



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.5.2.2024

Pan
Andrzej Nowakowski
Dyrektor
Domu Pomocy Społecznej
w Skubarczewie

Skubarczewo 4
62-436 Orchowo

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 Skubarczewie ¹ . Skubarczewo 4, 62 – 436 Orchowo
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Nowakowski, Dyrektor DPS ² od 14 listopada 2002 r. (dalej: Dyrektor DPS)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki organizacyjne w DPS dla osób dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych. 2. Przestrzeganie praw mieszkańców DPS i realizacja usług dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb.
Okres objęty kontrolą	Lata 2021-2024 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych) ³ , z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały związek z przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	1. Maciej Kowalski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/029/2024 z 23 lutego 2024 r. 2. Kinga Płóciennik, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/030/2024 z 23 lutego 2024 r. 3. Marcin Kaczmarek, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/081/2024 z 27 maja 2024 r.

(akta kontroli str. 1-6)

¹ Dalej: DPS lub Dom.

² Dalej Dyrektor.

³ Tj. 13 czerwca 2024 r.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W DPS stworzono co do zasady warunki organizacyjne mające zapewnić przestrzeganie praw mieszkańców Domu, 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. Jednak w procedurze regulującej zasady opuszczania Domu przez pensjonariuszy zawarto uregulowania ograniczające ich prawo do swobodnego przemieszczania się, a wewnętrzne uregulowania znoszące zakaz opuszczania przez mieszkańców terenu DPS wprowadzono z opóźnieniem. Opieka w Domu była sprawowana z poszanowaniem konstytucyjnych praw⁶ i wolności mieszkańców, w tym wolności osobistej, prawa do prywatności, nietykalności, poruszania się, komunikowania się, jak również prawa wyrażania poglądów i prawa wyborczego. Budynek DPS pozbawiony był barier architektonicznych i wyposażony został w sprawną windę, a jego pomieszczenia były czyste oraz gwarantowały pensjonariuszom niezbędną intymność i godność. Zakres świadczonych usług opiekuńczych obejmował m.in. zapewnienie czystych ręczników i pościeli, przy czym Dom nie zapewnił jej wymiany z wymaganą częstotliwością.

Nie zapewniono pensjonariuszom w pełni bezpiecznych warunków przebywania na terenie Domu zarówno w pokojach mieszkalnych, jak i w otoczeniu budynku. Ponadto nie we wszystkich pomieszczeniach mieszkalnych zapewniono spełnienie standardów dotyczących powierzchni, wyposażenia, w tym również funkcjonującego systemu przyzywowo-alarmowego, co mogło ograniczać poczucie bezpieczeństwa lokatorów tych pokoi. Mieszkańcy mieli do dyspozycji co najmniej trzy posiłki dziennie oraz możliwość otrzymania posiłku dodatkowego lub dietetycznego. Pensjonariuszom zagwarantowano prawo do ochrony zdrowia poprzez m.in. dostęp do psychologa i psychiatry, oraz (potwierdzonej opinią biegłego) niezwłocznej realizacji wszystkich zaleceń lekarskich. Zasoby kadrowe były co do zasady zgodne z wymaganiami, gdyż tylko liczba etatów pracowników socjalnych była – minimalnie – niższa od wymaganej. Osoby sprawujące opiekę nad mieszkańcami (pracownicy zespołu terapeutyczno-opiekuńczego) brały z udział w szkoleniach z wymaganą częstotliwością, a niezapewnienie przeszkolenia dwóch osób miało charakter incydentalny.

Sposób realizacji usług świadczonych na rzecz mieszkańców DPS co do zasady zapewniał przestrzeganie ich praw, 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. Dom gwarantował zabezpieczenie indywidualnych potrzeb pensjonariuszy w zakresie m.in. dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i świadczeń pielęgnacyjnych, pomocy w czynnościach życiowych, kontaktu z rodziną oraz warunków bytowych. Zapewniono codzienną obsługę pielęgniarstwa, na dwunastogodzinnych dyżurach tylko w ciągu dnia, co może skutkować niedochowaniem obowiązujących przepisów przy ewentualnym zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego podczas nieobecności personelu pielęgniarstwa. Czynności pielęgnacyjne wobec osób o ograniczonej możliwości poruszania się były prawidłowo realizowane. Dokumentacja odnosząca się do realizowanych na rzecz mieszkańców świadczeń opieki zdrowotnej pozwalała (poza jednostkową sytuacją) prześledzić proces leczenia w zakresie stosowanej farmakoterapii, w tym prawidłowość realizacji zleceń lekarskich. Na skutek przyjętej interpretacji przepisów prawa, nie przeprowadzono okresowych badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańców w zakresie uzasadniającym ich dalszy pobyt w DPS, a zabezpieczenie antykonceptyjne ubezwłasnowolnionej całkowicie mieszkance DPS podawano bez uzyskania zgody właściwego sądu opiekuńczego, co świadczyło o nieprzestrzeganiu

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. nr 78, poz. 483, ze zm.)

praw tej osoby w zakresie do ochrony zdrowia. NIK nie stwierdziła nieuzasadnionego zastosowania przez pracowników Domu przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców, ani naruszania ich praw w tej materii. Jednak informacja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nie została przekazana do upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii, a zastosowanie przymusu nie było w pełni rzetelnie udokumentowane. Mieszkańcom zapewniono możliwość swobodnego opuszczania DPS oraz kontaktu z rodziną, a także dysponowania własnymi środkami pieniężnymi. 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. W okresie objętym kontrolą w Domu nie opracowano dla pięciu mieszkańców indywidualnych planów wsparcia⁷ w sposób w pełni rzetelny oraz zapewniający ujęcie w nich wszystkich wymaganych informacji, a także nie dokonywano udokumentowanej okresowej oceny realizacji IPW. Ponadto stwierdzono nieprawidłowości niemające wpływu na przestrzeganie praw mieszkańców w zakresie treści planu ewakuacji, niepełnej realizacji obowiązków informacyjnych oraz składania oświadczeń o stanie kontroli zarządczej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. DPS, będący powiatową jednostką budżetową, funkcjonował w kontrolowanym okresie na podstawie decyzji Wojewody Wielkopolskiego z 29 stycznia 2007 r.⁸, którą wydano Powiatowi Słupeckiemu zezwolenie na prowadzenia Domu dla osób przewlekle psychicznie chorych. Cała placówka zlokalizowana była w jednym budynku o charakterze koedukacyjnym. W Domu znajdowało się 51 miejsc przeznaczonych dla mieszkańców, co było zgodne z liczbą miejsc określoną w ww. decyzji. W latach 2021 – 2023, liczba osób ubezwłasnowolnionych całkowicie wg stanu na koniec każdego roku ogółem wynosiła odpowiednio 26, 25 i 23 osoby, natomiast częściowym ubezwłasnowolnieniem objętych było pięciu, sześciu i siedmiu mieszkańców. W ww. latach⁹ opiekunami prawnymi dla osób ubezwłasnowolnionych całkowicie byli: pracownicy DPS odpowiednio dla: 18, 16, 16 mieszkańców, członkowie rodzin odpowiednio w sześciu, siedmiu i sześciu przypadkach lub inne obce osoby (odpowiednio dla dwóch w 2022 r. i 2023 r. i jednego pensjonariusza w roku kolejnym). Wszyscy podopieczni skierowani zostali do DPS na długoterminowe wsparcie.

Opiekę prawną nad osobami ubezwłasnowolnionymi częściowo sprawowali odpowiednio: członkowie rodzin (dla trzech osób w 2021 r. i 2022 r. i dwóch w 2023 r. osób), pracownicy DPS (w dwóch w 2021 r. i 2022 r., i trzech przypadkach w 2023 r.), oraz inne obce osoby – (w 2022 r. dla jednej osoby, a w 2023 r. dla dwóch).

Spośród mieszkańców, w kontrolowanym okresie, zmarło ogółem 17 osób¹⁰, z czego: w DPS pięć¹¹, a w szpitalu – każdego roku cztery osoby. Największa liczba zmarłych na przestrzeni badanego okresu (sześć osób) należała do grupy wiekowej 76 - 85 lat, natomiast najmniej, tj. dwie osoby zmarły w wieku 36-45 lat. Wśród zmarłych

⁷ Dalej: IPW.

⁸ Decyzja nr PS.II-11.9013-43/06 z 29 stycznia 2007 r. w sprawie wydania zezwolenia na prowadzenie Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych w Skubarczewie.

⁹ Według stanu na koniec 2021 r., 2022 r., 2023 r.

¹⁰ Z tego w poszczególnych latach 5, 7 i 5 osób.

¹¹ Jedna osoba w 2021 r., trzy w kolejnym oraz jedna w 2023 r.

mieszkańców w latach 2021 – 2023, 10 osób zamieszkiwało w DPS powyżej 5 lat, jedna osoba przez okres 3-5 lat, trzy przez okres 1-2 lat, a trzy osoby poniżej roku.

(akta kontroli str. 22-23, 85-87)

Dom działał w oparciu o Statut Domu Pomocy Społecznej w Skubarczewie¹², Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej w Skubarczewie¹³ oraz procedury wewnętrzne wprowadzane drogą Zarządzeń Dyrektora DPS. Statut określał formę prawną działania DPS, nazwę, siedzibę i przedmiot działalności, w tym działalności podstawowej, natomiast struktura organizacyjna oraz szczegółowy zakres zadań został zawarty w regulaminie organizacyjnym.

Według regulaminu organizacyjnego w skład DPS wchodziły następujące komórki organizacyjne: dział wsparcia i pielęgnacji, dział terapeutyczny – opiekuńczy, dział administracyjny, dział gospodarczy i dział żywienia. Nad bezpośrednim sprawowaniem opieki medycznej nad pacjentami nadzór sprawował specjalista do spraw wsparcia i pielęgnacji. Do działu wsparcia i pielęgnacji należało m.in. realizacja indywidualnego planu wspierania mieszkańca, obserwacja mieszkańców, informowanie lekarzy o ich stanie zdrowia i zachowaniu, ustalanie terminów wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, usług pielęgnacyjnych, monitorowanie gospodarki lekami i materiałami opatrunkowymi, dbałość o właściwą higienę wyznaczonych pomieszczeń, dbałość o właściwą higienę i dezynfekcję toalet i łazienek, przygotowanie stołówki do spożywania posiłków, współpraca w zakresie świadczenia usług opiekuńczych i terapeutycznych. W zakresie zadań działu terapeutyczny – opiekuńczy było m. in. świadczenie usług opiekuńczych na rzecz mieszkańców DPS w niezbędnym zakresie (pomoc w toalecie, w spożywaniu posiłków, przy dokonywaniu zakupów), tworzenie i realizacja indywidualnego planu wspierania mieszkańca, utrzymywanie i rozwijanie samodzielności mieszkańców, zapewnienie warunków do rozwoju ich samorządności, umożliwienie i zaspokojenie potrzeb religijnych i kulturalnych, aktywizowanie mieszkańców do uczestnictwa w różnych formach terapii zajęciowej.

(akta kontroli str. 24-54, 94-107)

W drodze Zarządzenia Dyrektora DPS¹⁴ w 2014 r. wprowadzono kluczowe procedury odnoszące się do praw mieszkańców Domu, obowiązujące również w kontrolowanym okresie. Obejmowały one m.in. regulacje odnoszące się do przyjęcia mieszkańca do Domu, ponoszenia odpłatności za pobyt, wypisu mieszkańca, urlopu podopiecznego, dysponowania przez mieszkańców środkami finansowymi, wyznaczanie pracownika pierwszego kontaktu, zgłaszania skarg i wniosków, nawiązywania i utrzymywania kontaktu z rodziną, zasady wyjść mieszkańców poza teren DPS, kasacji rzeczy osobistych, dokonywania zakupów przez mieszkańców, udzielania mieszkańcowi pomocy przedmedycznej, postępowania w nagłym zatrzymaniu krążenia u chorego, stosowania przymusu bezpośredniego względem mieszkańca Domu, przyjmowania leków, higieny osobistej i utrzymania czystości, zasady postępowania z pacjentem agresywnym, a także procedura wietrzenia pokoi. Poza tym mieszkańcy zobowiązani byli do przestrzegania obowiązującego Regulaminu dla mieszkańców DPS w Skubarczewie, zawierającego ich prawa i obowiązki. We wspomnianej procedurze dotyczącej zgonu mieszkańca podano m.in. że w przypadku, gdy zaistniało podejrzenie zgonu personel zobowiązany był m.in. do natychmiastowego wezwania lekarza – a po jego stwierdzeniu – pracownika socjalnego i rodzinę zmarłego.

(akta kontroli str. 37-84)

¹² Przyjęty Uchwałą Nr XI/77/07 Rady Powiatu Słupskiego z 28 września 2007 r. w sprawie statutu Domu Pomocy Społecznej w Skubarczewie, dalej: statut.

¹³ Przyjęty Uchwałą Nr 366/2018 Zarządu Powiatu Słupskiego z 16 października 2018 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu Organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej w Skubarczewie, zmieniony Uchwałą Nr 61/2019 z 17 lipca 2019 r. w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej w Skubarczewie, dalej: regulamin organizacyjny.

¹⁴ Zarządzenie Nr 11/2014 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Skubarczewie z dnia 2 stycznia 2014 r. w sprawie wprowadzenia procedur postępowania w różnych sytuacjach.

1.2. Obowiązujące w DPS procedury i wytyczne w kluczowych obszarach działalności zapewniały poszanowanie praw mieszkańców, zgodnie z wymogiem art. 55 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej¹⁵. Wprowadzone przez Dyrektora regulacje wewnętrzne były zgodne z obowiązującymi przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej¹⁶. Zgodnie z art. 55c ups, od 1 stycznia 2024 r. Dyrektor prowadził rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców (wypadkach, samouszkodzeniach, obrażeniach ciała)¹⁷. W DPS uregulowano sposób dokumentowania codziennego sprzątania pomieszczeń i pokoi mieszkalnych oraz wymiany pościeli i ręczników¹⁸. W wewnętrznych regulacjach nie przewidziano kar za nieprzestrzeganie obowiązków określonych w regulaminie mieszkańców (lub organizacyjnym), a ich postanowienia były zgodne z przepisami powszechnie obowiązującymi i nie ograniczały bezpodstawnie praw pensionariuszy.

