzenie badań, czy powinny zakończyć się wydaniem zaświadczenia tudzież opinii, a także kto ponosi związane z nimi koszty. Przeprowadzone w Domu w latach 2021-2024 kontrole Sądu Rejonowego w Słupcy, których podstawą prawną były przepisy uooczp i wydanego na jej podstawie rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu, nie wykazały nieprawidłowości w przedmiotowym zakresie.*

NIK wskazuje, że kwestia przeprowadzania przedmiotowych badań oraz wzajemnych relacji przepisów art. 38 ust. 1 uooczp i art. 54 ust. 1 uops zawierających w obu przypadkach przesłanki umieszczenia w domu pomocy społecznej, była przedmiotem m.in. rozważań przedstawicieli doktryny<sup>195</sup>. Przywołany w wyjaśnieniach pogląd, ograniczający obowiązek ww. badań do osób skierowanych do dps na podstawie przepisów uooczp nie jest bynajmniej jedyny i dominujący – prezentowane jest także stanowisko przeciwne, tj. że obowiązek ten dotyczy wszystkich osób przebywających w takiej placówce<sup>196</sup>. Niezależnie od tego,

<sup>192</sup> W tym poprzez wywieszenie ogłoszenia na tablicy informacyjnej Domu - która w trakcie oględzin nie zawierała takich ogłoszeń.

<sup>193</sup> Dom dysponował też udokumentowaną korespondencją ze spadkobiercą z maja 2024 r. dotyczącą kwestii uregulowania opłat ubezpieczeniowych za ww. pojazdy.

<sup>194</sup> 9 maja 2024 r.

<sup>195</sup> Obszerny wywód w tym zakresie zawiera pozycja W. Sobejko [w:] Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz, wyd. II, red. P. Drembkowski, B. Kmiecik, R. Tymiński, Warszawa 2023, art. 38, dalej: Komentarz.

<sup>196</sup> Por. Komentarz – punkt X: Lech J. Żukowski „Ochrona zdrowia psychicznego w prawie administracyjnym”, str. 307-332.

odwoływanie się do faktu przyjęcia przez inne organy<sup>197</sup> art. 54 ust. 1 uops w podstawach prawnych decyzji<sup>198</sup> o skierowaniu danej osoby do Domu jest o tyle nietrafne, że oba ww. przepisy obejmują osoby chore psychicznie i upośledzone umysłowo, przy czym art. 54 uops – szerszy zakresowo – obejmuje także inne osoby<sup>199</sup>. Nie sama podstawa prawna decyzji, lecz całokształt okoliczności dotyczących osoby kierowanej nią do DPS<sup>200</sup> powinien zatem podlegać w Domu weryfikacji, w szczególności – ewentualna dalsza – niezdolność danej osoby do zaspokajania swoich podstawowych potrzeb życiowych. O tym, że to nie podstawa prawna ujęta w decyzji jest okolicznością przesądzającą o realizacji – albo nie – danego obowiązku świadczy także to, iż niniejsze badania, cyklicznie przeprowadzane w okresie objętym kontrolą<sup>201</sup> wobec wspomnianego, jedynego mieszkańca DPS dotyczą osoby skierowanej do Domu właśnie na podstawie art. 54 ust. 1 uops, a nie art. 38 ust. 1 uoouz<sup>202</sup>. Ponadto, przywoływanie wyników kontroli DPS przeprowadzanych przez Sąd Rejonowy w Słupcy jest tu bezprzedmiotowe, albowiem z protokołów tych kontroli, ramowo, cyklicznie weryfikujących kilka powtarzających się, szerokich tematycznie zagadnień<sup>203</sup>, nie wynika aby kwestia badań ujętych w art. 38 ust. 5 uoouz była wówczas sprawdzana.

