



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA 410.3.1.2024

Anna Popowicz
Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Pułtusk
ul. Teofila Kwiatkowskiego 19A
06-100 Pułtusk

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Warszawie
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 57 72, F +48 22 444 57 62
lwa@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Dom Pomocy Społecznej w Pułtusk ¹ , ul. Teofila Kwiatkowskiego 19A, 06-100 Pułtusk.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Popowicz, Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Pułtusk, od 10 października 2016 r. ² (akta kontroli tom I str. 2-4, 7)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla osób dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych, w tym w czasie epidemii COVID-19. 2. Realizacja usług świadczonych na rzecz mieszkańców i przestrzeganie ich praw.
Okres objęty kontrolą	Lata 2021-2024, 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 ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontroler	Marta Pietruszewska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA 36/2024 z 15 lutego 2024 r. (akta kontroli tom I str. 1)

¹ Dalej także: DPS lub Dom.

² Dalej także: Dyrektor, Dyrektor DPS, Dyrektor Domu.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie realizację przez DPS w Pułtusku usług świadczonych na rzecz mieszkańców, w zakresie wykonywania zleceń lekarskich, a także zapewnienia bezpieczeństwa w kontekście udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zdaniem NIK naruszało to jedno z najważniejszych i podstawowych praw mieszkańców, jakim jest prawo do ochrony zdrowia.

Dom spełniał większość wymogów organizacyjnych w zakresie m.in. warunków lokalowych, żywieniowych i opieki lekarskiej określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej⁵, a przyjęte regulacje wewnętrzne na ogół sprzyjały przestrzeganiu praw mieszkańców. Dokumentacja prowadzona przez pielęgniarki pracujące w Domu nie zawierała jednak informacji pozwalających na potwierdzenie zapewnienia mieszkańcom bezpieczeństwa w kontekście udzielanych im świadczeń, poprzez m.in. nieodnotowywanie nazw leków i dawek, które były podawane mieszkańcom. W ocenie biegłej psychiatry niedokumentowanie podawania mieszkańcom codziennych dawek leków uniemożliwiało monitorowanie przebiegu procesu leczenia, jego skuteczności oraz ryzyka pogorszenia stanu psychicznego lub somatycznego mieszkańców. Dodatkowo, opóźnienie w realizacji zleceń lekarskich, w przypadku jednej mieszkanki mogło, zdaniem biegłej, w znaczący sposób wpłynąć na jej stan somatyczny, co wymagało podjęcia niezwłocznych działań.

W okresie objętym kontrolą nie zapewniono obsady pielęgniarskiej 598 dyżurów nocnych tj. 52% dyżurów objętych badaniem kontrolnym. W konsekwencji, na tych dyżurach, nie było osoby upoważnionej, która w razie potrzeby w porze nocnej mogła rozłożyć i podać mieszkańcom leki. Ponadto brak pielęgniarek w porze nocnej wykluczał możliwość podjęcia, w razie konieczności, decyzji o użyciu przymusu bezpośredniego. Dodatkowo, w jednej z obowiązujących procedur, dopuszczono możliwość, aby w przypadku nieobecności pielęgniarki na dyżurze nocnym leki mógł podać mieszkańcom opiekun medyczny bądź inna upoważniona osoba, co biorąc pod uwagę fakt, że żaden z pracowników nie posiadał, w okresie objętym kontrolą⁶, uprawnień w powyższym zakresie, nie gwarantowało to zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom przyjmującym m.in. leki na choroby wewnętrzne i psychotropowe.

Ponadto w kontrolowanej działalności, stwierdzono nieprawidłowości w zakresie m.in. dokonywania zakupów, ze środków mieszkanki Domu, które nie były przeznaczone do jej wyłącznego użytku. Zakupiono m.in. dozowniki do mydła, zasłony prysznicowe, matę łazienkową, co zdaniem NIK powinno zostać sfinansowane ze środków Domu, jako wyposażenie pokoju wieloosobowego, w którym zamieszkiwała ta osoba. Nie podejmowano także należytych działań w celu odbioru depozytów po zmarłych mieszkańcach DPS oraz nie występowano do sądu o stwierdzenie likwidacji niepodjętych depozytów, co było niezgodne z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów⁷. Wystąpiły też przypadki zamieszkiwania osób sprawnych ruchowo w pokojach czteroosobowych, co było niezgodne z § 6 ust. 1 pkt 3 lit. b tiret drugie rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym ww. pokoje przeznaczone są dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się. W latach 2021-2022 nie osiągnięto wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego⁸ w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, tj. 0,5, który był wymagany zapisami rozporządzenia w sprawie DPS.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dz.U. z 2018 r. poz. 734, ze zm. Dalej także: rozporządzenie w sprawie DPS.