(akta kontroli str. 120-142, 785-793)

Dyrektor DPS zastosował się do rekomendacji wydanych 9 marca 2021 r. przez Wojewodę Wielkopolskiego¹⁹ dotyczących łagodzenia obostrzeń związanych z epidemią COVID-19. Zarządzeniem z 10 marca 2021 r.²⁰ wprowadzono regulacje odnoszące się do odwiedzin, urlopowania i opuszczania terenu Domu przez mieszkańców. Regulacje zostały zmienione 17 maja 2021 r. poprzez wprowadzenie procedury: 1) postępowania przy odwiedzinach mieszkańców DPS przez osoby zaszczepione szczepionkami przeciwko COVID-19, u których upłynął minimalny czas pełnej odporności, 2) postępowania przy odwiedzinach mieszkańców DPS przez osoby niezaszczepione szczepionkami przeciwko COVID-19, bez wykonanego testu antygenowego lub PCR w kierunku wirusa przed dniem odwiedzin oraz niebędące ozdrowieńcami, 3) wyjść mieszkańców poza teren Domu Pomocy Społecznej. W kwestii opuszczania Domu, w okresie trwającej pandemii – pierwotnie na mocy decyzji Wojewody Wielkopolskiego²¹ – w czerwcu 2020 r. ograniczono (poza uzasadnionymi przypadkami niecierpiącymi zwłoki przy zastosowaniu wszystkich środków ochrony indywidualnej) mieszkańcom taką możliwość, natomiast całkowity zakaz samodzielnego opuszczania Domu wprowadzono na mocy kolejnej decyzji Wojewody²² w październiku 2020 r. Wprowadzone ograniczenia i zakazy odzwierciedlały wskazania wprowadzone decyzjami Wojewody – poza terminem ich odwołania (co nastąpiło w kwietniu 2022 r.) – o czym więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 143-218)

1.3. W DPS w latach 2021 – 2023 zatrudniano ogółem odpowiednio 38, 39 i 38 osób. Struktura zatrudnienia przedstawiała się wg stanu:

- na 31 grudnia 2021 r. - 14 opiekunów (13,5 etatu), jeden pracownik socjalny (jeden etat), trzy pielęgniarki (trzy etaty), jeden rehabilitant (0,5 etatu), dwaj terapeuci (dwa etaty), kapłan (1/5 etatu), psycholog (1/4 etatu), trzech pracowników administracji (trzy etaty), 12 pracowników gospodarczych i obsługi (12 etatów), jeden kierownik jednostki (jeden etat);
- na 31 grudnia 2022 r. - 14 opiekunów (13,5 etatu), jeden pracownik socjalny (jeden etat), trzy pielęgniarki (trzy etaty), jeden rehabilitant (0,5 etatu), dwaj terapeuci (dwa etaty), kapłan (1/5 etatu), psycholog (1/4 etatu), czterech pracowników administracji

¹⁵ Dz.U. 2023 poz. 901 z 7 kwietnia 2023 r., dalej: ups.

¹⁶ Dz. U. z 2018 r. poz. 734, z 23 marca 2018 r., dalej: rozporządzenie ws. dps.

¹⁷ Zarządzenie nr 51/2023 z 29 grudnia 2023 r.

¹⁸ Zarządzeniem nr 1/2010 Dyrektor DPS wprowadził cały szereg procedur sprzątania i dezynfekcji oraz wykaz czynności wchodzących w skład kompleksowego utrzymania czystości w DPS Skubarczewo.

¹⁹ Decyzjami nr PS-II.940.37.2020.7 i PS-II.940.26.2021.7.

²⁰ Zarządzenie Nr 2/2021 Dyrektora Pomocy Społecznej w Skubarczewie z dnia 10.03.2021 r. w sprawie odwiedzin, urlopowania i opuszczania terenu Domu Pomocy Społecznej w Skubarczewie przez mieszkańców, zmienione Zarządzeniem Nr 7/2021 z dnia 17.05.2021 r.

²¹ PS-II.940.37.2020.10 z 19 czerwca 2020 r.

²² PS-II.940.37.2020.7 z 12 października 2020 r.

(cztery etaty), 12 pracowników gospodarczych i obsługi (12 etatów), jeden kierownik jednostki (jeden etat);

- na 31 grudnia 2023 r. - 14 opiekunów (13,5 etatu), jeden pracownik socjalny (jeden etat), trzy pielęgniarki (trzy etaty), jeden rehabilitant (0,5 etatu), dwaj terapeuci (dwa etaty), kapłan (1/5 etatu), psycholog (1/4 etatu), trzech pracowników administracji (trzy etaty), 12 pracowników gospodarczych i obsługi (12 etatów), jeden kierownik jednostki (jeden etat).

Na stanowisku pracownika socjalnego zatrudniono na pełen etat jedną osobę. Zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy mniej niż dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców domu nie było zgodne z wymogami wynikającymi z § 6 ust.2 pkt 1 rozporządzenia ws. dps. Jednak z uwagi na skalę – brakującego 0,02 etatu – NIK odstąpiła od formułowania nieprawidłowości.

W badanym okresie w Domu nikt nie świadczył usług w formie wolontariatu, nie było także osoby, która odbywałaby służbę zastępczą. Powiatowy Urząd Pracy w Słupcy kierował na staże po jednej osobie w każdym roku, tj. terapeutę zajęciowego w 2021 r., pracownika obsługi biurowej w 2022 r. oraz opiekuna w domu pomocy społecznej w 2023 r. Dom nie posiadał dokumentacji potwierdzającej wykształcenie i kwalifikacje stażystów. W latach 2021-2023 praktykę odbywało odpowiednio – 3, 9 i 3 osoby²³. Przyjęcie na praktykę zawodową odbywało się w różnych okresach czasu uzależnionych od wytycznych szkół i uczelni, w wymiarze od 40 do 210 godzin.

(akta kontroli str. 219-221, 225, 244-245, 269-357)

Zespół terapeutyczno – opiekuńczy został powołany przez Dyrektora Domu w drodze Zarządzenia²⁴. W okresie objętym kontrolą DPS spełniał wymagany poziom wskaźnika zatrudnienia pracowników Zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na jednego mieszkańca. Zatrudnionych w nim było: 30 osób na 26,05 etatu, tj. jeden pracownik socjalny (jeden etat), dyrektor (jeden etat), instruktor kulturalno – oświatowy (jeden etat), 14 opiekunów (13,5 etatu), jeden fizjoterapeuta (0,5 etatu), jeden specjalista ds. wsparcia i pielęgnacji (jeden etat), jeden dietetyk (jeden etat), cztery pielęgniarki (3,5 etatu), trzy pokojowe (trzy etaty), jeden kapłan (0,2 etatu), jeden psycholog (0,25 etatu).

(akta kontroli str. 264-270)

Mieszkańcy mieli zapewniony kontakt z psychologiem i psychiatrą. W okresie objętym kontrolą psycholog był zatrudniony na podstawie umowy o pracę na 0,25 etatu. Psychiatra świadczył swoje usługi dwa razy w miesiącu na podstawie umowy o świadczenie usług lekarskich w gabinecie lekarsko – pielęgniarskim w Domu, w razie potrzeby w formie teleporady lub w razie konieczności na wezwanie przez upoważnionego pracownika placówki. Umowy zawierane były na pełen rok kalendarzowy w 2023 i w 2024 r., natomiast w roku 2021 na okres od 4 stycznia do 31 grudnia, a w 2022 r. – od 3 stycznia do 31 grudnia. W umowach nie wskazano minimalnego wymiaru godzinowego. Dyrektor wyjaśnił, że lekarz psychiatra przyjmuje mieszkańców zgodnie z umową. Przed wizytami pielęgniarka zapisuje mieszkańców, którzy sami zgłaszają taką potrzebę lub, u których zaobserwowano symptomy świadczące o takiej konieczności. Dodał, że w ciągu miesiąca lekarz psychiatra poświęca na badania pacjentów ok 7-8 godzin.

Funkcję pracownika pierwszego kontaktu pełniły jedynie osoby należące do zespołu terapeutyczno - opiekuńczego.

(akta kontroli str. 219-224, 264-267, 288-290, 492-504.)

Zgodnie z rozporządzeniem ws. dps. oraz ups w Domach przeznaczonych dla osób przewlekle psychicznie chorych, należało zapewnić mieszkańcom dostęp do lekarza

²³ W 2021 r - 2 osoby na praktyce zawodowej w ramach szkoły gastronomicznej, 1 osoba na praktyce zawodowej na kierunku studiów psychologicznych; w 2022 r.- 8 osób na praktyce zawodowej w ramach studiów pielęgniarstwa, 1 osoba na praktyce zawodowej w ramach szkoły gastronomicznej; w 2023 r. - 3 osoby na praktyce zawodowej w ramach szkoły policealnej na kierunku opiekun medyczny.

²⁴ Zarządzenie Nr 52/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Skubarczewie z dnia 29 grudnia 2020 r. w sprawie powołania Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego.

psychiatry lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii. Obowiązujące w latach 2021 – 2024 umowy (zawierane rokrocznie) o świadczenie usług lekarskich zawierane z lekarzem specjalistą w dziedzinie psychiatrii zlecały udzielenie świadczeń zdrowotnych dwa razy w miesiącu w DPS oraz w razie potrzeby na wezwanie, jak również zapewniały możliwość skorzystania z teleporady.

(akta kontroli str. 222-224, 492-493, 505)

1.4. W zakresie spełniania przez Dom wybranych warunków, o których mowa w § 6 ust. 1 rozporządzenia ws. dps, NIK stwierdziła, że, w Domu (którego liczba miejsc wynosiła 51) znajdowały się następujące pomieszczenia: pokoje mieszkalne 2 i 3 osobowe oraz jeden 4 osobowy dla osób leżących, pokój dziennego pobytu, jadalnia, gabinet przedmedycznej pomocy doraźnej²⁵, pomieszczenia do terapii i rehabilitacji, kuchenka pomocnicza, pomieszczenia pomocnicze do prania i suszenia, palarnia²⁶, pokój gościnny, miejsce kultu religijnego, inne pomieszczenia techniczne służące zaspokajaniu potrzeb sanitarnych mieszkańców. Budynek DPS i jego otoczenie nie miały barier architektonicznych. W najbliższym otoczeniu budynku, znajdowały się dwa zbiorniki wodne, z których jeden był ogrodzony płotem. W budynku znajdowała się sprawna winda osobowa. Objęte oględzinami, jedno z pomieszczeń – palarnia – nie było wentylowane w stopniu zapobiegającym zadymieniu, co mogło stwarzać dodatkowe ryzyko dla osób tam przebywających. Dyrektor w wyjaśnieniach zobowiązał się do poprawy wentylacji tego pomieszczenia.

(akta kontroli str. 358-375, 1155-1157)

W Domu nie było wydzielonego, zamkniętego, specjalnie przystosowanego pomieszczenia do izolacji, w rozumieniu art. 18d i 18e w zw. z art. 3 pkt 6 lit. d ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego²⁷. Dyrektor wyjaśnił, że *w Domu nie ma izolatki i w jego przekonaniu nie zachodzi potrzeba organizowania takiego miejsca gdyż w razie pogorszenia stanu zdrowie mieszkańca poprzez zaostrenie doznań psychotycznych personel placówki natychmiastowo informuje pogotowie ratunkowe lub/i Policję – otrzymując wsparcie w tym zakresie w kilka minut. Dodał, iż w przypadku konieczności zastosowania środka przymusu bezpośredniego Dom w trybie przewidzianym w art. 18 d uoosp zapewnia takiej osobie godność i intymność poprzez umieszczenie w niezamieszkałym pokoju jednoosobowym (w dyspozycji DPS pozostawał pokój wyposażony m.in. w kanapę) lub zastosowania przenośnych parawanów. Poza tym mieszkaniec w takiej sytuacji może także skorzystać z zapewniającej odosobnienie – wyposażonej w kozetkę – dyżurki pielęgniarki.*

(akta kontroli str. 364, 379, 392-394, 1158)

Dom wyposażony był w łazienki ogólnodostępne, które były przystosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia ws. dps z jednej łazienki korzystało nie więcej niż sześć osób, a w przypadku toalet przez nie więcej niż cztery osoby²⁸. Toalety i kabiny prysznicowe zapewniały prawo do intymności i godności mieszkańców oraz dostosowane były do potrzeb osób z niepełnosprawnościami²⁹.

(akta kontroli str. 358-361, 1158-1171)

W trakcie oględzin ujawniono istotne nieprawidłowości dotyczące stanu technicznego, które mogą zagrażać bezpieczeństwu mieszkańców, polegające na tym, że jeden z dwóch zbiorników wodnych znajdujących się na terenie DPS nie był zabezpieczony ogrodzeniem przed dostępem dla mieszkańców oraz stan techniczny ogrodzenia

²⁵ Od 1 listopada 2023 r. - gabinet przedmedycznej pomocy doraźnej.

²⁶ Poza tym mieszkańcy „palac” mogli skorzystać z popielniczek udostępnionych na tarasie Domu.

²⁷ Dz. U. z 2022 r., poz. 2123, ze zm. Dalej: uoosp.

²⁸ W DPS znajdowało się 13 toalet i 9 łazienek.

²⁹ Były zamykane, posiadały uchwyty pomocnicze oraz umożliwiały swobodny wjazd osobom na wózku inwalidzkim.

Domu wskazywał na to, że fragmenty muru mogą z niego odpaść, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*

Pismem z 3 kwietnia 2024 r. poinformowano na podstawie art. 51 ust. 1 ustawy o NIK, kierownika jednostki kontrolowanej o stwierdzeniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia ludzkiego, w celu zapobieżenia występującemu niebezpieczeństwu lub szkodzie. Dyrektor poinformował (załączając dokumentację fotograficzną), że *na płocie zbudowanym w latach 70-ych każdego roku w okresie wiosennym wykonywane były prace remontowe polegające na uzupełnianiu ubytków kamieni w miejsce wypadających. W dniu oględzin wydano dyspozycję naprawy płotu oraz zabezpieczono wskazane podczas oględzin miejsce taśmą i tablicą – zakaz wstępu. Odnosząc się do niezabezpieczonego zbiornika wodnego Dyrektor zadeklarował jego ogrodzenie po uzyskaniu środków na ten cel od organu prowadzącego. Dodał, że do czasu realizacji tej inwestycji zbiornik zabezpieczono taśmą i tablicami informującymi o zakazie wejścia.*

Wyjaśnienia wraz z dokumentacją potwierdzającą wystąpienie o środki finansowe na zabezpieczenie ogrodzeniem oczka wodnego oraz wykonanie napraw (wraz z fotografiami) ubytków w płocie Dyrektor przedstawił 28 maja 2024 r.