Reasumując: dostrzegając prawną i faktyczną złożoność analizowanej materii, która mogła wpłynąć na decyzję o nieprzeprowadzaniu ww. badań, NIK wskazuje, że kluczowe jest tu odwołanie się do ratio legis ww. przepisu, którym jest weryfikacja zasadności pobytu w dps osoby w nim przebywającej, zwłaszcza – ale nie tylko – w sytuacji gdy uprzednio nie wyrażała ona na ten pobyt zgody, albo nie była w stanie sama jej wyrazić. Jest to ściśle powiązane z ujętym w art. 55 ust. 2 uops obowiązkiem zapewnienia takiej organizacji Domu aby uwzględniała ona m.in. wolność jego mieszkańców – co było obowiązkiem Dyrektora, odpowiedzialnego w myśl § 2 ust. 4 pkt 6 regulaminu organizacyjnego za prawidłowe funkcjonowanie DPS, w tym właśnie przestrzeganie praw i wolności pensjonariuszy. Nie można tu w szczególności tracić z pola widzenia tych mieszkańców Domu, którzy pomimo upośledzenia umysłowego nie są ubezwłasnowolnieni i posiadają prawa wyborcze, co w powiązaniu z ustawicznymi, często wieloletnimi oddziaływaniami opiekuńczymi, wspomagającymi i edukacyjnymi daje realną szansę na to, że m.in. oni będą mogli w przyszłości DPS opuścić. Podkreślenia wymaga, że w myśl art. 41 ust. 2 uoouz, z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu do dps może wystąpić jego kierownik, jeżeli uzna, że zmieniły się okoliczności uzasadniające orzeczenie o przyjęciu osoby do tego domu. Do tego konieczne jest jednak przeprowadzanie badań, o których mowa w art. 38 ust. 5 uoouz, przy czym realizacja tego obowiązku należy do dps, w którym dana osoba przebywa<sup>204</sup>, z wszelkimi tego faktu konsekwencjami, w tym w zakresie dokumentowania i finansowania niniejszych działań. Dalsze utrzymywanie sytuacji, gdzie na przestrzeni całego okresu objętego kontrolą, tj. blisko trzech i pół roku zweryfikowano zasadność pobytu w Domu jednego na 130 mieszkańców<sup>205</sup>, nie gwarantuje właściwej ochrony ich wolności w rozumieniu art. 55 ust. 2 uops.

(akta kontroli str. 1435-1481)

2. Pierwsza osobista kontrola prawidłowości przebiegu pracy pracowników Domu w porze nocnej dokonana przez Zastępcę Dyrektora i koordynatorów zespołów na podstawie przepisów zarządzenia Dyrektora nr 7/2023 z 21 kwietnia 2023 r. w sprawie procedury czynności kontrolnych w porze nocnej, miała miejsce dopiero 13 grudnia 2023 r. Zgodnie z ust. 7 tiret pierwsze ww. procedury w zw. z § 4 przedmiotowego zarządzenia, kontrola ta powinna mieć miejsce przynajmniej raz w ciągu 6 miesięcy, a zarządzenie weszło w życie 21 kwietnia 2023 r. W tym kontekście, wspomniany, maksymalny termin na przeprowadzenie

<sup>197</sup> Prezydent Miasta Poznania, Wicedyrektor Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu (decyzja z XI 1974 r.), Wójt Gminy Ostrowite, Wójt Gminy Strzałkowo, Wójt Gminy Orchowo, Wójt Gminy Kościan.

<sup>198</sup> Objętych próbą badawczą.

<sup>199</sup> Por. Komentarz – punkt II.3.1.2. Niektórzy komentatorzy postrzegają art. 38 ust. 1 uoouz jako lex specialis wobec art. 54 ust. 1 uops.

<sup>200</sup> Przeznaczonego dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie w rozumieniu art. 56 pkt 4 uops.

<sup>201</sup> Na skutek pisma z Sądu Rejonowego w Kościanie z 5 marca 2019 r. o przesłanie ich wyników na potrzeby toczącego się postępowania.

<sup>202</sup> Decyzja z upoważnienia Wójta Gminy Kościan z 24 sierpnia 2017 r.

<sup>203</sup> M.in.: „przestrzeganie praw osób przebywających w Domu”, „badanie prawidłowości dokumentacji dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego”, „badanie prawidłowości i terminowości załatwiania skarg i wniosków osób z zaburzeniami psychicznymi”.

<sup>204</sup> Por. Komentarz – punkt X.

<sup>205</sup> Według stanu na 31 grudnia lat 2020-2023 oraz 29 lutego 2024 r. odpowiednio: 127, 128, 130, 129 i 128.

kontroli w tej formie upłynął z dniem 21 października 2023 r., tj. zrealizowano ją 53 dni po tym terminie<sup>206</sup>.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że zapis w procedurze czynności kontrolnych w porze nocnej o konieczności kontroli osobistej przynajmniej raz w ciągu 6 miesięcy został przez nas zinterpretowany jako dotyczący I i II półrocza. Dodała, że w I półroczu 2023 r. czynności kontrolne zostały przeprowadzone 22 marca i odnotowane w raportach (druk kontroli osobistej i z zapisu monitoringu został wprowadzony dopiero ww. zarządzeniem Dyrektora z 21 kwietnia 2023 r.).