⁶ Lata od 2021 r. do 23 lutego 2024 r.

⁷ Dz.U. nr 208, poz. 1537, ze zm. Dalej także: ustawa o likwidacji depozytów.

⁸ Dalej także: zespół T-O.

Zapewniono natomiast, w trakcie epidemii COVID-19, dostosowanie zasad funkcjonowania Domu odpowiednio do istniejącego zagrożenia i wprowadzanych bądź znoszonych ograniczeń sanitarnych. Mieszkańcy mieli możliwość swobodnego opuszczania DPS, w tym również wyjazdów na urlop do rodziny i krewnych. W sytuacjach samowolnego oddalenia się mieszkańca podejmowano działania w celu jego odnalezienia. Wywiązywano się z zaleceń lekarskich dotyczących leczenia odleżyn u leżących mieszkańców. Mieszkańcy o ograniczonej możliwości poruszania się byli kąpani oraz goleni. Pokoje, w których przebywali mieszkańcy, spełniały wymogi w zakresie wyposażenia i powierzchni, a także były czyste i wolne od nieprzyjemnych zapachów. Liczba zatrudnionych na pełny etat pracowników socjalnych była adekwatna do wymogów § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DPS, tj. nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców Domu. Zapewniono również pracownikom, wchodzącym w skład zespołu T-O, szkolenia z zakresu praw mieszkańców, kierunków prowadzonej terapii, metod pracy z mieszkańcem. Przeprowadzano badania stanu zdrowia psychicznego mieszkańców w zakresie uzasadniającym ich pobyt w Domu, choć nie przestrzegano cykliczności tych badań określonej w art. 38 ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁹, tj. co najmniej raz na sześć miesięcy. Po otrzymaniu informacji o ustaleniach kontroli wskazujących na bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia jednej z mieszanek Dyrektor Domu podjęła niezwłoczne działania.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej¹⁰ kontrolowanej działalności

OBSZAR 1. Organizacja opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla osób dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych, w tym w czasie epidemii COVID-19

Opis stanu faktycznego 1.1. Dom Pomocy Społecznej w Pułtuskach jest jednostką budżetową prowadzoną przez Powiat Pułtuski¹¹. Dom wpisany został do rejestru domów pomocy społecznej Województwa Mazowieckiego i na podstawie zezwolenia Wojewody Mazowieckiego¹², w okresie objętym kontrolą, oferował 96 miejsc dla osób przewlekle psychicznie chorych. Zezwolenie wojewody nie było zmieniane, a DPS nie świadczył usług krótkoterminowego wsparcia.

W poszczególnych latach objętych kontrolą (według stanu na 31 grudnia) liczba mieszkańców DPS kształtowała się następująco:

- 102 mieszkańców, w tym 13 ubezwłasnowolnionych całkowicie¹³, sześciu ubezwłasnowolnionych częściowo¹⁴ (2021 r.);
- 100 mieszkańców, w tym 15 ubezwłasnowolnionych całkowicie¹⁵, siedmiu ubezwłasnowolnionych częściowo¹⁶ (2022 r.);

⁹ Dz.U. z 2022 r. poz. 2123, ze zm. Dalej także: ustawa oop.

¹⁰ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹¹ Utworzona na mocy Uchwały nr XX/116/2016 Rady Powiatu w Pułtusku z dnia 26 sierpnia 2016 r. Dalej także: Powiat.

¹² Decyzja nr 2256/2016 z 19 października 2016 r.

¹³ Dla sześciu mieszkańców opiekunem prawnym był członek rodziny, dla siedmiu pracowników DPS.

¹⁴ Dla trzech mieszkańców opiekunem prawnym był członek rodziny, a dla trzech pracowników DPS.

¹⁵ Dla siedmiu mieszkańców opiekunem prawnym był członek rodziny, dla ośmiu pracowników DPS.

¹⁶ Dla trzech mieszkańców opiekunem prawnym był członek rodziny, dla czterech pracowników DPS.

- 100 mieszkańców, w tym 19 ubezwłasnowolnionych całkowicie¹⁷, ośmiu ubezwłasnowolnionych częściowo¹⁸ (2023 r.);
- 100 mieszkańców, w tym 19 ubezwłasnowolnionych całkowicie, ośmiu ubezwłasnowolnionych częściowo (na dzień rozpoczęcia kontroli tj. 19 lutego 2024 r.).