(akta kontroli str. 358-372, 1051-1053)

Budynek DPS był wyposażony w system sygnalizacji pożaru połączony z Powiatową Komendą Państwowej Straży Pożarnej w Słupcy. W okresie objętym kontrolą Komenda Powiatowa Państwowej Straży Pożarnej przeprowadziła jedną kontrolę, w wyniku której nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 396-406)

Badanie warunków mieszkalnych przeprowadzono na próbie trzech losowo wybranych pomieszczeń mieszkalnych wieloosobowych, w tym jednego pokoju wieloosobowego dla osób leżących. Pokoje wieloosobowe w przypadku osób poruszających się samodzielnie – były przeznaczone dla nie więcej niż trzech osób, a w przypadku osób leżących – dla nie więcej niż czterech osób. Pokoje były czyste i wolne od nieprzyjemnych zapachów, jednakże dwa z nich nie posiadały przycisków (pilotów) do obsługi systemu przyzywowo – alarmowego (pomimo wyposażenia w gniazda przyłączeniowe do jego obsługi), o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Poddane oględzinom pokoje mieszkalne - z jednym wyjątkiem - miały powierzchnię nie mniejszą niż 6 m² na osobę³⁰. Pokoje poddane oględzinom nie były jednak wyposażone w stół, krzesła, szafkę nocną dla każdego mieszkańca domu oraz odpowiednią liczbę wyprowadzeń elektrycznych, a przewody od telewizorów i przedłużacze nie były zabezpieczone, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 358-364, 373-380)

Przygotowywane lub serwowane posiłki obiadowe w dniu oględzin³¹ były zgodne z zatwierdzonym na dany dzień jadłospisem wywieszonym na tablicy ogłoszeń. W DPS opracowywane były (obejmujące 10 dni) „jadłospisy dekadowe”. Jadłospisy sporządzał kierownik kuchni, zatwierdzał Dyrektor i akceptowała rada mieszkańców. Mieszkańcom Domu zapewniono minimum trzy posiłki dziennie. Na tablicy ogłoszeń, która znajdowała się w korytarzu przy stołówce, umieszczono jadłospisy na 19 i 20 marca oraz dziesięciodniowy na okres 11 – 20 marca 2024 r. Wskazane były godziny wydawania posiłków (śniadania 08:00 – 10:00, obiad 13:00 – 15:00, podwieczorek 16:00, kolacja 17:00 – 19:00). Dla podstawowych posiłków zapewniony był dwugodzinny czas ich wydawania, co było zgodne z § 6 ust.1 pkt 6 lit. c rozporządzenia ws. dps. Czasu wydania podwieczorku nie określono, co Dyrektor wyjaśnił tym, że *był on posiłkiem nadplanowym, wydawanym na życzenie mieszkańca. Jest on podawany do pokoju lub odbierany przez mieszkańca w dyżurce opiekunów. Z uwagi na powyższe nie wyznaczano czasu jego wydawania. Dodał, że*

³⁰ Uwzględniając 5% odstępstwo od tych norm poniżej wymaganej wartości wskazane w § 6 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia ws. dps.

³¹ Które przeprowadzono 3 kwietnia 2024 r.

ponadto każdy mieszkaniec ma dostęp do (wydawanej przez dyżurujących opiekunów) żywności przez całą dobę, oraz dodatkowych porcji pierwszego dania – do wyboru z dwóch zup i większych w razie potrzeby porcji na kolację czy śniadanie.

Mieszkańcy mieli możliwość sprawdzenia jadłospisu, przedstawione posiłki były podzielone na różne rodzaje diet (lekka, cukrzycowa, wątrobowa oraz zwykła).

Dyrektor podał, że posiłki dla różnych diet są przygotowywane z tych samych lub podobnych artykułów spożywczych, a różnorodność dla każdej diety polega na różnych technikach przygotowania oraz poddania ich odrębnej obróbce cieplnej (smażenie, pieczenie, gotowanie).

(akta kontroli str. 359-360, 375-376, 456-491, 1138-1139)

Zgodnie z § 6 ust. 1a rozporządzenia ws dps., na korytarzu (przy stołówce) była umieszczona tablica ogłoszeń (w widocznym miejscu), zawierająca informacje dotyczące: typu domu, nazwy podmiotu prowadzącego dom lub imienia i nazwiska osoby prowadzącej dom pomocy społecznej, numeru domu w rejestrze DPS, numerów alarmowych, danych teleadresowych organów, właściwych miejscowo instytucji i organizacji działających w zakresie wolności i praw człowieka oraz instytucji kontrolnych³². Na tablicy ogłoszeń brakowało danych właściwego ze względu na położenie DPS ośrodka pomocy społecznej, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 360, 376, 383-384, 1138-1139)

Plan ewakuacji był nieaktualny w zakresie układu ścian w toaletach i łazience na pierwszym piętrze, pokoju nr 28 na parterze oraz dwóch wolnostojących garaży blaszanych, które oznaczone były jako 1 budynek gospodarczy, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 376, 1138)

Z poddanych kontroli trzech pokoi mieszkalnych dwa spełniały wymogi dotyczące powierzchni (nie mniej niż 6m²) przypadającej na mieszkańca, natomiast powierzchnia jednego pokoju mieszkalnego (nr 28), zamieszkiwanego przez trzy osoby, wynosiła 16,82 m².

Dyrektor wyjaśnił, że *niespełnienie wymogów odnośnie powierzchni pokoju nr 28, z uwagi na nieznaczny charakter tego odstępstwa, nie wpływało na jakość usług i komfort mieszkańców. Pokój urządzony jest w taki sposób by zapewnić jego mieszkańcom odpowiednią przestrzeń do codziennego funkcjonowania. Dodał, że nieznaczne niespełnienie standardu nie zostało zakwestionowane przez organy nadrzędne tj. Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu oraz Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupcy.*

(akta kontroli str. 362-364, 373-374, 380, 1138-1139)

Z uwagi na skalę i nieduże odstępstwo od normy NIK odstępkuje od formułowania opisu nieprawidłowości w tym zakresie.

³² Na tablicy ogłoszeń, znajdującej się w korytarzu przy stołówce, umieszczono:

- Kodeks etyki (będący załącznikiem do Zarządzenia nr 7 C z dnia 15 października 2013 r.);
- Regulamin dla mieszkańców;
- informacje ogólne o Domu, jego typ, dla jakich osób jest on przeznaczony, kto jest podmiotem prowadzącym placówkę, numer z rejestru domów pomocy społecznej oraz numery alarmowe (Straż Pożarna, Policja, Pogotowie Ratunkowe). Podane są także dane teleadresowe organów, właściwych instytucji i organizacji działających w zakresie wolności i praw człowieka oraz instytucji kontrolnych (Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta, Powiatowej Stacji Epidemiologicznej, Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, Sądu Rejonowego, Prokuratury Rejonowej;
- Informację w jakich dniach i godzinach Dyrektor przyjmuje mieszkańców;
- Skład Rady Mieszkańców;
- Tygodniową ofertę zajęć terapeutycznych dla mieszkańców z 2024 r.;
- Misję DPS.

Parawany dostępne były na każdej kondygnacji budynku i jak wyjaśnił Dyrektor, *wykorzystywano je do toalety mieszkańców wykonywanej w sposób zapewniający poszanowanie ich godności.*

(akta kontroli str. oględziny 380, 1138-1139)

Zarządzeniem nr 1/2010 Dyrektor DPS wprowadził procedury sprzątania i dezynfekcji oraz wykazu czynności wchodzących w skład kompleksowego utrzymania czystości w Domu. Na podstawie analizy dokumentacji potwierdzającej sprzątanie pomieszczeń i pokoi mieszkalnych we wrześniu 2023 r. stwierdzono, że w DPS przestrzegano terminów określonych w ww. rozporządzeniu ws. DPS oraz zasad określonych w wewnętrznych procedurach.

(akta kontroli str. 111-114, 120-142, 1054-1055)

W DPS nie opracowano procedur dotyczących wymiany pościeli. Wymianę pościeli dokumentowano w zeszycie dokonując odręcznych wpisów pani pracująca na stanowisku pracownika pralni³³. Według ww. dokumentacji wymiana pościeli odbywała się co do zasady dwa razy w miesiącu. Wykonanie zmiany pościeli w październiku 2023 r. tylko jeden raz zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Pracownik pralni wydawał pościel osobie pracującej na stanowisku opiekuna wpisując liczbę wydanych kompletów pościeli. Liczba wydanych pościeli wynosiła od 48 do 51 kompletów. Dyrektor wyjaśnił, że niewydanie pościeli dla wszystkich mieszkańców spowodowane było ich dłuższą nieobecnością z uwagi na pobyt w szpitalu. Ponadto w indywidualnych przypadkach, jeżeli zaszła taka potrzeba, wydawano pojedyncze komplety pościeli nie wpisując ich wydania do zeszytu.

(akta kontroli str. 407-413)

W Domu nie opracowano procedur dotyczących wymiany ręczników. Czynności te dokumentowano w zeszycie³⁴, w którym odnotowywano również wymianę pościeli. Według ww. adnotacji, w okresie objętym kontrolą, wymiana dużych i małych ręczników odbywała się co do zasady codziennie. Dyrektor DPS wyjaśnił, że wymiana dużych ręczników odbywała się każdorazowo po kąpieli mieszkańca z uwagi na brak miejsca do suszenia tych ręczników.

(akta kontroli str. 412-413, 435-455)

W DPS nie opracowano procedur dotyczących prania odzieży mieszkańców. Dyrektor wskazał, że *opiekunowie zbierali odzież od mieszkańców i zanosili ją do pomieszczenia na brudną odzież. Stamtąd do prania zabierał ją pracownik pralni. Pranie odzieży również dokumentowała w zeszycie pani pracująca na stanowisku pracownika pralni. Według zapisów tam zawartych, odzież segregowana była na białą i kolorową. Pracownik pralni liczył odzież w kilogramach, a pranie było robione w dni robocze.*

(akta kontroli str. 412-413)

NIK wskazuje, że niesformalizowanie zasad ewidencjonowania i dokumentowania realizowanych na rzecz pensjonariuszy świadczeń nie sprzyja monitorowaniu prawidłowości wywiązywania się pracowników Domu z wykonania obowiązków zapewnienia pensjonariuszom higienicznych warunków poprzez wymianę pościeli i ręczników z wymaganą częstotliwością.

W świetlicy, bibliotece oraz na zewnątrz domu prowadzono formy terapii takie jak m.in: arterapia (rysowanie, malowanie, szycie i haftowanie), biblioterapia (czytanie książek z zasobów bibliotecznych własnych oraz Biblioteki Publicznej w Orchowie), muzykoterapia (w tym zajęcia taneczne i ruchowe, wspólne śpiewanie), kinezyterapia (gimnastyka poranna, spacer, gry i zabawy na powietrzu), ergoterapia (w tym praca

³³ Pracownik pralni.

³⁴ W którym odnotowywano również wymianę pościeli.

i zbieranie plonów w ogrodzie), socjoterapia (w tym wyjazdy na zakupy, wycieczki czy udział w imprezach sportowych) oraz dogoterapia i inne zajęcia integracyjne. Poza tym w sali kominkowej, sali rehabilitacyjnej oraz w pokojach mieszkańców prowadzona była terapia ruchowa taka jak masaż, ćwiczenia (czynne i bierne) oraz gry i zabawy ruchowe. Do dyspozycji mieszkańców pozostawały takie sprzęty jak m.in.: rotor do ćwiczeń górnych i dolnych, stepper, bieżnia elektryczna, maty do masażu, stół do tenisa stołowego i inne przybory do ćwiczeń.

(akta kontroli str. 115-119, 492, 887, 1009-1033)

1.5. W okresie objętym kontrolą Dyrektor zorganizował następujące szkolenia:

- 1) 24 i 25 października 2019 r. „Komunikacja interpersonalna w świetle specyfiki pracy w domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych”,
- 2) 21 i 23 września 2021 r. „Prawa mieszkańca, kierunki terapii i metody pracy z mieszkańcami z elementami komunikacji alternatywnej i wspomagającej”, oraz „Zasady i warunki współpracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi”,
- 3) 14 października 2022 r. „Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec mieszkańca domu pomocy społecznej”.
- 4) 22-24 kwietnia 2024 r. „Pierwsza pomoc i bezpieczeństwo”.

Na próbie 20 spraw pracowników tworzących zespół opiekuńczo - terapeutyczny stwierdzono, że uczestniczyli oni w ww. szkoleniach, zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 4 i 4a rozporządzenia ws. dps. , co najmniej raz na dwa lata, przy czym nie zapewniono cykliczności szkoleń dla dwóch z 20 osób, których akta objęto szczegółową analizą, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. str. 515-554)

1.6. W latach 2021 – 2024 w DPS przeprowadzone zostały:

- kontrole finansowe przez Starostwo Powiatowe w Słupcy,
- kontrole dotyczące spełnienia warunków standaryzacji w zakresie efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie³⁵,
- kontrole realizowane przez Sąd Rejonowy w Słupcy³⁶, który badał między innymi: warunki pobytu osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzeganie praw osób przebywających w domu, prawidłowość dokumentacji stanowiącej podstawę do przyjęcia do placówki i przebywania niej osób z zaburzeniami psychicznymi, poprawność dokumentacji dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego, współdziałanie i współpracę Domu z rodzinami i opiekunami mieszkańców, sądem i kuratorami.

Powyższe kontrole nie wykazały nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 554-597)

Przeprowadzone 12 września 2023 r. przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupcy³⁷ badania jakości wody ciepłej budynku DPS wykazały zawyżoną liczbę bakterii z rodzaju Legionella w pokoju mieszkalnym na pierwszym piętrze budynku. Z uwagi na powyższe zawiadomieniem nr ON-HK.9020.2.278.2023 z 4 października 2023 r. PPIS zobowiązał administratora budynku do znalezienia przyczyny pogorszenia jakości wody poprzez: dokonanie przeglądu technicznego sieci, sprawdzanie temperatury wody oraz podjęcie działań zmierzających do redukcji liczby bakterii. Ponadto PPIS zobowiązał administratora obiektu do poinformowania personelu i mieszkańców DPS-u o stwierdzonym przekroczeniu i zagrożeniach zdrowotnych wynikających z obecności w wodzie bakterii Legionella sp., a w przypadku wystąpienia niepokojących objawów ze strony układu oddechowego skontaktować się z lekarzem. W wyniku przeprowadzonych w

³⁵ Przeprowadzone zostały trzy kontrole w terminach: 26 października 2021 r., 2 września 2022 r. oraz 27 listopada 2023 r.

³⁶ Cztery kontrole w terminach: 16 kwietnia 2021r., 17 listopada 2021 r., 13 maja 2022 r. i 22 września 2023 r.,

³⁷ Dalej: PPIS.

dniu 12 października 2023 r. przez PPIS kolejnych badań jakości wody nie stwierdzono przekroczeń bakterii z rodzaju *Legionella* sp. w instalacji wody ciepłej budynku DPS w Skubarczewie, tym samym administrator obiektu wykonał zalecenia pokontrolne.