(akta kontroli str. 21-126, 1420-1434, 1538-1540, 1546)

3. W okresie objętym kontrolą, na wydane przez Dyrektora w trybie art. 55 ust. 2c uops 23 decyzje ograniczające mieszkańcom będącym osobami z zaburzeniami psychicznymi możliwość samodzielnego opuszczania terenu DPS, stwierdzono jeden przypadek, gdy podstawą wydania takiej decyzji było zaświadczenie lekarskie<sup>207</sup> niewskazujące czasu na jaki zostało ono wydane, czego wymagał art. 55 ust. 2b uops. W decyzji tej (nr 2/2022 z 16 marca 2022 r.) okres ograniczenia mieszkańcowi możliwości samodzielnego opuszczania terenu DPS określono na 45 dni (od 16 marca do 30 kwietnia 2022 r.).

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że powyższa decyzja była jedną z pierwszych wydanych przez Dyrektora w tej sprawie. Okres obowiązywania decyzji został wskazany przez lekarza psychiatrę tylko ustnie i na podstawie przeprowadzonej rozmowy Dyrektor zawarł go w decyzji. Dodała, że we wszystkich następnych zaświadczeniach dotyczących ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania terenu DPS przez mieszkańców wskazywany był przez lekarza psychiatrę okres obowiązywania decyzji.

(akta kontroli str. 430-466, 1393-1419, 1529-1532, 1538-1540)

NIK nie kwestionując okoliczności związanych z nieudokumentowanym wskazaniem przez lekarza okresu stosowania ograniczenia, podkreśla, że przepis art. 55 ust. 2c uops jednoznacznie wskazuje, iż wyłączną podstawą określenia okresu ograniczenia mieszkańcowi możliwości samodzielnego opuszczania terenu DPS jest treść zaświadczenia lekarskiego, przy czym maksymalny okres ograniczenia nie może przekraczać 6 miesięcy (co w tym przypadku zostało dotrzymane). Z uwagi na odosobniony charakter tego przypadku i wydawanie późniejszych decyzji Dyrektora na podstawie poprawnych zaświadczeń lekarskich, NIK odstępuje od sformułowania wniosku pokontrolnego w zakresie powyżej opisanej nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 430-466, 1393-1419, 1529-1532, 1538-1540)

4. W DPS nie zapewniono możliwości rzetelnego nadzoru nad czynnościami pielęgnacyjnymi realizowanymi na rzecz mieszkańców. Spełnienie obowiązków Domu wobec pensjonariuszy, obejmujących świadczenie usług opiekuńczych, polegających na pielęgnacji oraz zapewnienie pomocy w utrzymaniu higieny osobistej (§ 5 ust. 1 pkt 2 lit. b oraz § 6 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia o dps) nie mogło być kompleksowo i wstecznie weryfikowane, na skutek niedokumentowania zakresu i formy realizacji ww. czynności (kąpieli, golenia, profilaktyki przeciwoleżynowej).

Dyrektor wyjaśnił, że na bieżąco kontrolowane były czynności pielęgnacyjne mieszkańców przez koordynatora zespołu pielęgnacji i wsparcia oraz zastępcę dyrektora. Realizacja powyższych czynności oraz monitorowanie wynikało z zakresów czynności opiekunów, koordynatorów zespołów oraz zastępcy dyrektora Domu. Przyznał jednocześnie, że Dom nie prowadził ewidencji czynności pielęgnacyjnych z wyjątkiem strzyżenia, które było realizowane przez zewnętrzny zakład fryzjerski.

Zastępca Dyrektora, odnosząc się do przedmiotowej kwestii wyjaśniła, że prawidłowość czynności pielęgnacyjnych nadzorowana była w trakcie bieżących czynności kontrolnych koordynatorów zespołów i zastępcy dyrektora. Czystość i wygląd mieszkańców monitorowane były w trakcie codziennych spotkań z mieszkańcami.

(akta kontroli str. 1937, 1922-1928, 2163-2166, 2610-2627)

NIK wskazuje, że brak rzetelnie prowadzonej dokumentacji mieszkańców w zakresie realizacji wszystkich czynności pielęgnacyjnych oraz profilaktyki przeciwoleżynowej, a także niewypracowanie rozwiązań proceduralnych określających m.in. minimalną częstotliwość wykonywania poszczególnych czynności, stwarzały ryzyko niespełnienia albo nie w pełni prawidłowego spełnienia przez DPS przedmiotowych obowiązków względem

<sup>206</sup> Następną taką osobistą kontrolę przeprowadzono 15 kwietnia 2024 r.

<sup>207</sup> Z 10 marca 2022 r.

przebywających w nim osób. Zdaniem biegłego niemożliwe było stwierdzenie czy personel wykonywał dodatkowe zabiegi takie jak terapia przeciwdoleźynowa zgodnie z zaleceniami, ponieważ informacje na temat wykonywania tej terapii były odnotowywane nieregularnie.