(akta kontroli tom I str. tabela nr 2 i 3, pismo 3 pyt. 4)

W okresie objętym kontrolą liczba zgonów mieszkańców Domu, z uwzględnieniem czasu ich pobytu w DPS, kształtowała się następująco:

- w 2021 r. zmarło łącznie siedmiu mieszkańców¹⁹, w tym trzech w DPS, a czterech w szpitalu. Okres przez jaki osoby zmarłe mieszkaly w DPS kształtował się następująco: jedna osoba przebywała w Domu poniżej jednego roku, pięć zamieszkiwało w DPS od trzech do pięciu lat, a jeden mieszkaniec przebywał w DPS powyżej pięciu lat;
- w 2022 r. zmarło łącznie dziewięciu mieszkańców²⁰, w tym dwóch w DPS, a siedmiu w szpitalu. Wśród zmarłych osób trzy przebywały w Domu poniżej jednego roku, dwie przebywały w DPS od roku do dwóch lat; pobyt dwóch osób w Domu wynosił od trzech do pięciu lat, a dwóch mieszkańców zamieszkiwało w DPS ponad pięć lat;
- w 2023 r. zmarło łącznie dwóch mieszkańców²¹, w tym jeden w DPS, a jeden w szpitalu. Wśród zmarłych osób jedna przebywała w Domu poniżej jednego roku, a jedna zamieszkiwała w DPS ponad pięć lat;
- w 2024 r. (według stanu na 29 lutego) zmarła jedna osoba²², której pobyt w Domu wynosił ponad pięć lat.

(akta kontroli tom I str. 16-21, 27-29, tom II str. 271)

Organizację DPS określał statut²³ i regulamin organizacyjny²⁴, zgodnie z którymi Domem kierował Dyrektor. Zapisy ww. regulaminu wskazywały również, że Dyrektor wykonywał swoje funkcje przy pomocy zastępcy dyrektora i głównego księgowego. Zastępstwo, w czasie nieobecności Dyrektora, pełnił zastępca, do którego zadań należała m.in. koordynacja i nadzór nad pracą działu terapeutyczno-opiekuńczego²⁵ odpowiedzialnego m.in. za zapewnienie mieszkańcom całodobowej opieki i udzielanie wsparcia opiekuńczo-bytowego w podstawowych czynnościach życiowych, w tym zapewnienie mieszkańcom opieki lekarskiej (§ 12 ust. 15 pkt 1) oraz sprawowanie całościowego, ciągłego i kompleksowego pielęgnowania mieszkańców oraz współpraca z mieszkańcem, lekarzem, członkami zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w zakresie pielęgnacji, leczenia i rehabilitacji (§ 12 ust. 1). Ponadto w strukturze organizacyjnej wyodrębniono również działy: finansowo-księgowy, organizacyjno-administracyjny, gospodarczy i obsługi, samodzielne stanowiska: pracownik socjalny, samodzielny referent do spraw zamówień publicznych, kapelan.

(akta kontroli tom I str. 23-26, 33-49)

Dyrektor DPS, w celu realizacji swoich kompetencji, w tym tworzenia warunków do realizacji zadań Domu, wprowadziła dodatkowe regulaminy, procedury oraz instrukcje szczegółowo regulujące zasady funkcjonowania Domu, w tym określające prawa i obowiązki jego mieszkańców. Do najważniejszych dokumentów z tego zakresu

¹⁷ Dla siedmiu mieszkańców opiekunem prawnym był członek rodziny, dla 12 pracowników DPS.

¹⁸ Dla trzech mieszkańców opiekunem prawnym był członek rodziny, dla pięciu pracowników DPS.

¹⁹ W dniu zgonu pięciu mieszkańców mieściło się w przedziale wiekowym od 66 do 75 lat, jeden mieszkaniec w przedziale 56-65 lat, jeden mieszkaniec powyżej 85 lat.

²⁰ W dniu zgonu pięciu mieszkańców mieściło się w przedziale wiekowym od 56 do 65 lat, jeden mieszkaniec w przedziale 36-45 lat, jeden w przedziale 66-75 lat, dwóch w przedziale wiekowym 76-85 lat.

²¹ W dniu zgonu jeden mieszkaniec mieścił się w przedziale wiekowym od 56 do 65 lat, a drugi miał powyżej 85 lat.

²² W dniu zgonu mieszkaniec znajdował się w przedziale wiekowym od 66 do 75 lat.