(akta kontroli str. 635-638, 1148-1149)

W okresie objętym kontrolą nie odnotowano żadnych wpisów w zeszycie skarg i wniosków prowadzonym w DPS.

(akta kontroli str. 1140-1147)

Mieszkańcy mieli możliwość skorzystania z czynnego prawa wyborczego. Na potrzeby wyborów, które odbyły się 7 kwietnia 2024 r. utworzono w Domu odrębny³⁸ obwód głosowania. Dyrektor wskazał, że *w udział w tych wyborach wzięło 17 mieszkańców, w tym dwie osoby leżące, które zostały przetransportowane do komisji wyborczej na wózkach inwalidzkich.*

(akta kontroli str. 1172-1173)

Zarządzeniem Nr 28/2018³⁹ Dyrektor DPS wprowadził Regulamin Kontroli Zarządczej, gdzie m.in. określono plan kontroli zarządczej oraz obowiązki pracowników Domu w zakresie składania oświadczeń o kontroli zarządczej.

W *Rejestrze procedur-Planu kontroli zarządczej* wskazano na ryzyka związane z kwestią przestrzegania praw mieszkańców takie jak: *opadające konary drzew, stwarzające zagrożenie dla spacerujących mieszkańców* (poziom ryzyka 9), *samowolne opuszczanie Domu* (poziom ryzyka 6), *łamanie praw i godności ludzkiej* dot. relacji pomiędzy mieszkańcami oraz pracownikami (poziom ryzyka 2), *pogorszenie stanu zdrowia z powodu nieprzestrzegania zaleceń lekarskich* (poziom ryzyka 6). Dla ww. zadań założono dokonywanie oceny w ramach systemu kontroli zarządczej dwa razy w roku tj. do końca czerwca i do końca grudnia, które sporządzano w formie protokołów składanych Dyrektorowi przez osoby wskazane w zarządzeniu za te zadania odpowiedzialne⁴⁰ Rejestr ryzyk był sporządzony corocznie w formie określonej załącznikiem do ww. zarządzenia, w których podano m.in. ich opis, poziom, funkcjonujące mechanizmy kontrolne, wymagane działania i osoby za nie odpowiedzialne.

Odnosząc się do braku sprecyzowanych celów i mierników pozwalających zweryfikować stopień ich realizacji Dyrektor wyjaśnił, że w ramach planu kontroli zarządczej wyznaczono zadania w postaci wymaganych działań takich jak np. planowana na rok bieżący modernizacja sieci elektrycznej. Mierniki w tym zakresie nie były ustalane, ponieważ w tych przypadkach nie stwierdzono takiej potrzeby, a weryfikacja wskazanych tam działań była monitorowana na bieżąco.

(akta kontroli str. 598-631, 1159-1160, 1176-1196)

W § 9 pkt 2 ww. zarządzenia wskazano, że raz do roku Dyrektor powinien przeprowadzać samoocenę systemu kontroli zarządczej za dany rok (dokumentowaną w formie kwestionariusza samooceny) a kierownicy działów oraz pracownicy samodzielnych stanowisk pracy powinni składać corocznie oświadczenie o stanie kontroli zarządczej.

Dyrektor w latach 2021-2023 sporządził *Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej*. Kierownicy działów oraz pracownicy samodzielnych stanowisk pracy nie sporządzali corocznie oświadczenia o stanie kontroli zarządczej, o których mowa w § 10 i § 12 ww. zarządzenia – o czym więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 506-514, 598-634)

³⁸ Na mocy Postanowienia nr 194/2024 z 28 lutego 2024 Komisarza Wyborczego w Koninie.

³⁹ Z 31 grudnia 2018 r.

⁴⁰ Pracownika socjalnego oraz specjalistę ds. wsparcia i pielęgnacji.

W regulaminach i procedurach DPS nie zawarto sankcji w przypadku ich naruszenia przez mieszkańców Domu. Dyrektor wyjaśnił, że wszelkie naruszenia regulaminów spowodowane są zaburzeniami chorobowymi, na które mieszkaniowiec nie ma wpływu i stosowana jest tylko rozmowa indywidualna. Dodał, że Dom nie stosuje sankcji za naruszenie zasad ustalonych w regulaminie mieszkańców. Każdorazowe sytuacje naruszenia zasad ustalonych w regulaminie mieszkańców jest dokumentowane w raportach opiekunów lub pielęgniarek. Po zdarzeniu, przeprowadzane są rozmowy indywidualne dyrektora i zespołu terapeutyczno-opiekuńczego z mieszkańcem. W razie znacznego naruszania regulaminu przez mieszkańca poprzez wulgarne zachowanie względem innych i gdy nie skutkują nasze działania powiadamiany jest dzielnicowy z Gminnego Posterunku Policji i w ramach prewencji podejmuje działania.

(akta kontroli str. 375, 1138)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Dyrektor z prawie 11 miesięcznym opóźnieniem wprowadził wewnętrzne uregulowania znoszące zakaz opuszczania przez mieszkańców terenu DPS, wprowadzony wcześniej na polecenie Wojewody Wielkopolskiego w związku z epidemią COVID-19. Podlegającą natychmiastowemu wykonaniu decyzją z 11 maja 2021 r.⁴¹ Wojewoda Wielkopolski zniósł ten zakaz z dniem 17 maja 2021 r. Dyrektor, realizując decyzję Wojewody, odwołał swój wcześniejszy zakaz ⁴² dopiero 11 kwietnia 2022 r.

Dyrektor wyjaśnił, że zgodnie z decyzją Wojewody 17 maja 2021 r. wprowadził zarządzenie nr 7/2021 w sprawie odwiedzin, urlopowania i opuszczania terenu Domu, w którym uchylił obowiązujące zarządzenie wprowadzające zakaz opuszczania domu – jednakże – przez błąd natury pisarskiej i niedopatrzanie odwołano niewłaściwe zarządzenie (wcześniejsze – dotyczące ograniczenia kontaktów). Dodał, że od daty wskazanej decyzją Wojewody zarządzenie zakazujące opuszczania przez mieszkańców – de facto w Domu nie obowiązywało.

(akta kontroli str. 202-217, 1160-1161)

2. W części pokoi w DPS nie zapewniono funkcjonalności systemu przyzywowo – alarmowego. Pokoje mieszkańców DPS wyposażone były w gniazda do jego obsługi, jednak w dwóch z trzech pokoi wytypowanych do oględzin, brakowało przycisków przyzywowych (tzw. pilotów). Do systemu tego podłączone było tylko jedno urządzenie, przy jednym łóżku w pokoju dla osób leżących. Obowiązek wyposażenia DPS w ten system wynika z § 6 ust. 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia ws. dps.

Dyrektor wyjaśnił, że *każdy pokój wyposażony był w gniazdo do podłączenia systemu przyzywowo – alarmowego, ale mieszkańcy wielokrotnie go uszkodzali. Wykorzystywali ten system w wygodny dla siebie sposób, nadając mu „walory użytkowe”, takie jak sznur do suszenia prania (wyprane we własnym zakresie skarpety, bielizna osobista) czy używając systemu przyzywowo – alarmowego do celów towarzyskich lub dla żartów (np. bezzasadnie wzywając opiekuna). Dyrektor dodał, że instalacja systemu przyzywowo – alarmowego była w pełni sprawna i przygotowana do użytku. W razie potrzeby system uruchamiany mógł być w pokoju mieszkańca, który ze względu na swoją niepełnosprawność i stan zdrowia tego wymaga.*

(akta kontroli str. 358-364, 378, 1138)

⁴¹ PS-II.940.26.2021.7

⁴² wprowadzony 12 października 2020 r. zarządzeniem Nr 34/2020.

Nie kwestionując ww. argumentacji, NIK wskazuje, że w świetle wyżej przywołanego przepisu wszystkie pomieszczenia mieszkalne Domu powinny być wyposażone w sprawny system przyzywowo – alarmowy.

3. Plan ewakuacji był nieaktualny w zakresie układu ścian w toaletach i łazience na pierwszym piętrze, pokoju nr 28 na parterze oraz dwóch wolnostojących garaży blaszanych, które oznaczone były jako jeden budynek gospodarczy.

Dyrektor wyjaśnił, że *nie zaktualizowano planów ewakuacyjnych i sytuacyjnych DPS przez przeoczenie*. W toku kontroli⁴³ Dyrektor przedstawił zaktualizowane plany.

W związku z powyższym NIK nie formułował wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 376, 1138, 1224-1228)

4. Na znajdującej się na terenie Domu w widocznym miejscu tablicy ogłoszeń nie zamieszczono informacji dotyczącej właściwego ze względu na miejsce położenia domu ośrodka pomocy społecznej wymaganej zgodnie z § 6 ust. 1a) lit. e) tiret 5 rozporządzenia ws. dps.

Dyrektor wyjaśnił, że *danych adresowych ośrodka pomocy społecznej na terenie, którego usytuowany jest Dom nie odnotowano przez przeoczenie*.

(akta kontroli str. 376, 383, 1138)

5. Na terenie DPS i we wnętrzu budynków stwierdzono (w toku oględzin) sytuacje mogące stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia mieszkańców :

a) Luźno zwisające przewody elektryczne od telewizorów i przedłużacze w pokojach mieszkańców.

Dyrektor wyjaśnił, że *w pokojach mieszkańców, w których były zainstalowane telewizory, zwisające luźno kable w najbliższym czasie (w lipcu 2024 r.) zostaną zamieszczone w rynienkach przymocowanych do ściany*.

b) Pozostawione na zewnątrz budynku niezabezpieczone narzędzia, ścięte drzewa i ich gałęzie.

Dyrektor wyjaśnił, że *z uwagi na wczesną wiosnę prowadzone były prace pielęgnacyjne w obejściu Domu tj. w sadzie i ogrodzie. Czynności pielęgnacyjne drzewostanów spowodowały, że w obejściu pozostały gałęzie i pieńki, które zostaną sukcesywnie usunięte. Obecnie są ułożone w tylnej części budynku na stertach. Oznaczono je w trakcie kontroli taśmą i tabliczkami o zakazie wstępu*.

c) Niezabezpieczenie jednego z dwóch zbiorników wodnych znajdujących się na terenie DPS przed swobodnym dostępem dla mieszkańców⁴⁴.

Dyrektor wyjaśnił, że *ogrodzenie nastąpi po uzyskaniu środków od organu prowadzącego na zakup niezbędnych materiałów. W planie wydatków na 2024 rok nie zaplanowano takiego przedsięwzięcia. W toku kontroli teren został ogrodzony taśmą, umieszczono tablice zakazu wejścia. Wystąpiono również o środki na wykonanie zadania*.

d) Zły stan techniczny ogrodzenia DPS w części murowanej kamieniami – fragment ogrodzenia w kilku miejscach był uszkodzony – duże kamienne elementy leżały na ziemi wzdłuż ogrodzenia i nie były odpowiednio zabezpieczone. Stan muru wskazywał na to, że kolejne kamienie mogą z niego odpaść. Nie zabezpieczono uszkodzonych fragmentów muru i nie dokonano napraw⁴⁵.

⁴³ 12 czerwca 2024 r.

⁴⁴ Pismem z 3 kwietnia 2024 r. poinformowano kierownika jednostki kontrolowanej o stwierdzeniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia ludzkiego, w celu zapobieżenia występującemu niebezpieczeństwu lub szkodzie.

⁴⁵ Pismem z 3 kwietnia 2024 r. poinformowano kierownika jednostki kontrolowanej o stwierdzeniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia ludzkiego, w celu zapobieżenia występującemu niebezpieczeństwu lub szkodzie.

Dyrektor wyjaśnił, że płot murowany z kamienia został zbudowany w latach 70-tych. Co roku z uwagi na warunki atmosferyczne kamienie odpadają z części muru. Każdego roku w okresie wiosennym prowadzone są prace remontowe polegające na wklejeniu ubytków kamieni w miejsce wypadających. W toku kontroli dokonano stosownych napraw – rekonstruując mur poprzez uzupełnienie brakujących fragmentów.

(akta kontroli str. 378-380, 1051-1053, 1138-1139)

6. Żaden z trzech poddanych oględzinom pokoi nie miał wyposażenia w pełni zgodnego z określonym w § 6 ust. 1 pkt 3 lit. c rozporządzenia ws. dps. Z ww. przepisu wynika, że pokój mieszkalny wyposażony powinien być m.in. w stół, krzesła i szafkę nocną dla każdego mieszkańca domu. W pokojach poddanych oględzinom nie było szafek nocnych, krzeseł i stołów.

Dyrektor, jako przyczynę braków wyposażenia wskazał, iż ze względów kubaturowych w pokojach mieszkańców zamiast szafek nocnych zawieszono półki przyłóżkowe, które spełniają taką samą funkcję. Mieszkaniec mógł postawić sobie na nich wodę do picia, codzienne przybory, pamiątki rodzinne, czy inne rzeczy dla niego ważne. W chwili oględzin krzesła znajdowały się na korytarzu Domu. Uzupełniono brakującą liczbę krzeseł w pokojach. Dom dysponował dostateczną liczbą krzeseł dla każdego mieszkańca. Na pokojach funkcjonowały krzesła składane, z których mieszkańiec w każdej chwili mogli skorzystać. W pokoju 4 osobowym przeznaczonym dla osób leżących do ich dyspozycji pozostawały również krzesła składane, lecz ze względów praktycznych i zapewnienia bezpieczeństwa osoby leżące wysadzone były na fotel lub wózek inwalidzki w celach wytchnieniowych od leżenia i zmiany pozycji ciała. Rozporządzenie nie określało wymiarów stołu, a ze względów kubaturowych pokoje mieszkańców wyposażone były w ławy, które spełniają tę funkcję. Pokój nr 6 dla osób leżących posiada stoliki przyłóżkowe na kółkach. Pokój nr 28 był wyposażony w ławę, która w chwili oględzin była wystawiona na korytarz.

(akta kontroli str. 358-364, 377, 1138)

NIK wskazuje, że półki wiszące nad łózkami jako substytuty nie spełniają funkcji szafek i jest to niewystarczające, zwłaszcza w kontekście osób leżących. Podobnie rzecz ma się w odniesieniu do krzeseł i stołów.