Podkreślić należy, że zgodnie z art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>208</sup>, obowiązkiem kierownika jednostki jest zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, której istotnym elementem jest m.in. wprowadzenie mechanizmów kontrolnych umożliwiających skuteczny nadzór nad wykonywaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji<sup>209</sup>.

5. W okresie objętym kontrolą nie zapewniono dokumentowania procesu leczenia, w tym farmakoterapii mieszkańców DPS, których dokumentacja poddana była szczegółowej analizie, w sposób umożliwiający weryfikację prawidłowości stosowania produktów leczniczych tj.:

5.1 Nie sformalizowano zasad ewidencjonowania i dokumentowania świadczonej na rzecz mieszkańców Domu opieki pielęgniarstwiej.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że umowa zawarta z podmiotem zewnętrznym zawierała postanowienie o konieczności prowadzenia stosownej dokumentacji, nie zostały natomiast ustalone szczegółowe zasady ewidencjonowania i dokumentowania świadczonych usług. Założono, że obowiązują ogólnie przyjęte zasady prowadzenia dokumentacji pielęgniarstwiej, wobec czego nie ma potrzeby jej doprecyzowania. Nadzór rodzaju i jakości świadczonych usług pielęgniarstwiej prowadzony był przez koordynatora zespołu wsparcia i pielęgnacji (zgodnie z zakresem obowiązków) w sposób bieżący i systematyczny poprzez: codzienną analizę raportów pielęgniarstwiej (z wyjątkiem dni wolnych od pracy), obecność w czasie wizyt lekarskich na terenie DPS (głównie lekarz rodzinny i psychiatra), sprawdzanie realizacji zaleceń lekarskich (wydawania leków, wykonywania iniekcji, opatrunków i in.). Kontrolowane było wykonywanie usług pielęgniarstwiej, nie była natomiast prowadzona, poza raportem pielęgniarstwiej, analiza dokumentacji prowadzonej przez personel pielęgniarstwiej. Koordynator nie zgłaszał zastrzeżeń do wykonywanych czynności pielęgniarstwiej. Ponadto Dyrektor zadeklarował, że Dom w drodze aneksu do umowy cywilnoprawnej o świadczeniu usług pielęgniarstwiej wprowadzi zapis określający zasady ewidencjonowania i nadzorowania usług pielęgniarstwiej.

(akta kontroli str. 1936, 2145-2149, 2151-2154, 2182183, 2216-2217)

NIK wskazuje, że wobec braku ustalonych pisemnie zasad ewidencjonowania w Domu informacji o świadczeniach opieki zdrowotnej realizowanych na rzecz mieszkańców, w tym stosowanej farmakoterapii, Dyrektor nie miał realnej możliwości prowadzenia rzetelnego nadzoru nad prawidłowością zapewnienia im odpowiedniej opieki medycznej. W konsekwencji tego, istniało ryzyko nieobjęcia pensjonariuszy leczeniem lub opieką w zakresie wynikającym z ich potrzeb. Zgodnie z art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, obowiązkiem kierownika jednostki jest zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, której istotnym elementem jest m.in. wprowadzenie mechanizmów kontrolnych umożliwiających skuteczny nadzór nad wykonywaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji.

5.2 Podanie produktu leczniczego oraz realizacja świadczeń związanych z leczeniem odleżyn nie było rzetelnie ewidencjonowane tj. w dokumentacji prowadzonej przez podmiot zewnętrzny realizujący opiekę pielęgniarstwiej nie odnotowywano informacji o każdym przypadku podania leku, w szczególności do podanej mieszkańcowi nazwy produktu leczniczego, dawki, czasu podania oraz osoby podającej produkt leczniczy (z wyłączeniem iniekcji i wpisów w *Księdze zabiegów drobnych*), jak również informacji o zastosowaniu zamiennika leku w odniesieniu do jednego z mieszkańców, których dokumentacja poddana była szczegółowej analizie, wprowadzeniu lub odstawieniu produktu leczniczego, a także zmianach dawkowania. Potwierdzeniem stosowania farmakoterapii, poza incydentalnymi wpisami w raportach pielęgniarstwiej informacji o nazwie i dawce leku, był wpis np. *pozostali pacjenci bez zmian*. Biegła w opinii wskazała, że w przypadku jednego z mieszkańców (osoby leżącej) informacje dotyczące toalety odleżynowej w przedstawionej dokumentacji były odnotowywane niesystematycznie, dlatego niemożliwa była ocena czy zalecenia te były wdrażane regularnie, zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

<sup>208</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1270.