²³ Statut stanowił załącznik do Uchwały nr XX/117/2016 Rady Powiatu w Pułtusku z dnia 26 sierpnia 2016 r.

²⁴ Regulamin organizacyjny wprowadzony Uchwałą nr 201/2019 Zarządu Powiatu w Pułtusku z dnia 27 listopada 2019 r.

²⁵ Dalej także: T-O.

należały m.in.: regulamin mieszkańców wraz z kartą praw i obowiązków, mieszkańców, regulamin łamania zasad podmiotowego traktowania mieszkańców DPS, procedura postępowania w przypadku samowolnego oddalenia się mieszkańca, procedura w przypadku zgonu mieszkańca i organizacji pogrzebu, procedura odwiedzin mieszkańców, procedura wyjazdu mieszkańca na urlop²⁶, a także regulamin postępowania z depozytami wartościowymi mieszkańców²⁷.

(akta kontroli tom I str. 50)

1.2. W związku z epidemią COVID-19, a także otrzymywanymi wytycznymi i rekomendacjami postępowania (m.in. Ministra Rodziny i Polityki Społecznej, Wojewody Mazowieckiego) Dyrektor wprowadziła niżej wymienione zasady funkcjonowania Domu:

- od 12 marca 2020 r. wprowadzono całkowity zakaz odwiedzin mieszkańców przebywających w Domu, zalecono ograniczenie wyjść mieszkańców poza teren DPS bez uzasadnionej potrzeby oraz konsultacji medycznych w poradniach POZ oraz poradniach specjalistycznych do niezbędnego minimum²⁸;
- od 1 kwietnia 2020 r. wprowadzono procedurę postępowania w sytuacji podejrzenia wystąpienia u mieszkańców i personelu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz dalszego postępowania w przypadku potwierdzenia zakażenia wirusem²⁹, w tym wydzielono pomieszczenia, w których osoby zarażone przebywały na czas leczenia;
- od 7 kwietnia 2020 r. wprowadzono obowiązek mierzenia temperatury ciała pracownikom Domu w celu zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19³⁰;
- od 15 czerwca 2020 r. wprowadzono możliwość bezpośredniego kontaktu mieszkańców z rodzinami, opiekunami lub innymi osobami z zachowaniem reżimu sanitarnego, poruszania się poza terenem Placówki w celu m.in. dokonania zakupów i załatwienia spraw prywatnych mieszkańców, a także możliwość wyjazdów na urlop z zachowaniem szczególnych środków reżimu sanitarnego³¹;
- od 15 czerwca 2020 r. wprowadzono procedurę przyjęcia nowego mieszkańca do Domu w czasie panującej na terenie kraju epidemii, w tym obowiązek wykonania testu laboratoryjnego w kierunku obecności wirusa SARS-CoV-2 oraz umieszczenia mieszkańca w izolacji od innych mieszkańców na okres 14 dni³²;
- od 10 sierpnia 2020 r. ponownie wprowadzono ograniczenia wyjść mieszkańców poza teren placówki (wyjścia mogły odbywać się jedynie pod opieką personelu i dotyczyły jedynie najbardziej sprawnych mieszkańców z zachowaniem

²⁶ Zarządzeniem nr 7/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku z dnia 21 kwietnia 2023 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Mieszkańców, Karty Praw i Obowiązków, Regulaminu łamania zasad podmiotowego traktowania Mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku, Procedury samowolnego oddalenia się mieszkańca, Procedury w przypadku zgonu mieszkańca i organizacji pogrzebu, Procedury odwiedzin mieszkańców oraz Procedury wyjazdu mieszkańca na urlop.

²⁷ Regulamin wprowadzony Zarządzeniem nr 8/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku z dnia 21 kwietnia 2023 r. Poprzednio obowiązywał Regulamin postępowania z depozytami wartościowymi mieszkańców oraz likwidacji niepodjętych depozytów w Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku, wprowadzony zarządzeniami Dyrektora DPS nr 1/2018 z dnia 2 stycznia 2018 r. i nr 2/2022 z dnia 24 stycznia 2022 r.

²⁸ Zarządzenie nr 3/2020 Dyrektora DPS w Pułtusku z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie wprowadzenia wzmożonego reżimu sanitarnego zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz całkowitego zakazu odwiedzin mieszkańców przebywających w Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku.