7. Dyrektor w kontrolowanym okresie nie egzekwował od ww. pracowników oświadczeń o stanie kontroli zarządczej.

Zgodnie z § 10 i 12 *Regulaminu Kontroli Zarządczej w DPS*⁴⁶, kierownicy działów oraz pracownicy samodzielnych stanowisk pracy powinni w terminie do końca marca każdego roku składać Dyrektorowi corocznie oświadczenie o stanie kontroli zarządczej (wg wzorów tam określonych), w zakresie ponoszonej przez siebie odpowiedzialności za realizowane przez DPS cele i zadania, w szczególności dotyczące zapewnienia, że:

- działania przez nich podejmowane pozostają w zgodzie z przepisami prawa;
- zasoby, którymi dysponują są używane w sposób racjonalny i efektywny;
- informacje udostępniane w DPS i poza nim są rzetelne, aktualne i dokładne;
- jednostki są chronione w sposób gwarantujący ich bezpieczeństwo;
- ryzyka związane z realizacją celów i zadań są monitorowane i identyfikowane na bieżąco w celu ich wyeliminowania.

Kierownicy działów oraz pracownicy samodzielnych stanowisk pracy nie składali takiego oświadczenia.

Dyrektor wyjaśnił, że kierownicy informowali go o stanie kontroli zarządczej ustnie, a przez przeoczenie nie wyegzekwował oświadczeń na piśmie.

(akta kontroli str. 506-514, 598-634)

⁴⁶ Wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora nr 28/2018 z 31 grudnia 2018 r.

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁴⁷, obowiązkiem kierownika jednostki jest zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej.

8. Dwóm z 20 pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, których dokumentacja objęta była badaniem, nie zapewniono cyklicznych szkoleń na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami, czego wymaga § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia ws. dps.

Dyrektor DPS wyjaśnił, że osoby te w dniach, w których odbywały się szkolenia znajdowały się na zwolnieniach lekarskich. Jedna z tych osób po powrocie do pracy otrzymała materiały edukacyjne dotyczące szkolenia, co zdaniem Dyrektora spełniło wymogi określone w ww. przepisie, a druga otrzymała rentę inwalidzką i zrezygnowała z zatrudnienia.

NIK wskazuje, że w przypadku pominięcia niektórych terminów przez poszczególnych członków zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, 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. 515-554.)

9. Stwierdzono przypadki niezachowania okresów wymiany mieszkańcom Domu pościeli określonych w § 5 ust. 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia ws. dps (w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie).

Według zapisów w zeszycie wymiany pościeli, pościel była wymieniana dwa razy w miesiącu, a więc w okresach dłuższych niż wskazuje ww. przepis. Było to średnio co 15 – 16 dni, a zdarzyło się nawet w odstępie 22 dni⁴⁸.

Dyrektor w wyjaśnieniach potwierdził, że zdarzały się przypadki kilkudniowego przekroczenia ustawowego terminu dwóch tygodni na wymianę pościeli lecz nie miało to wpływu na komfort życia i funkcjonowania mieszkańca. Powyższe uzasadnił tym, że jeśli wystąpi konieczność wymiany zabrudzonej pościeli odbywa się to niezwłocznie (codziennie lub nawet kilkakrotnie w ciągu dnia).

NIK wskazuje, że wskazany wyżej przepis jednoznacznie określa maksymalny okres na wymianę pościeli.

(akta kontroli str. 407-413)

OCENA CZĄSTKOWA

W DPS stworzono co do zasady warunki organizacyjne mające zapewnić przestrzeganie praw mieszkańców Domu, 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 procedury wewnętrzne, których postanowienia nie ograniczały bezpodstawnie praw mieszkańców jednak z opóźnieniem wprowadzono wewnętrzne uregulowania znoszące zakaz opuszczania przez mieszkańców terenu DPS. Budynki DPS i ich pomieszczenia były czyste oraz gwarantowały pensjonariuszom niezbędną intymność i godność. Zakres świadczonych usług opiekuńczych obejmował m.in. zapewnienie czystych ręczników i pościeli, która w niektórych przypadkach wymieniania była po upływie 14 dni.

Nie zapewniono pensjonariuszom w pełni bezpiecznych warunków przebywania na terenie Domu zarówno w pokojach mieszkalnych, jak i w otoczeniu budynku. Ponadto nie we wszystkich pomieszczeniach mieszkalnych zapewniono spełnienie standardów dotyczących (w jednym przypadku powierzchnia nieznacznie odbiegała od wymogów) wyposażenia, w tym również dostępności do systemu przyzywowo-alarmowego. Mieszkańcy mieli do dyspozycji co najmniej trzy posiłki dziennie oraz

⁴⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1270.

⁴⁸ pościel wymieniono 22 marca 2022 r., a następnie 13 kwietnia 2022 r.

możliwość otrzymania posiłku dodatkowego lub dietetycznego. Pensjonariuszom zagwarantowano prawo do ochrony zdrowia m.in. poprzez dostęp do psychologa i psychiatry, a zasoby kadrowe były co do zasady zgodne z wymaganiami, gdyż tylko liczba etatów pracowników socjalnych była nieznacznie niższa od wymaganej. Osoby sprawujące opiekę nad mieszkańcami (pracownicy zespołu terapeutyczno-opiekuńczego) brały z udział w szkoleniach z wymaganą częstotliwością, a niezapewnienie przeszkolenia dwóch osób miało charakter incydentalny. Ponadto stwierdzono nieprawidłowości nie mające wpływu na przestrzeganie praw mieszkańców, które dotyczyły planu ewakuacji, niepełnej realizacji obowiązków informacyjnych oraz składania oświadczeń o stanie kontroli zarządczej.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Dyrektor wprowadził procedurę⁴⁹ dotyczącą wyjść mieszkańców poza teren Domu. Według treści ww. dokumentu *każdy mieszkaniec, który nie jest ubezwłasnowolniony ma prawo wyjść z DPS w dowolnych godzinach. Ze względów formalnych mieszkańcy proszeni byli o zgłoszenie opiekunom nieobecności. Mieszkańcy ubezwłasnowolnieni mogli opuścić Dom tylko w obecności i za zgodą opiekuna prawnego lub pracownika DPS wyznaczonego przez Dyrektora.* W pkt 3 tej procedury wprowadzono zapis ograniczający możliwość samodzielnego opuszczania Domu przez jego mieszkańców o czym więcej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 62, 68-69, 639-642, 659-664, 1207-1211)

Dyrektor wskazał, że *z uwagi na fakt, iż najbliższy sklep był oddalony od DPS o kilka kilometrów, mieszkańcy nie wychodzili indywidualnie z DPS w celu zrobienia zakupów, ale mieli możliwość udania się do sklepu samochodem, wraz z pracownikiem DPS, który kierował samochodem i sprawował nad nimi opiekę. W zależności od potrzeb oprócz kierowcy, samochodem jechał jeszcze jeden pracownik DPS. Wyjścia poza teren DPS były zgłaszane i odnotowywane w raportach opiekunów. Mieszkańcy, którzy opuszczali DPS na dłuższy okres, tj. na cały dzień i dłużej (np. w odwiedziny do najbliższych) zgłaszali ten fakt opiekunom oraz dyrektorowi. Na tą okoliczność była wypisywana karta urlopowa, w której zawarta była informacja, czy i jakie leki wydano mieszkaniowi, aby zachować ciągłość leczenia.*

W okresie objętym kontrolą wobec żadnego mieszkańca lekarze nie wydali zaświadczenia wskazującego zasadność ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania terenu DPS na podstawie art. 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁵⁰. Dyrektor DPS również nie wydał decyzji ograniczającej możliwość samodzielnego opuszczania terenu DPS przez pensjonariuszy (art. 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)

(akta kontroli str. 62, 68-69, 639-642, 659-664)

Według wpisów do zeszytów opiekunów i raportów pielęgniarek w okresie od 1 lutego do 1 kwietnia 2024 r. odnotowano – łącznie – wyjścia następującej liczby mieszkańców DPS: wyjazd do biblioteki – siedem osób; wyjazd na zakupy – dwie osoby; urlopy – trzy osoby; wyjazd do lekarza- specjalisty – 10 osób; spacer na świeżym powietrzu, gry i zabawy – 54 osoby; gry towarzyskie – piłka nożna – 13 osoby; prace porządkowe wokół domu - grabienie, zamiatanie – dziewięć osób; wyjazd na zabawę taneczną – 14 osób; wyjazd do Sądu – jedna osoba; wyjazd z rodziną – w ciągu dnia – trzy osoby.

(akta kontroli str. 665-710)

⁴⁹ Zarządzenie Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Skubarczewie Nr 11/2014, Załącznik nr 10.

⁵⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 901, ze zm.

W okresie objętym kontrolą miało miejsce jedno samowolne oddalenie mieszkanki Domu, (23 maja 2023 r. podczas wycieczki zorganizowanej przez DPS). Personel opiekujący się grupą podopiecznych podjął poszukiwania na własną rękę, lecz bez efektu, złożono także zawiadomienie do miejscowego posterunku Policji w Ślesinie. W związku z powyższym, niezwłocznie powiadomiono także Komendę Powiatową Policji w Słupcy, Ośrodek Pomocy Społecznej z gminy, w której poprzednio zamieszkiwała mieszkanka DPS oraz stosowne służby podległe Wojewodzie Wlkp⁵¹. 25 maja w godzinach wieczornych Policja z Konina powiadomiła o odnalezieniu mieszkanki. Po odnalezieniu przez policję, mieszkanka została przebadana przez zespół ratownictwa medycznego, gdzie nie stwierdzono objawów wymagających dalszych, specjalistycznych oddziaływań. Po powrocie, w DPS również nie stwierdzono bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia mieszkanki, konieczności przymusowego podania leku czy zastosowania izolacji. Nie stwierdzono także konieczności objęcia pomocą psychiatry.

Dyrektor wskazał, że *procedura postępowania w sytuacji samowolnego oddalenia się mieszkańca DPS została opracowana i wprowadzona od 15 marca 2024 r.*

(akta kontroli str. 643-658)

2.2. W Domu obowiązywała procedura stosowania przymusu bezpośredniego względem mieszkańca domu wynikająca z zarządzenia Dyrektora⁵².

W latach 2021 – 2023 dokonano jednorazowego zastosowania przymusu bezpośredniego. Poddana szczegółowej analizie dokumentacja pięciu wybranych pensjonariuszy DPS wskazywała na zastosowanie w jednym przypadku przymusu bezpośredniego, a w czterech pozostałych nie zawierała wpisów bezpośrednio albo pośrednio wskazujących na ich: przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie albo izolację.

W powyższym przypadku jego zastosowania (o którym zdecydował lekarz psychiatra), użyto kaftana bezpieczeństwa⁵³, zgodnie z przedstawionym rejestrem⁵⁴ czas zabezpieczenia mieszkańca wyniósł 1 godzinę i 15 minut. W tym czasie pielęgniarka, regularnie co 15 minut monitorowała osobę unieruchomioną, zgodnie z art.18a ust.3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Następnie mieszkanka została przetransportowana karetką do szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Gnieźnie. Zastosowanie przymusu bezpośredniego odnotowano w karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji, rejestrze zastosowania przymusu bezpośredniego i raporcie pielęgniarskim.

Pracownik DPS (specjalista ds. wsparcia i pielęgnacji), jako naoczny świadek zdarzenia wyjaśnił, że powodem zastosowania przymusu w tej sytuacji było agresywne zachowanie mieszkańca wobec lekarza psychiatry, który w tym czasie badał tę osobę. Poza tym mieszkanka twierdziła, że słyszy głosy, które karzą jej dusić innych. Dodał, że o możliwości zastosowania unieruchomienia kaftanem bezpieczeństwa doktor poinformowała pacjentkę, która w konsekwencji nie stawiała oporu podczas jego zakładania. Pracownik wyjaśnił także, że w toku działań o charakterze nadzwyczajnym podejmowanych celem zapewnienia bezpieczeństwa w Domu przeoczono konieczność udokumentowania takiego zapisu. Do czasu przyjazdu pogotowia pensjonariusz przebywał w dyżurce pielęgniarki.

W karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji w rubrykach dotyczących obserwacji co 15 minut brakuje podpisów osób ich dokonujących. Informacja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nie została przekazana do upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii. Ww. kwestie opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 79-80, 745-749, 1150)

⁵¹ Wydział Polityki Społecznej.

⁵² Zarządzenie Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Skubarczewie Nr 11/2014, Załącznik nr 18.

⁵³ Wg karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji sporządzonej przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.

⁵⁴ Rejestr Zastosowania Przymusu Bezpośredniego.

Konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego nie była związana z samowolnym oddaleniem, ani nie miała związku z informacjami wynikającymi z rejestru zdarzeń nadzwyczajnych.

(akta kontroli str. 79-80, 1150)

Zarządzeniem⁵⁵ z 29 grudnia 2023 r. Dyrektor wprowadził z dniem 1 stycznia 2024 r. rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych. W rejestrze tym odnotowano jedno zdarzenie, 20 marca 2024 r., a dotyczyło zaatakowania opiekuna i współlokatorki przez mieszkankę DPS. W wyniku tego zdarzenia: powiadomiono pielęgniarkę, przeprowadzono rozmowę indywidualną (brak poprawy zachowania), wezwano pogotowie ratunkowe. Służby ratownicze zabrały mieszkankę do szpitala psychiatrycznego w asyście policji. Nie stosowano przymusu bezpośredniego w tej sytuacji.

(akta kontroli str. 785-793)

Z informacji uzyskanych od Komendanta Powiatowej Policji w Słupcy wynikało, że w okresie objętym kontrolą funkcjonariusze Policji przeprowadzili 14 interwencji policyjnych wobec trzech mieszkańców⁵⁶ – z uwagi na agresywne ich zachowania – wszystkie po zgłoszeniach opiekunów. Z udostępnionej przez Policję dokumentacji opisującej treść zgłoszeń oraz charakter interwencji wynikało potencjalne zastosowanie środka przymusu bezpośredniego 2 maja 2021 r. oraz 18 marca 2022 r., kiedy na podstawie zgłoszenia z DPS na Policji zarejestrowano, że osoby te były trzymane / przytrzymywane.

Dyrektor wyjaśnił, że każdorazowo zgłoszenie opiekunów dotyczyło wezwania służb medycznych w celu przetransportowania danego mieszkańca do szpitala psychiatrycznego, a poza tym z uwagi na dynamikę tych zdarzeń wzywana była także Policja. Dodał, że informacje płynące ze strony Policji mogące sugerować stosowanie środka przymusu bezpośredniego w jego opinii mogły być nieporozumieniem wynikającym z nadinterpretacji słów przekazywanych (w stanie zdenerwowania) podczas zgłoszeń, których intencją było w rzeczywistości wskazanie, że osoby agresywne były „pilnowane” w znaczeniu pozostawania pod opieką i nadzorem kadry. W przypadku wskazanych zgłoszeń – przebieg zdarzeń w żadnym z nich nie wypełniał znamion odnoszących się do stosowania przymusu bezpośredniego. Wyjaśnił również, że w zakresie podawania leków – w okresie objętym kontrolą – nigdy nie wystąpiła sytuacja podania go „na siłę” wbrew mieszkańcowi. Następowало to dobrowolnie, po niejednokrotnych prośbach i tłumaczeniach i wyłącznie takie, które wcześniej zapisane były przez lekarza.