<sup>209</sup> Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że pielęgniarki świadczące usługi medyczne w ramach spółki prowadziły bieżącą ewidencję podawanych produktów leczniczych (tzw. „taca”) i codziennie potwierdzały wydanie leków, zrobienie iniekcji i opatrunków wpisem w raporcie pielęgniarskim „podano leki zlecone doustnie, wykonano zlecone iniekcje i opatrunki”. Podała również, że informacja na temat zamiennika leku zapisana była w gabinecie pielęgniarskim na „tacy”, a ww. dokument nie został zarchiwizowany.

(akta kontroli str. 1936, 2167-2173, 2121-2123, 2127-2128, 2218-2627)

NIK wskazuje, że sposób prowadzenia dokumentacji odnoszącej się do stanu zdrowia mieszkańców DPS uniemożliwiał precyzyjne ustalenie czy zalecone leki były wdrażane i odstawiane zgodnie ze zleceniami lekarza, tj. we wskazanych dawkach i we właściwym czasie oraz czy podano każdą dawkę leku, a także jakie produkty lecznicze były podawane pensjonariuszom. Biegły w swojej opinii wskazał również, że nie było możliwe prześledzenie leczenia w zakresie stosowania środków doustnych, co wynikało z braku odnotowywania indywidualnie każdej dawki produktu leczniczego. Stwarzało to ryzyko niezapewnienia mieszkańcom dostępu do prawidłowo stosowanej farmakoterapii oraz uniemożliwiała prowadzenie przez koordynatora zespołu do spraw wsparcia i pielęgnacji rzetelnego nadzoru nad prawidłowością wykonywania zadań przez personel pielęgniarski. Zdaniem biegłego niemożliwa była ocena czy zalecenia odnoszące się do terapii odleżyn były wdrażane regularnie, zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Podkreślić należy, że DPS nie dysponował dokumentacją pozwalającą na jednoznaczne wskazanie, że wszystkie leki zlecone mieszkańcom zostały prawidłowo zastosowane w procesie farmakoterapii, co miało szczególne znaczenie w kontekście obowiązku zapewnienia prawidłowej opieki zdrowotnej pensjonariuszom, obciążonym niejednokrotnie wielochorobowością i całkowicie uzależnionym od działań personelu DPS. Zauważyć należy, że zgodnie z art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, obowiązkiem kierownika jednostki jest zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, której istotnym elementem jest m.in. wprowadzenie mechanizmów kontrolnych umożliwiających skuteczny nadzór nad wykonywaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji.

6. W okresie objętym kontrolą w Domu nie opracowano dla pięciu mieszkańców IPW w sposób w pełni rzetelny oraz zapewniający ujęcie w nich wszystkich wymaganych informacji, o czym świadczyło to, że:

6.1 W IPW opracowywanych w 2021 r. i 2023 r. dla mieszkańca posiadającego pełną zdolność do czynności prawnych, nie zawarto adnotacji o braku możliwości opracowania Planu z jego udziałem. Zgodnie z § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie rehabilitacji wymienione w nim kwestie powinny być ustalone w Planie we współdziałaniu m.in. z mieszkańcem domu lub jego przedstawicielem ustawowym. Ponadto, w myśl § 3 ust. 1 rozporządzenia o dps, Dom funkcjonuje w oparciu o IPW mieszkańca, opracowywane z jego udziałem, jeżeli udział ten jest możliwy ze względu na stan zdrowia i gotowość uczestnictwa w nim mieszkańca.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że *mieszkaniec nie potwierdził udziału w opracowaniu IPW podpisem w latach 2021 i 2023, a złożenie podpisu ze względu na stan psychiczny wynikający z niepełnosprawności intelektualnej, stanowiło dla niego, jak dla większości mieszkańców, trudność i nie zawsze stosował się do próśb o podpisanie IPW.*

(akta kontroli: str. 1570-1715, 2060-2061, 2145-2149, 2151-2154)

NIK wskazuje, że wobec ewentualnego braku możliwości przygotowania dokumentu w sposób wynikający z przytoczonych przepisów, rzetelnym byłoby odnotowanie informacji o przyczynach odstąpienia od ww. wymogu. Brak takiej adnotacji nie pozwala w sposób pewny ustalić, czy takie współdziałanie miało miejsce, tylko nie zostało udokumentowane – czy też wcale nie wystąpiło.