²⁹ Zarządzenie nr 4/2020 Dyrektora DPS w Pułtusku z dnia 1 kwietnia 2020 r. w sprawie konieczności podjęcia działań związanych z przeciwdziałaniem rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 w sytuacji podejrzenia wystąpienia u mieszkańców oraz personelu Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku, zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

³⁰ Zarządzenie nr 5/2020 Dyrektora DPS w Pułtusku z dnia 7 kwietnia 2020 r. w sprawie wprowadzenia obowiązku mierzenia temperatury ciała pracownikom Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku w celu zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19.

³¹ Zarządzenie nr 7/2020 Dyrektora DPS w Pułtusku z dnia 15 czerwca 2020 r. w sprawie podjęcia działań w kierunku umożliwienia mieszkańcom Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku aktywności poza terenem placówki oraz możliwości bezpośredniego kontaktu z rodzinami i opiekunami lub innymi osobami.

³² Zarządzenie nr 8/2020 Dyrektora DPS w Pułtusku z dnia 15 czerwca 2020 r. w sprawie przyjęcia do Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku nowego mieszkańca w sytuacji epidemiologicznej dotyczącej wirusa SARS-CoV-2.

procedur sanitarnych), wstrzymano wyjazdy na urlop mieszkańców z wyjątkiem wyjazdów na turnusy w celach rehabilitacyjno-leczniczych i innych uzasadnionych wypadkach, zawieszono odwiedziny mieszkańców przez rodziny, znajomych i opiekunów prawnych (zapewniając kontakt telefoniczny, e-mailowy)³³;

- od 30 września 2020 r. uniemożliwiono wstęp na teren Domu osobom, których obecność nie była konieczna do zapewnienia ciągłości działalności, w tym osób odwiedzających³⁴;
- od 3 listopada 2020 r. wprowadzono możliwość polecenia pracownikom Domu wykonywania pracy zdalnej³⁵;
- od 26 maja 2021 r., komunikatem ogłoszonym przez Dyrektora Domu, rozszerzono zakres aktywności mieszkańców, w tym poza terenem Placówki oraz zwiększono możliwość odwiedzania mieszkańców. Po ogłoszeniu komunikatu, liczba wyjść mieszkańców poza teren DPS, w okresie od czerwca do grudnia (2021 r.) kształtowała się następująco: czerwiec - 456; lipiec - 384, sierpień - 352, wrzesień - 335, październik - 306, listopad - 194, grudzień - 197 ;
- 29 grudnia 2023 r. formalnie uchylono zarządzenia wprowadzone w celu zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania wirusa COVID – 19³⁶.

(akta kontroli tom I str. 134-173)

Odwiedziny mieszkańców, zgodnie z wprowadzonymi w Domu procedurami³⁷, odbywały się w pokoju mieszkańca bądź w pokoju odwiedzin, a na życzenie do odwiedzin mogło dojść na świeżym powietrzu na terenie DPS. Każdy z odwiedzających powinien wpisać się do zeszytu odwiedzin, a obecni na zmianie opiekunowie powinni zwrócić uwagę na to, aby odwiedziny przebiegały w spokojnej i miłej atmosferze. Po ogłoszeniu 26 maja 2021 r. rekomendacji dotyczących rozszerzania zakresu aktywności mieszkańców Domu, w okresie od czerwca do grudnia (2021 r.), liczba odwiedzin wyniosła: czerwiec – 39, lipiec – 50, sierpień – 50, wrzesień – 41, październik – 52, listopad – 29, grudzień – 40.

(akta kontroli tom I str. 123-124, 173)

Dom stwarzał mieszkańcom również możliwość wyjazdów na urlop do rodziny i krewnych. Pierwsze przepustki, zgodnie z procedurą wyjazdu mieszkańca na urlop³⁸, mogły być wydawane po okresie zaklimatyzowania się mieszkańca w Domu tj. minimum po miesiącu, a długość takiej przepustki, w tym okresie, została określona na tydzień. Przed wyjazdem mieszkaniowie otrzymywali kartę urlopową, a pielęgniarka w przeddzień wyjazdu mieszkańca na urlop była zobowiązana do przygotowania leków ze szczegółową informacją ich stosowania i dawkowania zgodnie z zaleceniami lekarza. Przed wyjazdem powinna być przygotowana także odzież i obuwie na wyjazd. Istniała możliwość przedłużenia urlopu, po uprzednim kontakcie opiekuna pod opieką którego mieszkaniowie przebywał podczas urlopu, z pracownikiem socjalnym. W przypadku nieprzywiezienia w terminie mieszkańca do Domu, pracownik socjalny kontaktuje się z osobą, która zabrała mieszkańca na urlop, a w przypadku braku możliwości ustalenia pobytu mieszkańca, powiadomiony zostaje komisariat Policji. Po

³³ Zarządzenie nr 10/2020 Dyrektora DPS w Pułtusku z dnia 10 sierpnia 2020 r. w sprawie podjęcia działań mających na celu ograniczenie bezpośredniego kontaktu mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku z osobami poza domem.