Pracownicy Domu (opiekunami i pielęgniarkami), będący uczestnikami wyżej opisanych zdarzeń potwierdzili niestosowanie środków przymusu w sytuacjach wykazanych przez Policję.

(akta kontroli str. 713-744)

Dyrektor SPZOZ w Słupcy poinformował, że w latach 2021 – 2024 do tamtejszego szpitala, w tym również do zespołów ratownictwa medycznego pracownicy DPS w Skubarczewie nie zwracali się z prośbą zastosowania przymusu bezpośredniego wobec ich mieszkańców.

(akta kontroli str. 711-712)

2.3. W zakresie przestrzegania podstawowych praw mieszkańców szczegółową analizą objęto dokumentację pięciu z nich⁵⁷. Dla jednego ubezwłasnowolnionego całkowicie mieszkańca, sąd ustanowił opiekunem prawnym członka rodziny, a dla drugiego, opiekunem prawnym został wskazany przez Dyrektora pracownik DPS.

⁵⁵ Nr 51/2023.

⁵⁶ Interwencje wobec zgłoszeń dotyczących: pierwszego mieszkańca (16 sierpnia 2021 r., 18 sierpnia 2022 r., 13 stycznia, 28 marca i 4 maja 2023 r. i 20 marca 2024 r.), drugiego (2 maja, 13 lipca, 17 września, 2 grudnia 2021 r., 18 marca, 2 sierpnia i 12 października 2022 r.) oraz trzeciego mieszkańca (21 lipca 2021 r.).

⁵⁷ Trzech mieszkańców ubezwłasnowolnionych (dwóch całkowicie i jeden częściowo), dwie, które posiadające pełną zdolność do czynności prawnych (w tym jedna osoba, która samowolnie oddaliła się z DPS).

W dwóch przypadkach o zapewnienie pobytu w DPS wnioskował sam mieszkaniec, dwie osoby zostały skierowane do Domu postanowieniem właściwego sądu na wniosek dyrektora szpitala psychiatrycznego, a jedną, za zgodą sądu, umieszczono w Domu na wniosek opiekuna prawnego. Trzy z osób, których dokumentacja była analizowana, do DPS przywieziono bezpośrednio ze szpitala, po zakończeniu hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym.

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, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 750-769, 1128-1130)

Wielkość zajmowanych pokoi przez tych mieszkańców spełniała wartości wskazane w § 6 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia ws. dps (uwzględniając 5% odstępstwo od tych norm poniżej wymaganej). Żywnienie było adekwatne do indywidualnych potrzeb dietetycznych⁵⁸. Realizowano również indywidualne potrzeby w zakresie ochrony zdrowia, w tym opieki lekarskiej i pielęgnarskiej, a także fizjoterapeutycznej. Osoby z ograniczeniami w samodzielnych poruszaniu się objęto profilaktyką odleżyn. Mieszkańcom zapewniono możliwość nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną, w całym okresie objętym kontrolą pensjonariusze byli odwiedzani⁵⁹. Mieszkańcy mieli możliwość kontaktu telefonicznego z rodziną i znajomymi co zapewniało prawo do wolności komunikowania się.

W toku kontroli NIK nie stwierdzono stosowania kar wobec któregośkolwiek z pięciu ww. mieszkańców.

W sytuacji zgonu współmieszkańca w siedzibie DPS, pozostałe osoby przenoszone były do innych pokoi mieszkalnych

W okresie objętym kontrolą zmarła jedna z mieszkank⁶⁰, której dokumentację objęto badaniem. W analizowanym przypadku, procedura dotycząca zgonu pensjonariusza – z uwagi zgonu mieszkańca poza DPS (w karetce pogotowia), obowiązywała w ograniczonym zakresie. Zgodnie z procedurą personel DPS niezwłocznie – w dniu zgonu – powiadomił najbliższą rodzinę, której przekazał rzeczy zmarłej (po spisaniu stosownego oświadczenia), pozyskał odpis aktu zgonu oraz poinformował Ośrodek Pomocy Społecznej, Powiatowe Centrum Pomocy Społecznej i Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

(akta kontroli str. 1071-1074)

Dochody żadnego z mieszkańców, których dokumentację analizowano, nie wystarczały na samodzielne pokrywanie kosztów pobytu w DPS, w każdym pozostała kwota opłacana była przez właściwą gminę. Jeden z mieszkańców przed przyjęciem do DPS posiadał dom i działkę, pozostali nie mieli majątku, a źródłem ich dochodów były świadczenia emerytalne i zasiłek stały.

Mieszkańcy⁶¹ mieli możliwość samodzielnego wypłacenia gotówki z własnego konta bankowego i dysponowania swoimi środkami pieniężnymi, mieli także możliwość zrobienia zakupów⁶².

(akta kontroli str. 750-755, 1056-1070)

W Domu nie wprowadzono ograniczeń w dysponowaniu środkami oraz zapewniono bezpieczne przechowywanie środków – gospodarował nimi sam mieszkaniec, opiekun prawny, pracownik DPS. Nie stwierdzono, aby przyjęty tryb ograniczał prawa mieszkańca do niezakłóconego korzystania ze swojego mienia.

⁵⁸ Dwóch mieszkańców miało dietę zwykłą, a pozostali lekkostrawną.

⁵⁹ W jednym przypadku co miesiąc, w innym siedem razy, jedną osobę odwiedzono raz, a dwaj mieszkańcy nie byli odwiedzani.

⁶⁰ 22 września 2023 r.

⁶¹ Dot. mieszkańców nieubezpieczonych.

⁶² do najbliższego sklepu jest 9 km i trzeba tam dojechać samochodem DPS.

Pobranie gotówki z banku dokumentowane było wyciągiem bankowym wklejanym do tego zeszytu i paraflowane przez osobę pobierającą gotówkę. Na rzecz dwóch mieszkańców, opiekunowie prawni przekazywali środki pieniężne w gotówce do ręki tego pracownika lub przesyłała je przekazem na adres DPS. Pracownik przyjmował te środki, wpisując do zeszytu rozliczeń, a środki wydatkował, ewidencjonując zakupy w zeszycie rozliczeń i załączając paragony. Z uwagi na nietrwałość zapisów paragonów, w zeszycie dodatkowo opisywano daty dokonania zakupów, przedmiot zakupu i wydatkowane kwoty. Pracownik dokonujący zapisów w zeszycie stawiał parafki przy wpisach, a kierowca zakupujący towar paraflował każdy paragon.

(akta kontroli str. 1056-1070, 770-784)

Spośród osób, których dokumentacja była analizowana trzy miały założone indywidualne rachunki oszczędnościowo rozliczeniowe:

- jedna osoba (posiadająca pełnię praw) po przyjęciu do Domu założyła konto bankowe i upoważniła pracownika socjalnego DPS do dysponowania tym kontem. Dla mieszkanki założono indywidualny zeszyc rozliczeniowy, w którym były odnotowywane pobrania gotówki z banku oraz rozliczenia zakupywanych artykułów do higieny osobistej, odzieży, leków oraz innych rzeczy potrzebnych mieszkance (na podstawie paragonów i rachunków). Mieszkanka samodzielnie zgłaszała swoje potrzeby, miała wgląd w zeszyc rozliczeniowy oraz w stan konta i operacje na koncie, a także możliwość samodzielnego robienia zakupów. W chwili rezygnacji z pobytu w Domu, nadwyżka gotówki wg rozliczeń w ww. zeszycie została wypłacona mieszkance. Mieszkanka w obecności pracownika socjalnego samodzielnie zlikwidowała konto i pobrała gotówkę z banku.

- w innym przypadku (osoba ubezwłasnowolniona całkowicie) konto rozliczeniowo-oszczędnościowe prowadził opiekun prawny, będący pracownikiem DPS, który rozliczał zasoby pieniężne podopiecznej w indywidualnym zeszycie rozliczeń i składał roczne rozliczenie z prowadzonej gospodarki finansowej swojej podopiecznej do Sądu Rejonowego w Słupcy oraz do Dyrektora DPS. Dyrektor wyjaśnił, opiekun gromadził paragony i faktury potwierdzające wydatki jednak nie pozostawały one w jego dyspozycji. Dodał, że wg jego wiedzy, Sąd od tego opiekuna – poza sprawozdaniami – nie żądał potwierdzenia wskazywanych tam danych.

- trzecia osoba (ubezwłasnowolniona częściowo) po przyjęciu do Domu założyła konto bankowe i upoważniła pracownika socjalnego DPS do dysponowania tym kontem. Pracownik socjalny comiesięcznie pobierał gotówkę z konta i przekazywał ją mieszkance, która samodzielnie dysponowała swoimi środkami. Pobranie gotówki kwitował w zeszycie rozliczeń, do którego miała wgląd mieszkanka.

Finansami dwóch osób, których dokumentacja była objęta szczegółową analizą środkami gospodarowali członkowie rodziny⁶³, którzy podczas wizyt mieli możliwość weryfikacji wydatkowania środków na podstawie wpisów w zeszycie rozliczeń.

(akta kontroli str. 750-761, 1160)

W Domu nie sformalizowano zasad dokumentowania przez pracowników będących opiekunami prawnymi mieszkańców wydatkowania środków na ich rzecz. Dyrektor wyjaśnił, że każdy opiekun prawny dokumentuje wydatki, na podstawie paragonów i rachunków na dokonywane zakupy. Dodał, że każdy opiekun prawny sam decyduje w jaki sposób dokumentuje wydatki ze środków mieszkańca na jego rzecz, które później sprawozdaje do Sądu Rejonowego właściwego dla swojego miejsca zamieszkania, w indywidualnym zeszycie rozliczeń. Odnosząc się do sposobu weryfikacji w DPS zgodności oświadczeń o wydatkach na rzecz mieszkańca składanych przez pracowników – opiekunów prawnych, Dyrektor wyjaśnił, że jest to sprawozdanie o charakterze informacyjnym i nie podlega weryfikacji. W opinii

⁶³ W jednym przypadku będący również opiekunem prawnym.

Dyrektora świadczy ono m.in. o tym, czy opiekun dba o potrzeby swojego podopiecznego.

(akta kontroli str.1056-1070, 1113-1125)

Poza tym Dyrektor wskazał m.in., że każdy mieszkaniec posiada zeszyt indywidualnych rozliczeń na podstawie paragonów i faktur za zakupywane rzeczy. Opiekunowie prawni osób ubezwłasnowolnionych i kuratorzy osób częściowo ubezwłasnowolnionych sami zakładają konto i prowadzą rozliczenia dotyczące finansów podopiecznego, z którego sporządza sprawozdanie finansowe do Sądu. Pozostałe osoby samodzielnie wyrażają zgodę na prowadzenie rachunku oraz upoważniają pracownika DPS w banku.

(akta kontroli str. 515-517, 1042-1043)

2.4. W okresie objętym kontrolą, w DPS znajdowało się w poszczególnych latach odpowiednio 13, 12 i 11 w pełni ubezwłasnowolnionych mieszkank. Wśród nich były trzy osoby, w wieku poniżej 50 roku życia⁶⁴, spośród których u jednej, która miała ustanowionego opiekuna prawnego⁶⁵, zastosowano środek antykoncepcyjny⁶⁶. DPS nie zwrócił się o zgodę do właściwego sądu opiekuńczego na zastosowanie antykoncepcji, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 749-806)

2.5. W DPS w latach 2021-2023 przebywały cztery osoby o ograniczonej możliwości poruszania się (leżące). Według zapisów procedury dot. higieny osobistej i utrzymania czystości w Domu⁶⁷, mieszkaniec ma prawo do kąpieli w wannie, pod prysznicem lub w łóżku w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż raz w tygodniu. Procedury nie wskazywały częstotliwości golenia i strzyżenia.

Na próbie trzech spraw mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się, w wybranych do kontroli dwóch miesiącach w każdym roku objętym kontrolą⁶⁸ stwierdzono, że w kontrolowanym okresie zapewniono im kąpiel z wymaganą, wskazaną w wewnętrznej procedurze częstotliwością. W sześciu przypadkach mieszkańcy skorzystali z kąpieli rzadziej tj. w terminie od 8-10 dni.

Dyrektor wyjaśnił, że *personel respektował w tych przypadkach odmowę mieszkańca do skorzystania z tej czynności higienicznej. Wobec osoby leżącej, której stan zdrowia uniemożliwiał kąpiel, wykonywano toaletę ciała w łóżku (przynajmniej raz dziennie, a jeśli zachodziła taka konieczność to kilkakrotnie w ciągu dnia). Czynności te nie były zapisywane w karcie mieszkańca.*

Daty kąpieli i golenia zapisywane były w karcie aktywności – praca opiekuna⁶⁹. Strzyżenie było rejestrowane w zeszycie usług fryzjerskich lub w raportach opiekunów. Golenie i strzyżenie odbywało się w różnych terminach.

Spośród mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się, których dokumentacja była poddana szczegółowemu badaniu, w żadnym przypadku nie wystąpiło owrzodzenie odleżynowe. Dyrektor wyjaśnił, że w DPS stosowane są następujące metody profilaktyki przeciwoleżynowej:

- stosowanie materacy zmiennociśnieniowych;

⁶⁴ W praktyce statystycznej Głównego Urzędu Statystycznego, jako wiek rozrodzony (dla umiarkowanej strefy klimatycznej, w jakiej znajduje się Polska) przyjmuje się wiek 15-49.

⁶⁵ Postanowienie Sądu Rejonowego w Nowym Tomysku III Wydział Rodzinny i Nieletnich, sygnatura akt III RNs/69/19 z 25 czerwca 2020 r.

⁶⁶ Zgodnie ze skierowaniem od specjalisty z poradni ginekologiczno – położniczej (z dnia 16 marca 2022 r., używano preparatu, do stosowania iniekcyjnego co trzy miesiące. Preparat aplikowano w regularnych odstępach. Iniekcje wykonywane były w Domu, co zostało odnotowane w Księżce Gabinetu Zabiegowego. Mieszkanka przebywała w DPS do 6 marca 2023 r.

⁶⁷ Stanowiącej załącznik nr 20 do zarządzenia Dyrektora DPS nr 11/2014

⁶⁸ Łącznie w 24 miesięcznych okresach.

⁶⁹ indywidualnie karty miesięczne mieszkańców, w których są zaznaczane zabiegi i czynności opiekuńcze.