6.2 W żadnym IPW opracowanym w okresie objętym kontrolą dla pięciu mieszkańców Domu, których dokumentacja była poddana szczegółowej analizie, nie był wskazany wymiar czasu planowanych zajęć, pomimo iż wymóg ten wynikał z § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie rehabilitacji. Ponadto nieokreślenie planowanego wymiaru czasu zajęć uniemożliwiała rzetelne monitorowanie i ocenę stopnia realizacji założeń przyjętych w IPW, w kontekście uczestniczenia mieszkańca w poszczególnych zajęciach rehabilitacji społecznej.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że zgodnie z wymogiem § 5 ww. rozporządzenia zajęcia były prowadzone we wszystkie dni robocze, w wymiarze nie mniejszym niż 10 godzin tygodniowo, choć w domu nie prowadzono ewidencji trwania ww. zajęć. Zajęcia rehabilitacji

społecznej realizowane były przez terapeutów zajęciowych, opiekunów, kapelana, fizjoterapeutę i wynikały z zakresu obowiązków poszczególnych osób. Udział mieszkańców w poszczególnych zajęciach miał charakter dobrowolny i był uzależniony od ich wieku, stanu zdrowia i możliwości.

(akta kontroli: str. 1570-1715, 1922-1926, 1930-1931, 2186-2190, 2205-2208)

NIK wskazuje, że nieewidencjonowanie czasu trwania zajęć rehabilitacji społecznej nie sprzyjało rzetelnej ocenie realizacji założeń IPW, jak również uniemożliwiało monitorowanie prawidłowości wywiązywania się przez Dom z obowiązku prowadzenia zajęć w wymiarze nie mniejszym niż 10 godzin tygodniowo (§ 5 ust. 1 ww. rozporządzenia). Podkreślić należy, że zgodnie z art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, obowiązkiem kierownika jednostki jest zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, której istotnym elementem jest m.in. wprowadzenie mechanizmów kontrolnych umożliwiających skuteczny nadzór nad wykonywaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji.

6.3 Dokumentacja Domu, w tym IPW opracowane w latach 2021-2024 w odniesieniu do ww. pięciu mieszkańców nie zawierała określenia celów jakie mają być osiągnięte z wykorzystaniem zajęć rehabilitacji społecznej.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że cele zapisane w wierszu *Ustalenia do realizacji* formułowane były w kontekście treningów funkcjonowania w życiu codziennym, umiejętności spędzania wolnego czasu oraz umiejętności interpersonalnych. Podała ponadto, że założeniem druku IPW opracowanego w Domu było wpisywanie celów do realizacji w rubryce „Ustalenia do realizacji”, jednak z czasem błędnie zaczęto wpisywać w tym miejscu informacje dotyczące treningów wchodzących w zakres zajęć terapeutycznych, z pominięciem konkretnie sprecyzowanych celów. Zadeklarowała również, że w najbliższym czasie zostanie opracowany nowy druk IPW uwzględniający wszystkie zalecenia zawarte w rozporządzeniu rozporządzenia w sprawie rehabilitacji.

(akta kontroli: str. 1570-1715, 1922-1926, 1930-1931, 2060-2061, 2063-2077, 2145-2154)

NIK wskazuje, że organizowane w Domu dla jego mieszkańców zajęcia rehabilitacji społecznej powinny zmierzać do osiągnięcia określonego indywidualnie celu w zakresie poprawy funkcjonowania społecznego tego mieszkańca. Niesformułowanie oczekiwań odnośnie zmiany zachowań, nabycia lub rozwinięcia umiejętności i ich utrwalenia mogło utrudniać ocenę, czy, a jeżeli tak to w jakim stopniu, zmiany te nastąpiły. Samo określenie zakresu programowego tych zajęć, o którym mowa jest w § 4 rozporządzenia w sprawie rehabilitacji, funkcji tej nie spełniało.

7. W odniesieniu do pięciu mieszkańców, których IPW poddano analizie, nie zapewniono dokonywania udokumentowanej okresowej oceny realizacji Planów, o której mowa w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz prowadzenia dokumentacji w sposób umożliwiający dokonanie takiej oceny, zwłaszcza że prowadzona przez DPS dokumentacja nie zawierała informacji o czasie trwania zajęć rehabilitacji społecznej.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że ocena realizacji IPW odbywała się ustnie, raz w roku, w czasie spotkań pracowników pierwszego kontaktu z członkami Zespołu: pracownikiem socjalnym, zastępcą dyrektora, instruktorem terapii zajęciowej, koordynatorami działów opieki i terapii oraz pielęgnacji i wsparcia, którzy potwierdzali to podpisami złożonymi w protokołach ze spotkań. Dodała, że zmiany w funkcjonowaniu mieszkańców oceniane były na podstawie ich codziennej obserwacji, wpisów w kartach obserwacyjnych, rozmów z innymi członkami Zespołu i pozostałymi pracownikami Domu na temat pensjonariuszy.