³⁴ Zarządzenie nr 11/2020 Dyrektora DPS w Pułtusku z dnia 30 września 2020 r. w sprawie podjęcia zintensyfikowanych działań mających na celu przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 na terenie Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku.

³⁵ Zarządzenie nr 13/2020 Dyrektora DPS w Pułtusku z dnia 3 listopada 2020 r. w sprawie organizacji przez Dom Pomocy Społecznej w Pułtusku pracy zdalnej powierzonej pracownikom w celu przeciwdziałania COVID-19.

³⁶ Zarządzenie nr 20/2023 Dyrektora DPS w Pułtusku w sprawie uchylenia zarządzeń wprowadzonych w celu zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania wirusa COVID-19.

³⁷ Procedura odwiedzin mieszkańców z 2 listopada 2016 r. oraz z 21 kwietnia 2023 r. stanowiąca załącznik nr 5 do Zarządzenia nr 7/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku.

³⁸ Procedura z 2 listopada 2016 r. oraz z 21 kwietnia 2023 r. stanowiąca załącznik nr 6 do Zarządzenia nr 7/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku.

ogłoszeniu 26 maja 2021 r. rekomendacji dotyczących rozszerzania zakresu aktywności mieszkańców Domu, w okresie od czerwca do grudnia (2021 r.), liczba mieszkańców, którym udzielono urlop wyniosła: czerwiec - trzech, lipiec - pięciu, sierpień - siedmiu, wrzesień - trzech, październik - sześciu, listopad - trzech, grudzień - 11.

(akta kontroli tom I str. 125-127, 173)

W przypadku samowolnego oddalenia się mieszkańca z DPS, zasady postępowania pracowników regulowała procedura³⁹, zgodnie z którą poszukiwali oni mieszkańca na terenie budynku, w okolicy DPS i na terenie miasta Pułtusk. Zawiadamiana była rodzina mieszkańca, a także zasięgano od niej informacji o możliwym miejscu pobytu zaginionej osoby. Zgłaszano samowolne oddalenie na Policję przekazując rysopis mieszkańca, jego zdjęcie oraz dane. W przypadku odnalezienia mieszkańca przez Policję zawiadamiano o tym fakcie rodzinę, a w przypadku odnalezienia mieszkańca przez pracowników Domu bądź jego samodzielnym powrocie zawiadamiano rodzinę i Policję. Po powrocie mieszkańca przeprowadzano z nim rozmowę dotyczącą przyczyn i okoliczności jego samowolnego oddalenia się, a także zwiększano nad nim opiekę, w tym konsultowano psychologicznie i psychiatrycznie.

(akta kontroli tom I str. 128-129)

Od 1 stycznia 2024 r. Dyrektor wprowadziła procedurę rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych⁴⁰, zgodnie z którą w rejestrze musiały się znaleźć zdarzenia związane z zagrożeniem życia lub zdrowia mieszkańców Domu takie, jak: wypadki, samouszkodzenia, obrażenia ciała. W rejestrze powinny się znaleźć informacje dotyczące zdarzeń indywidualnych oraz masowych, a do przyjmowania i weryfikacji zgłoszeń oraz podejmowania działań następczych mogły być dopuszczone wyłącznie osoby posiadające pisemne upoważnienia Dyrektora DPS. Dyrektor, co najmniej raz na kwartał, tj. ostatniego dnia roboczego danego miesiąca kończącego kwartał kalendarzowy miała przekazywać informacje zawarte w rejestrze staroście prowadzącemu Dom tj. Staroście Pułtuskiemu.

(akta kontroli tom II str. 39-42)

W Domu obowiązywała również, wprowadzona 31 października 2016 r., procedura rozkładania leków, zgodnie z którą pielęgniarka dyżurująca była zobowiązana m.in. aktualizować indywidualne karty zleceń dla każdego mieszkańca na podstawie zleceń lekarskich (pkt 1). Aktualizacji, po każdej konsultacji lekarskiej, miała podlegać również tabela z wykazem przyjmowanych leków i ich dawkowaniem (pkt 2), a pielęgniarka ponosiła odpowiedzialność za prawidłowe ułożenie i rozdanie leków (pkt 5).