- odciążanie miejsc narażonych na ucisk – zmiana pozycji co dwie godziny oraz wysadzanie na fotel lub wózek inwalidzki;
- prawidłowe odżywienie i nawodnienie;
- higiena całego ciała przy użyciu łagodnych środków myjących i miękkich gąbek (myjki jednorazowe Dispoglove Wash);
- oklepywanie miejsc narażonych na odleżyny w celu lepszego ukrwienia skóry,
- stosowanie w razie potrzeby krążków przeciwoleżynowych (pięty, łokcie, pośladki),
- stała obserwacja skóry i stosowanie u osób korzystających z pielucho-majtek kremów do pielęgnacji.

Wyżej opisane czynności wykonywane są codziennie i dokumentowane jako „profilaktyka przeciwoleżynowa” w zeszycie Raporty pielęgniarstwa. W okresie objętym kontrolą.

(akta kontroli str. 807-849)

2.6. W DPS jedyną grupą zawodową pracowników medycznych były pielęgniarki⁷⁰.

W okresie objętym kontrolą zapewniono codzienną obsadę pielęgniarstwa w godzinach od 7.00 do 19.00⁷¹.

(akta kontroli str. 801, 856-878)

Przyjęty sposób działania stwarza zdaniem NIK ryzyko niezapewnienia przez Dom jego mieszkańcom właściwego dostępu do świadczeń pielęgniarstwa oraz może skutkować niedochowaniem obowiązujących przepisów przy ewentualnym zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego podczas nieobecności personelu pielęgniarstwa. 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*.

Zgodnie z zakresami obowiązków pielęgniarek oraz procedurą przyjmowania leków⁷² do ich zadań należało m.in. przygotowanie, wydawanie oraz nadzór nad spożyciem leków przed mieszkańcem zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Dyrektor wyjaśnił, że *podawanie leków w DPS odbywało się podczas posiłków przez pielęgniarkę, która podaje mieszkańcowi wcześniej przygotowane przez nią lekarstwa, które zażywane są w jej obecności. Dodał, że leki które zażył mieszkaniec odnotowywane były każdego dnia (ilość i pora dnia) w karcie indywidualnego podania leków przez dyżurującą pielęgniarkę. Leki zalecone w postaci iniekcji odnotowywano w książce gabinetu zabiegowego z wpisem daty podania, nazwy leku oraz podpisu osoby podającej lek. Ponadto prowadzone były zeszyty, w których zapisuje się wszystkie zalecenia lekarskie. Leki przechowywane były w opisanych z imienia i nazwiska pojemnikach przechowywanych w zamykanej na klucz dyżurce pielęgniarstwa.*

(akta kontroli str. 850-854)

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 pielęgniarstwa.

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

⁷⁰ Opiekunowie w Domu zatrudniani byli na stanowiskach opiekunów niemedycznych.

⁷¹ Co potwierdzono na podstawie harmonogramów pracy pielęgniarek z: stycznia 2021 r., maja i czerwca 2022 r., listopada i grudnia 2023 r.,

⁷² Procedura przyjmowania leków przez mieszkańców domu stanowiąca załącznik nr 19 do Zarządzenia Dyrektora nr 11/2024 r.

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) mieszkańcom umożliwiono korzystanie ze świadczeń lekarskich adekwatnie do zaleceń lekarskich. Informacje te, takie jak podawanie leków zgodnie ze wskazaniami lekarza (także psychiatry), były udokumentowane w indywidualnej karcie podawania leków. Prawidłowo odnotowywano także podawanie iniekcji;
- 2) lekarze poinformowani zostali przez personel DPS o wszystkich lekach przyjmowanych na stałe przez mieszkańców oraz o ich schorzeniach;
- 3) dokumentacja nie zawierała informacji w zakresie przesłanek wskazujących na konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 4) wpisy w dokumentach w przypadku dwóch mieszkańców potwierdzały, że personel DPS podawał mieszkańcom wszystkie zalecone leki. W odniesieniu do jednej osoby biegły stwierdził nieodnotowanie podawania leków w indywidualnej karcie (w okresie od 8 lutego 2022 r. do 30 września 2022 r.) - w dokumentacji medycznej mieszkanki była informacja o zakupie w 2022 r. H. 3x1 tabl (z dnia 08.02.2022 r.), C. 0,4 g 0-1-0, P. 500 mg 1-0-1, P. 1-0-0 (z dnia 30.09.2022 r.), co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1072-1099,1198-1206)

W analizowanych przypadkach zalecenia wdrażano niezwłocznie oraz kontynuowano ich podawanie zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Uprawniony do tego personel podawał wszystkie zlecone leki, wykonywał iniekcje oraz realizował inne zlecenia. Prawidłowo stosowano zamienniki leków. Wszystkie zalecenia lekarskie, w tym dokonywanie zmiany dawkowania, odstawianie leków i wprowadzanie nowego wdrażano niezwłocznie;

- 5) dokumentacja mieszkańców obejmowała wszystkie udzielane świadczenia i zawierała niezbędne informacje pozwalające na zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańca w kontekście udzielanych mu świadczeń;
- 6) sytuacja zdrowotna żadnego z mieszkańców, których dokumentacja podlegała analizie nie wskazywała na konieczność podjęcia żadnych niezwłocznych działań.

Biegły wskazał, że *całokształt dokumentacji pozwalał prześledzić proces leczenia w zakresie stosowanej farmakoterapii, dotyczącej zarówno podawania iniekcji jak i leków doustnych. Na podstawie dokumentacji można było stwierdzić, że wszystkie zalecenia wprowadzano niezwłocznie, sposób dokumentowania (poza jednym opisanym wcześniej przypadkiem) był przejrzysty, sumienny, nie pozostawiający wątpliwości co do prawidłowości ich wdrażania.*

(akta kontroli str. 1098-1206)

2.7. Każdemu mieszkańcowi przydzielono pracownika pierwszego kontaktu. Pracownikami pierwszego kontaktu byli: Dyrektor DPS, pracownik socjalny, pielęgniarki, opiekunowie, terapeuta zajęciowy. Pracowali oni jednocześnie na rzecz od jednego do pięciu mieszkańców.

Na próbie pięciu spraw, o której mowa w pkt 2.3. ustalono, że pracownika pierwszego kontaktu w trzech przypadkach wskazał dyrektor DPS, a w dwóch wskazali mieszkańcy.

(akta kontroli str. 879-882)

Dla każdego z pięciu mieszkańców w DPS opracowany został IPW⁷³. Zgodnie z wymogami § 2 ust. 3 rozporządzenia ws. dps, każdy z ww. Planów został

⁷³ Opracowanych w 2014 r., 2016 r. 2018 r. i w dwóch przypadkach w 2023 r.

opracowany przez Zespół (co zostało potwierdzone podpisami uczestników). Dla dwóch z tych mieszkańców IPW opracowano w okresie objętym kontrolą. Plany te sporządzono w wymaganym terminie.

W spotkaniach zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w trakcie których opracowywany był IPW⁷⁴, brali udział mieszkańcy nim objęci, a w jednym przypadku nieuczestniczenie pensjonariusza w posiedzeniu zespołu wynikało z braku zgody opiekuna prawnego (z uwagi na stan zdrowia mieszkańca).

W analizowanych IPW 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,
- część *Usługi świadczone/ocena*, zawierająca informacje np. o zapleczu bytowym w DPS, pracy socjalnej obejmującej m.in. kontakt z rodziną, wywiad środowiskowy, kontakt z sądem/kuratorem/ośrodkiem pomocy społecznej/zakładem pracy, terapii zajęciowej i ruchowej, usługach opiekuńczo-pielęgnacyjnych na rzecz mieszkańca, a także o korzystaniu z usług zdrowotnych, kulturalnych. W części tej zaznaczano w formie kwestionariuszowej wystąpienie poszczególnych okoliczności, np. udział w zajęciach świetlicowych z adnotacją w uwagach *czas wolny spędza przeważnie oglądając telewizję*. Ponadto odnotowywano informacje o radzeniu sobie przez pensjonariusza ze szczegółowo określonymi zadaniami w zakresie czynności samoobsługowych, umiejętności społecznych, a także o zainteresowaniach oraz aktywnościach niepożądanych.

W dokumentacji dotyczącej IPW oraz przygotowywania dokumentu *Podsumowanie okresowe oraz występujące zmiany* znajdowały się również wydawane na tę okoliczność opinie psychologiczne.

Plany opracowane w odniesieniu do żadnego z pięciu mieszkańców, których dokumentacja poddana była szczegółowej analizie, nie zawierały precyzyjnego określenia celów, jakie mają być osiągnięte z wykorzystaniem zajęć ww. rehabilitacji oraz horyzontu czasowego dla osiągnięcia założonych celów, a także w IPW nie był wskazany rodzaj, zakres oraz wymiar czasu planowanych zajęć rehabilitacji społecznej, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 888-1008, 1031-1033 1113-1116)

W IPW wskazywano np.:

a) jako cele długoterminowe:

- podtrzymywanie zachowanej sprawności poprzez proste ćwiczenia ruchowe
- działania terapeutyczne mające na celu pełną akceptację warunków życiowych w placówce, integrację z osobami przebywającymi w Domu,
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa

b) jako cele krótkoterminowe:

- *zachęcanie do aktywności terapeutycznej, motywowanie do terapii ruchowej, rozmowy indywidualne,*
- *wdrażanie w życie w Domu.*

(akta kontroli str. 885-886, 888-1008)

W odniesieniu do pensjonariuszy sporządzane były cyklicznie (co pół roku) dokumenty pn. *Podsumowanie okresowe oraz występujące zmiany*, w których odnotowywano syntetycznie informacje o usługach opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, terapeutycznych (np. robótki ręczne, gry w świetlicy), a także o usługach socjalnych realizowanych na rzecz mieszkańca. W części *Wnioski*

⁷⁴ Oświadczenia potwierdzające zgodę mieszkańców na udział w spotkaniach zespołu terapeutyczno-opiekuńczego były składane również na okoliczność posiedzeń zespołu, na których przygotowywano dokument *Podsumowanie okresowe oraz występujące zmiany*.

wskazywano np. zachęcanie do aktywności ruchowej, rozmowy dotyczące właściwej diety, dalsza pielęgnacja, działania podtrzymujące zachowanie sprawności fizycznej.

W odniesieniu do pięciu osób, których dokumentacja była poddana szczegółowej analizie nie przeprowadzono udokumentowanej okresowej oceny realizacji Planów, co opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 882-886, 888-1008, 1031-1033)

2.8. Mieszkańcy Domu mieli prawo do zapewnienia bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych, a kwestie te uregulowano w Zarządzeniu Dyrektora DPS nr 12/2014 z 2 stycznia 2014 r.⁷⁵ W DPS zgodnie z ww. zarządzeniem była założona książka depozytowa, w której w okresie objętym kontrolą nie odnotowano wpisów.

Dyrektor DPS wyjaśnił, że Dom nie prowadził konta depozytowego dla mieszkańców, z uwagi na korzystanie przez mieszkańców z indywidualnych kont oszczędnościowo – rozliczeniowych.

(akta kontroli str. 1034-1043)

W DPS nie funkcjonowała udokumentowana procedura postępowania z kontem bankowym zmarłego mieszkańca w przypadku kiedy jego opiekunem prawnym był pracownik Domu.

Dyrektor wyjaśnił, że w razie śmierci mieszkańca podawana jest informacja do banku oraz akt zgonu celem zamknięcia konta. Jeśli znane są dane dotyczące spadkobierców informacja ta jest przekazywana rodzinie, która występuje do sądu rejonowego z wnioskiem o stwierdzenie nabycia spadku lub do notariusza. Jeśli w Domu nie są znane personalia ewentualnych spadkobierców, informacja taka przekazywana jest do banku. Bank po ustawowym czasie informację taką przekazuje do gminy na terenie, której znajduje się Dom. Dalsze procedury przeprowadza urząd gminy.

(akta kontroli str. 515-517, 1042-1043)

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.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Procedurze dotyczącej wyjść mieszkańców poza teren Domu, wprowadzonej zarządzeniem Dyrektora od stycznia 2014 r. bezpodstawnie zawarto zasadę ograniczającą prawa mieszkańców do swobodnego przemieszczania się. W Procedurze tej stwierdzono: *W Domu przebywa znaczna liczba mieszkańców, którzy nie są ubezwłasnowolnieni, jednakże choroba w wyraźny sposób ograniczyła ich zdolności poznawcze czy orientacyjne w terenie i samodzielne wyjście tych osób poza DPS wiązałoby się z zagrożeniem ich bezpieczeństwa. W przypadku tych osób decyzje o tym czy mieszkaniec może samodzielnie wychodzić poza DPS, czy tylko i wyłącznie w obecności opiekuna podejmuje się na podstawie: informacji od rodziny, opinii lekarskiej, wywiadu środowiskowego, własnych obserwacji czy też zdarzeń, które wcześniej miały miejsce.*

Dyrektor wyjaśnił, że powyższy zapis Procedury był niefortunnie zredagowany, zbędny i w praktyce nie był stosowany. Dodał, że w Domu nie miała do tej pory miejsca sytuacja uniemożliwiająca nieusamodzielnionemu mieszkańcowi samodzielne wyjście poza teren placówki. Dyrektor wskazał (przedstawiając nowe

⁷⁵ W sprawie Zasad przechowywania i zabezpieczania środków wartościowych oraz pieniężnych mieszkańców..

zarządzenie)⁷⁶, że w związku z powyższym Procedura ta uległa zmianie poprzez usunięcie zbędnego punktu.

(akta kontroli str. 62, 68-69, 639-642, 659-664, 1207-1211)

2. Jednej z ubezwłasnowolnionych mieszkanek DPS podano zabezpieczenie antykoncepcyjne bez uzyskania odpowiedniej zgody sądu opiekuńczego, co stanowiło naruszenie art. 156 w zw. z art. 175 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy⁷⁷. W myśl tego przepisu, opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby ubezwłasnowolnionej.

Dyrektor wyjaśnił, że *nie był władny oceniać decyzję opiekuna prawnego. Opiekun prawny ma obowiązek dokonać oceny sytuacji czy w tej sprawie powinien zwrócić się do sądu czy podjąć decyzję zgodnie z prośbą podopiecznej o zastosowanie antykoncepcji.*

NIK wskazuje, że wyrażenie woli przez osobę ubezwłasnowolnioną nie stanowi podstawy do realizacji czynności związanej z podaniem zabezpieczenia antykoncepcyjnego stanowiącej ingerencję w osobistą sferę, związaną z prawem do intymności i prywatności. Sytuacja ta wymagała obiektywnej i bezstronnej oceny okoliczności i zgody sądu.