(akta kontroli: str. 1570-1715, 2145-2154)

NIK wskazuje, że wypełnienie przez pracowników Domu części formularza IPW p.n. *Usługi świadczone/ocena* nie było równoznaczne z dokonaniem udokumentowanej oceny realizacji Planów, o której mowa wyżej, z uwagi na ogólny i nieprecyzyjny zakres informacji zawieranych w tym dokumencie oraz nieformułowanie w nim stwierdzeń pozwalających na określenie stopnia i zakresu realizacji IPW. Rzetelnie przeprowadzona ocena realizacji Planów powinna odnosić się do stopnia wykonania założeń terapeutycznych z uwzględnieniem zdefiniowanych celów, które miały być osiągnięte poprzez zajęcia rehabilitacji społecznej. Podkreślić należy, że w celu zapewnienia prawidłowej realizacji IPW niezbędne jest dokonywanie ich oceny i modyfikowanie z uwzględnieniem zmienionej sytuacji mieszkańca, co wskazano również w opinii dyrektora Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej MRPiPS z 9 lutego 2016 r.<sup>210</sup>

<sup>210</sup> Znak DPSV.5111.6.6.2016.WW.

8. W DPS nie zapewniono całodobowej obecności personelu pielęgniarskiego. Świadczenia pielęgniarskie były realizowane co do zasady w dni robocze, w godzinach od 8 do 20. Wykluczało to, w przypadku wystąpienia poza tymi dniami i godzinami u osób zamieszkujących w Domu nagłych zachowań zagrażających życiu lub zdrowiu ich albo innych osób, możliwość zastosowania środków przymusu bezpośredniego w sposób określony w art. 18 ust. 2 uoz, tj. po uzyskaniu decyzji lekarza lub pielęgniarki.

Dyrektor wyjaśnił, że w *umowach cywilnoprawnych, których przedmiotem były usługi pielęgniarskie nie określono sposobu zapewnienia opieki pielęgniarskiej w sytuacji konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego, gdyż takiego nie stosowano, przyznając jednocześnie, iż ograniczony dostęp do usług medycznych, w tym pielęgniarskich (brak usług całodobowych) uniemożliwiał zastosowanie przymusu w zgodzie z art. 18 uoopz.* Wskazał ponadto, że w związku z tym, w *sytuacjach związanych z zagrożeniem życia i zdrowia mieszkańca lub innych osób powiadamiana jest policja i pogotowie ratunkowe.*

(akta kontroli str. 31-39, 235-401, 580-592, 1838-1392, 1922-1929, 2134-2145, 2182-2183, 2216-2217)

NIK podkreśla, że fakt, iż dotąd nie było konieczności stosowania wobec mieszkańców środków przymusu bezpośredniego nie jest wystarczający do przyjęcia, że nie będzie takiej uzasadnionej konieczności w przyszłości. DPS jako jednostka świadcząca wobec mieszkańców usługi opiekuńcze zobowiązana jest także do zapewnienia tym mieszkańcom poczucia bezpieczeństwa, o czym mowa jest w art. 55 ust. 2 uops, co powinno być realizowane m.in. poprzez zapewnienie całodobowych usług pielęgniarskich.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Sposób realizacji usług świadczonych na rzecz mieszkańców DPS co do zasady zapewniał przestrzeganie ich praw obejmujących m.in. prawo do ochrony zdrowia, wolność osobistą oraz poruszania i komunikowania się, wyrażania poglądów, jak również niezakłóconego korzystania ze swojego mienia, ale podejmowane w tym zakresie działania nie we wszystkich przypadkach były zgodne z powszechnie i wewnętrznie obowiązującymi regulacjami, rzetelne i udokumentowane w sposób pozwalający na ich monitorowanie i weryfikację. Przy czym niewprowadzenie mechanizmów kontrolnych mających służyć nadzorowi nad wykonywaniem części zadań związanych z opieką nad mieszkańcami świadczyło o nie w pełni prawidłowym zapewnieniu funkcjonowania kontroli zarządczej. Dom gwarantował zabezpieczenie indywidualnych potrzeb pensjonariuszy<sup>211</sup> w zakresie m.in. dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i świadczeń pielęgnacyjnych, pomocy w czynnościach życiowych, kontaktu z rodziną oraz warunków bytowych. Mieszkańcom zapewniono możliwość swobodnego opuszczania DPS, a jej ograniczenia przez Dyrektora następowały wyłącznie na podstawie zaświadczeń lekarskich potwierdzających taką konieczność. Przy czym w jednym przypadku decyzja Dyrektora została wydana na podstawie zaświadczenia niezawierającego informacji o czasie ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania DPS. W Domu podejmowano wielopłaszczyznowe działania dla ograniczenia samowolnych oddaleń pensjonariuszy jednak, z przyczyn generalnie niezależnych od DPS, nie okazały się one skuteczne – przy czym jedną z osobistych kontroli prawidłowości przebiegu pracy w Domu w porze nocnej dokonano z blisko dwumiesięcznym opóźnieniem. NIK nie stwierdziła stosowania przez pracowników Domu przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców ani naruszania ich praw w tej materii. Jednak niezapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej w Domu może skutkować niedochowaniem obowiązujących przepisów przy ewentualnym zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego podczas nieobecności personelu pielęgniarskiego. Z jednym wyjątkiem, na skutek przyjętej interpretacji przepisów prawa, nie przeprowadzono natomiast okresowych badań stanu zdrowia psychicznego pensjonariuszy w zakresie uzasadniającym ich dalszy pobyt w DPS. Podejmowano udokumentowane, terminowe działania, które pozwoliły na likwidację jedyne go depozytu, a pozostające w nim przedmioty przekazano osobie uprawnionej. W Domu nie funkcjonowała natomiast pisemna procedura postępowania z indywidualnym kontem bankowym mieszkańca w przypadku kiedy jego opiekunem prawnym był pracownik DPS, co nie sprzyjało jednolitości i transparentności działań podejmowanych w przedmiotowych przypadkach. Nie sformalizowano również zasad ewidencjonowania i dokumentowania realizowanych na rzecz pensjonariuszy świadczeń opieki pielęgniarskiej, a także części czynności pielęgnacyjnych. Skutkowało to brakiem możliwości sprawowania rzetelnego nadzoru nad wykonywaniem ww. zadań. Stosowana u mieszkańców farmakoterapia, a także terapia odleżyn, nie była dokumentowana w sposób pozwalający na ustalenie produktów leczniczych podawanych mieszkańcom i rzetelności realizacji zleceń lekarskich. Powyższa ocena znalazła również potwierdzenie w opinii