(akta kontroli tom II str. 115)

Ponadto zgodnie z procedurą przyjmowania leków przez mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku⁴¹, leki przygotowywane i podawane były przez pielęgniarki dyżurne (pkt 2). Na dyżurze nocnym, zgodnie z pkt 3 ww. procedury, leki podawała pielęgniarka, a podczas jej nieobecności opiekun medyczny bądź upoważniona osoba. Z uwagi na zatrudnienie w Domu osób, które zdobyły kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego w oparciu o podstawę programową obowiązującą przed 2019 r. i z 2019 r. było to niezgodne z załącznikiem nr 20 do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego⁴². *O czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli tom II str. 121)

³⁹ Procedura z 2 listopada 2016 r. oraz z 21 kwietnia 2023 r. stanowiąca załącznik nr 3 do Zarządzenia nr 7/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku.

⁴⁰ Procedura wprowadzona Zarządzeniem nr 19/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej z 29 grudnia 2023 r. w sprawie wprowadzenia Procedury rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku.

⁴¹ Procedura wprowadzona 31 października 2016 r.

⁴² Dz.U. poz. 991, ze zm. Dalej także: rozporządzenie w sprawie podstaw programowych.

Wprowadzono także procedurę postępowania w przypadku zgonu mieszkańca i organizacji pogrzebu⁴³, zgodnie z którą gdy zaistniało podejrzenie zgonu mieszkańca, personel dyżurny zobowiązany był do natychmiastowego wezwania lekarza. W chwili, gdy lekarz stwierdził zgon (następowało to po upływie dwóch godzin od ustania czynności życiowych), niezwłocznie (telefonicznie) powiadamiana była rodzina mieszkańca lub/i opiekun prawny. Ponadto ciało zmarłego mieszkańca musiało być zabrane do chłodni, do dwóch godzin, od czasu stwierdzenia zgonu przez lekarza. Po zabraniu ciała zmarłego, pokój poddawany był całkowitej dezynfekcji.

(akta kontroli tom I str. 130-133)

Dyrektor wyjaśniła, że z uwagi na warunki lokalowe w Domu nie ma pomieszczenia pro morte do przechowywania zwłok zmarłego mieszkańca. Od stwierdzenia zgonu przez dwie godziny ciało mieszkańca, przykryte prześcieradłem, pozostawało w pokoju mieszkalnym, zamkniętym na klucz. Następnie zabierane było przez zakład pogrzebowy. Po zabraniu ciała, do pokoju wstawiana była lampa bakteriobójcza. W tym czasie współmieszkańcy przebywali w innych pokojach ewentualnie na terapii. Nigdy nie doszło do sytuacji, żeby mieszkańcy przebywali z osobą zmarłą w jednym pomieszczeniu.

(akta kontroli tom III str. 229)

Uregulowano również postępowanie z depozytami wartościowymi mieszkańców w Domu Pomocy Społecznej w Pułtusk. Zgodnie z obowiązującym w tym zakresie regulaminem⁴⁴ mieszkaniiec miał prawo upoważnić dowolną osobę lub osoby do dysponowania swoimi pieniędzmi, znajdującymi się w depozycie gotówkowym. Osobą upoważnioną mógł być członek rodziny jak i osoba obca, w tej kwestii mieszkaniiec miał pełną dowolność, jeśli nie był częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolniony. Mieszkaniiec, o ile nie był ubezwłasnowolniony częściowo lub całkowicie, miał prawo pobrać dowolną kwotę swoich środków pieniężnych po uzgodnieniu z pracownikiem socjalnym, kierownikiem działu, głównym księgowym. Wypłat dokonywano każdorazowo na prośbę mieszkańca. W ramach treningu ekonomicznego ustalono wypłatę dla wszystkich zainteresowanych mieszkańców średnio dwa razy w miesiącu.

(akta kontroli tom II str. 216, 222)

Żaden z obowiązujących w Domu regulaminów nie przewidywał kar za nieprzestrzeganie przez mieszkańców obowiązków zawartych w wewnętrznych dokumentach DPS. Natomiast obowiązywał Regulamin łamania zasad podmiotowego traktowania Mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Pułtusk⁴⁵, który przewidywał w uzasadnionych przypadkach, podyktowanych koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom i pracownikom m.in. wejście do pokoju mieszkańca w przypadku jego złego stanu zdrowia, możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego oraz powiadomienia policji w przypadku zbyt hałaśliwego, wulgarnego zachowania, zakłócenia spokoju i bezpieczeństwa innych mieszkańców lub wszczynania bójek, demolowania pokoju, fizycznego znęcania się lub nierzędu.