(akta kontroli str. dok 749-806)

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

Konieczność dalszego pobytu mieszkańców umieszczonych w DPS nie była okresowo potwierdzana, wbrew wymogom art. 38 ust. 1, 2 i 5 ustawy ozp. Przepis ten stanowi, że osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego⁷⁸, może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej. Przyjęcie osoby bez jej zgody a za zgodą jej przedstawiciela ustawowego wymaga orzeczenia sądu opiekuńczego. Osoba przyjęta do DPS podlega okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w DPS. Badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy.

Dyrektor wyjaśnił, że wymóg tych badań – ustanowiony ustawą ozp - nie dotyczy wszystkich osób przebywających w DPS, a jedynie umieszczonych w Domu na podstawie właśnie tej ustawy. Obowiązek tych badań jest wskazany jedynie w powyższej ustawie, pomimo tego, że podstawa przyjęcia do DPS jest regulowana w ustawie o pomocy społecznej. Dodał, że przepis art. 35 ust. 5 ustawy ozp ustanawiający ten obowiązek odnosi się do osób, o których mowa w ust. 1. Odesłanie to wskazuje nie tylko na kryteria przyjęcia do DPS, których nie muszą spełniać inne osoby tam przebywające (na podstawie ustawy o pomocy społecznej), ale także na tryb tego przyjęcia – odnosząc się do osób przyjętych do DPS na podstawie ustawy ozp.

(akta kontroli str. 750-771, 1128-1130)

NIK wskazuje, że kwestia przeprowadzania wskazanych badań oraz wzajemnych relacji przepisów art. 38 ust. 1 uoopz i art. 54 ust. 1 ups zawierających w obu przypadkach przesłanki umieszczenia w domu pomocy społecznej, była przedmiotem m.in. rozważań przedstawicieli doktryny⁷⁹. Przywołany w wyjaśnieniach pogląd,

⁷⁶ Zarządzenia nr 10/2024 Dyrektora DPS z 12 czerwca 2024 r. w sprawie zmiany procedury wyjść mieszkańców poza teren Domu, stanowiącej załącznik nr 10 do Zarządzenia Nr 11/2014 Dyrektora DPS w Skubarczewie z 2 stycznia 2014 r.

⁷⁷ Dz. U. z 2020 r., poz. 1359. Dalej kroci.

⁷⁸ Która nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego

⁷⁹ Obszerny wywód w tym zakresie zawiera pozycja W. Sobejko [w:] Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz, wyd. II, red. P. Drebnkowski, B. Kmiecik, R. Tymiński, Warszawa 2023, art. 38, dalej: Komentarz.

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 placówce⁸⁰. Niezależnie od tego, odwoływanie się do faktu przyjęcia przez inne organy art. 54 ust. 1 ups w podstawach prawnych decyzji⁸¹ 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 ups – szerszy zakresowo – obejmuje także inne osoby⁸². Nie sama podstawa prawna decyzji, lecz całokształt okoliczności dotyczących osoby kierowanej nią do DPS⁸³ powinien zatem podlegać w Domu weryfikacji, w szczególności – ewentualna dalsza – niezdolność danej osoby do zaspokajania swoich podstawowych potrzeb życiowych.

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 ups 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 uooczp, 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 uooczp, przy czym realizacja tego obowiązku należy do dps, w którym dana osoba przebywa⁸⁴, z wszelkimi tego faktu konsekwencjami, w tym w zakresie dokumentowania i finansowania niniejszych działań. Dalsze utrzymywanie takiej sytuacji, nie gwarantuje właściwej ochrony ich wolności w rozumieniu art. 55 ust. 2 ups.

4. Nie zapewniono w pełni rzetelnego dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego, albowiem w *Karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji* osoby, wobec której stosowano ten środek, w rubrykach dotyczących obserwacji co 15 minut nie zamieszczano podpisów osób ich dokonujących.

Dyrektor wyjaśnił, że na karcie obserwacji nie złożono podpisu przez przeoczenie. Na pierwszej stronie lekarz psychiatra podpisał z pieczęcią czas unieruchomienia, zarówno początek, jak i koniec.

(akta kontroli str. 745-749, 1150)

5. Zgodnie z art. 18 ust. 10 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

⁸⁰ Por. Komentarz – punkt X: Lech J. Żukowski „Ochrona zdrowia psychicznego w prawie administracyjnym”, str. 307-332.

⁸¹ Objętych próbą badawczą.

⁸² Por. Komentarz – punkt II.3.1.2. Niektórzy komentatorzy postrzegają art. 38 ust. 1 oop jako lex specialis wobec art. 54 ust. 1 ups.

⁸³ Przeznaczonego dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie w rozumieniu art. 56 pkt 4 ups.

⁸⁴ Por. Komentarz – punkt X.

Informacja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nie została przekazana do upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii.

Dyrektor DPS wyjaśnił, że nie powiadomił lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii wyznaczonego przez marszałka województwa, bowiem całym zajęciem zajmował się lekarz psychiatra zatrudniony w DPS i Dyrektor myślał, że to ten lekarz dopełni formalności.

(akta kontroli str. 79-80, 745-749, 1150)

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:

- W żadnym IPW opracowanym dla pięciu mieszkańców Domu, których dokumentacja była poddana szczegółowej analizie, nie wskazano rodzaju, zakresu oraz wymiaru czasu planowanych zajęć rehabilitacji społecznej, pomimo iż wymóg ten wynikał z § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie rehabilitacji. Ponadto nieokreślenie planowanego wymiaru czasu zajęć uniemożliwiało rzetelne monitorowanie i ocenę stopnia realizacji założeń przyjętych w IPW, w kontekście uczestniczenia mieszkańca w poszczególnych zajęciach rehabilitacji społecznej.
- Dokumentacja Domu, w tym IPW opracowane w odniesieniu do pięciu mieszkańców DPS, nie zawierała określenia celów jakie mają być osiągnięte z wykorzystaniem zajęć rehabilitacji społecznej

Dyrektor wyjaśnił m.in., że w IPW nie ujęto ww. elementów z uwagi na trudności w określeniu celów i czasu realizacji. IPW mają charakter uniwersalny, wskazanie celów i sposobu ich realizacji dla wszystkich osób jest podobny, a faktyczna aktywność każdego mieszkańca w ramach rehabilitacji społecznej jest wykazana w codziennych raportach terapii zajęciowej i fizjoterapeuty.

(akta kontroli str. 882-886, 888-1008, 1113-1116, 1031-1033)

7. W odniesieniu do pięciu mieszkańców, których dokumentacja poddana była analizie, nie zapewniono dokonywania udokumentowanej okresowej oceny realizacji Planów, o której mowa w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie rehabilitacji.

Dyrektor wyjaśnił, że taka ocena była dokonywana na spotkaniu zespołu terapeutyczno-opiekuńczego i rozmowie z mieszkańcem mającej na celu poprawę jego samopoczucia i podniesienie aktywności. Ocenie podlegała m.in. sprawność fizyczna i psychiczna mieszkańca i dokumentowana w postaci arkusza Podsumowanie okresowe oraz występujące zmiany. Arkusz ten (w toku kontroli), w myśl obowiązujących regulacji został poprawiony i wprowadzony do stosowania.

(akta kontroli str. 882-886, 888-1008, 1031-1033, 1212-1223)

NIK wskazuje, że wypełnienie przez pracowników Domu, co pół roku formularzy *Podsumowanie okresowe oraz występujące zmiany*, w których odnotowywano syntetycznie informacje o usługach opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, terapeutycznych (np. robotki ręczne, gry w świetlicy), a także o usługach socjalnych realizowanych na rzecz mieszkańca 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 uwzględnianiem zmienionej sytuacji mieszkańca, co

wskazano również w opinii dyrektora Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej MRPIPS z 9 lutego 2016 r.⁸⁵

8.W DPS nie zapewniono całodobowej obecności personelu pielęgniarskiego. Świadczenia co do zasady były realizowane codziennie w godzinach od 7:00 – 19:00. Harmonogram ten wykluczał, w przypadku wystąpienia poza powyższymi godzinami pracy pielęgniarek możliwości natychmiastowego zastosowania środków przymusu bezpośredniego – w przypadku nagłych zachowań zagrażających życiu lub zdrowiu – w sposób określony w rat. 18 ust. 2 uoz, tj. po uzyskaniu decyzji lekarza lub pielęgniarki.

Dyrektor wyjaśnił, że *Dom nie miał obowiązku zapewnienia całodobowej opieki pielęgniarskiej czy lekarskiej, gdyż nie jest placówką leczniczą tylko opiekuńczą. Na dyżurach nocnych, przy nieobecności pielęgniarki, opiekunowie w razie wystąpienia konieczności wzywali służby ratunkowe, które funkcjonują w porze wieczorowo-nocnej.*

(akta kontroli str. 801, 856-878, 1113-1116)

9. Nie zapewniono w pełni rzetelnego dokumentowania farmakoterapii stosowanej u jednego z trzech mieszkańców, których akta objęto analizą, na co wskazał w opinii biegły. W dokumentacji DPS nie odnotowano faktu podawania leków zleconych 8 września 2022 r. oraz 30 września 2022 r. (H. 3x1 tabl, C. 0,4 g 0-1-0, P. 500 mg 1-0-1, P. 1-0-0).

Dyrektor wyjaśnił m.in., że zgodnie z zaleceniami lekarskimi leki zalecone 8 lutego 2022 r. oraz 30 września 2022 r. - podawano do końca opakowania, czego przez niedopatrzenie nie odnotowano w indywidualnych kartach zleceń, w których wykazuje się podawanie leków mieszkańcom, co miało miejsce wskutek niedopatrzenia;

(akta kontroli str.1072-1099,1126-1127, 1204-1206)

NIK wskazuje, że sposób prowadzenia dokumentacji odnoszącej się do stanu zdrowia mieszkańców DPS powinien w każdym przypadku umożliwiać 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. W przeciwnym razie może zaistnieć ryzyko niezapewnienia mieszkańcom dostępu do prawidłowo stosowanej farmakoterapii, co ma szczególne znaczenie w kontekście obowiązku zapewnienia prawidłowej opieki zdrowotnej pensjonariuszom, obciążonym niejednokrotnie wielochorobowością i całkowicie uzależnionym od działań personelu DPS. Jednak z uwagi na incydentalny charakter tej nieprawidłowości, niemającej negatywnych skutków dla mieszkańca, NIK odstępuje od sformułowania wniosku pokontrolnego.

OCENA CZĄSTKOWA

Sposób realizacji usług świadczonych na rzecz mieszkańców DPS co do zasady zapewniał przestrzeganie ich praw, 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. Dom gwarantował zabezpieczenie indywidualnych potrzeb pensjonariuszy⁸⁶ w zakresie m.in. prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i świadczeń pielęgnacyjnych, prawa do godnego życia poprzez pomoc w czynnościach życiowych oraz zapewnienia odpowiednich warunków bytowych, czy niezbywalnego prawa do swobodnej komunikacji i kontaktów z rodziną. Czynności pielęgnacyjne wobec osób o ograniczonej możliwości poruszania się były prawidłowo realizowane. Dokumentacja odnosząca się do realizowanych na rzecz mieszkańców świadczeń opieki zdrowotnej pozwalała prześledzić proces leczenia w zakresie stosowanej farmakoterapii (za wyjątkiem jednostkowej sytuacji), oraz prawidłowość

⁸⁵ Znak DPSV.5111.6.6.2016.WW.

⁸⁶ Objętych próbą badawczą.

realizacji zleceń lekarskich. Na skutek przyjętej interpretacji przepisów prawa, nie przeprowadzano okresowych badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańców w zakresie uzasadniającym ich dalszy pobyt w DPS, a zabezpieczenie antykonceptyjne ubezwłasnowolnionej całkowicie mieszkance DPS podawano bez uzyskania zgody właściwego sądu opiekuńczego. NIK nie stwierdziła nieuzasadnionego zastosowania przez pracowników Domu przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców, ani naruszania ich praw w tej materii, choć z uwagi na brak dostępności pielęgniarek na dyżurach nocnych rodziło to ryzyko braku możliwości zastosowania tego środka zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami. Informacja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nie została przekazana do upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii, a zastosowanie przymusu nie było w pełni rzetelnie udokumentowane. Mieszkańcom zapewniono możliwość swobodnego opuszczania DPS oraz kontaktu z rodziną, a także dysponowania własnymi środkami pieniężnymi. Jednak w procedurze regulującej zasady opuszczania Domu przez pensjonariuszy zawarto uregulowania ograniczające ich prawo do swobodnego przemieszczania się. 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. 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, a także nie dokonywano udokumentowanej okresowej oceny realizacji Planów.

Uwagi i wnioski

Wnioski

W związku z stwierdzonymi nieprawidłowościami Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o podjęcie działań w celu zapewnienia:

1. wyposażenia pokoi mieszkalnych w wymagane elementy umeblowania oraz w funkcjonujący system przyzywowo-alarmowego,
2. udziału wszystkich członków zespołu terapeutyczno-opiekuńczego Domu w obowiązkowych, cyklicznych szkoleniach;
3. obejmowania pensjonariuszy okresowymi badaniami stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym ich pobyt w DPS i dokumentowania tych badań;
4. występowania do właściwego sądu opiekuńczego w celu uzyskania stosownej zgody we wszystkich ważniejszych sprawach dotyczących osób całkowicie ubezwłasnowolnionych;
5. uwzględniania w IPW rodzaju, zakresu oraz wymiaru czasu zajęć rehabilitacji społecznej, wskazanych do realizacji z uwzględnieniem założonych celów ich prowadzenia, a także zapewnienia dokumentowania okresowej oceny realizacji IPW;
6. rzetelnego dokumentowania czynności wykonywanych w związku ze stosowaniem przymusu bezpośredniego oraz informowania o zastosowaniu przymusu bezpośredniego upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii;
7. zamieszczania na tablicy ogłoszeń wszystkich wymaganych informacji;
8. zabezpieczenia pomieszczeń DPS i jego otoczenia w sytuacjach zwiększających poziom ryzyka zagrożenia zdrowia i życia mieszkańców;
9. sporządzania dokumentacji dotyczącej wykonywania zadań w obszarze kontroli zarządczej;
10. wymiany pościeli z wymaganą częstotliwością,
11. ujmowania w uregulowaniach wewnętrznych ograniczeń możliwości samodzielnego opuszczania DPS wyłącznie na podstawie obowiązujących powszechnie obowiązujących przepisów;

Uwagi

12. całodobowej obecności personelu pielęgniarского.
Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

IV. 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 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku pokontrolnego 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

Dyrektor

Marcin Kaczmarek
specjalista kontroli państwowej
/podpisano elektronicznie/

z up. Zuzanna Kaźmierczak
p.o. wicedyrektor
/podpisano elektronicznie/