<sup>211</sup> Objętych próbą badawczą.

biegłego powołanego w toku niniejszej kontroli. Nie zapewniono również opracowywania IPW w sposób w pełni rzetelny oraz zapewniający ujęcie w nich wszystkich wymaganych informacji, przy czym ocena realizacji Planów nie była dokonywana w sposób udokumentowany. Ponadto nie określano w odniesieniu do pensjonariuszy celów jakie mają być osiągnięte z wykorzystaniem zajęć rehabilitacji społecznej. Nie stwierdzono natomiast wystąpienia negatywnych skutków ww. nieprawidłowości dla mieszkańców, których dokumentacja była objęta badaniem.

## IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, uwzględniając czynności zrealizowane przez Dom w toku kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o podjęcie działań w celu zapewnienia:

- |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wnioski | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) funkcjonowania w całym Domu sprawnego systemu przyzywowo-alarmowego, przy uwzględnieniu rozwiązań zapobiegających jego uszkodzeniom,</li> <li>2) rzetelnego dokumentowania wymiany pościeli i ręczników pensjonariuszom, a w przypadku pościeli także zapewnienia jej wymiany z wymaganą częstotliwością;</li> <li>3) udziału przez wszystkich członków zespołu terapeutyczno-opiekuńczego Domu w obowiązkowych, cyklicznych szkoleniach;</li> <li>4) rzetelnego sporządzania sprawozdań MRIPS-05;</li> <li>5) poddawania pensjonariuszy okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym ich pobyt w DPS i dokumentowania tych badań;</li> <li>6) rzetelnego nadzoru nad udokumentowanymi czynnościami pielęgnacyjnymi realizowanymi na rzecz pensjonariuszy;</li> <li>7) wprowadzenia rozwiązań pozwalających na kompleksowe monitorowanie prawidłowości leczenia, w tym farmakoterapii stosowanej u mieszkańców Domu oraz świadczeń realizowanych przez personel pielęgniarstwa;</li> <li>8) uwzględniania w IPW danych określających zakres uczestnictwa mieszkańców w opracowaniu tych dokumentów oraz wymiar czasu zajęć rehabilitacji społecznej, wskazanych do realizacji z uwzględnieniem założonych celów ich prowadzenia, a także zapewnienia dokumentowania okresowej oceny realizacji IPW,</li> <li>9) całodobowej obecności personelu pielęgniarstwa.</li> </ol> |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 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 Poznaniu. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń. |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

Poznań, 14 czerwca 2024 r.

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Poznaniu

Kontroler

Agata Nowak

doradca ekonomiczny

*/podpisano elektronicznie/*

Dyrektor

z up. Zuzanna Kaźmierczak

p.o. wicedyrektor

*/podpisano elektronicznie/*