(akta kontroli tom I str. 121-122)

Obowiązujące w Domu procedury nie zawierały zapisów naruszających prawa mieszkańców. Niemniej jednak w obowiązującej procedurze przyjmowania leków przez mieszkańców znajdował się zapis, zgodnie z którym na dyżurze nocnym podczas nieobecności pielęgniarki leki podawał opiekun medyczny bądź upoważniona osoba, co z uwagi na zatrudnienie, w okresie objętym kontrolą⁴⁶, w Domu osób, które nie zdobyły kwalifikacji w zawodzie opiekuna medycznego w oparciu o nową podstawę

⁴³ Procedura wprowadzona 2 listopada 2016 r. oraz procedura stanowiąca załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 7/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusk z dnia 21 kwietnia 2023 r.

⁴⁴ Regulamin wprowadzony Zarządzeniem nr 8/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusk z dnia 21 kwietnia 2023 r., zmieniające zarządzenie nr 7/2016 z dnia 12 października 2016 r.

⁴⁵ Stanowiący załącznik nr 9 do Regulaminu Mieszkańców DPS w Pułtusk wprowadzonego Zarządzeniem nr 10/2016 r. Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusk z 2 listopada 2016 r. oraz z 12 października 2022 r., a także załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 7/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusk z dnia 21 kwietnia 2023 r.

⁴⁶ Od 2021 r. do 23 lutego 2024 r.

programową wprowadzoną w 2021 r. było nieprawidłowe. Podanie mieszkańcom leków przez osobę nieupoważnioną mogło również narazić ich na niebezpieczeństwo. Ponadto sytuacja, w której przez dwie godziny ciało zmarłego pozostawało w pokoju mieszkalnym, mogła ograniczać prawo współmieszkańców zmarłej osoby, do pobytu we własnym pokoju.

1.3. Liczba pracowników, zatrudnionych na umowę o pracę, zapewniających usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające, według stanu na 31 grudnia poszczególnego roku objętego kontrolą kształtowała się następująco:

- 43 osoby⁴⁷, w tym 27 opiekunów, cztery pielęgniarki, czterech terapeutów, trzech pracowników socjalnych, dwóch instruktorów ds. kulturalno-oświatowych, jeden rehabilitant, jeden psycholog i jeden kapelan (2021 r.);
- 44 osoby⁴⁸, w tym 27 opiekunów, pięć pielęgniarek, czterech terapeutów, trzech pracowników socjalnych, dwóch instruktorów ds. kulturalno-oświatowych, jeden rehabilitant, jeden psycholog i jeden kapelan (2022 r.);
- 41 osób⁴⁹, w tym 23 opiekunów, sześć pielęgniarek, czterech terapeutów, trzech pracowników socjalnych, dwóch psychologów⁵⁰, jeden instruktor ds. kulturalno-oświatowych, jeden rehabilitant i jeden kapelan (2023 r.).

Żaden pracownik spoza działu terapeutyczno-opiekuńczego nie pełnił, w okresie objętym kontrolą, funkcji pracownika pierwszego kontaktu dla mieszkańców DPS. Ponadto w Domu 15 pracowników dodatkowo posiadało kwalifikacje w zawodzie opiekun medyczny.

Usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające, według stanu na 31 grudnia każdego roku objętego kontrolą, świadczyli również pracownicy nieetatowi, który było odpowiednio: pięciu⁵¹, trzech⁵², trzech⁵³.

(akta kontroli tom I str. 193)

Liczba pracowników, zatrudnionych na umowę o pracę, zapewniających usługi bytowe, według stanu na 31 grudnia danego roku objętego kontrolą kształtowała się następująco:

- 32 osoby, w tym 19 pracowników gospodarczych i obsługi, 11 administracji oraz dwóch kierowników jednostki;
- 30 osób, w tym 17 pracowników gospodarczych i obsługi, 11 administracji oraz dwóch kierowników jednostki;
- 31 osób, w tym 19 pracowników gospodarczych i obsługi, 10 administracji, dwóch kierowników jednostki.

Pracowników nieetatowych było w ww. okresie odpowiednio: jeden⁵⁴, dwóch⁵⁵ i trzech⁵⁶.

(akta kontroli tom I str. 193)

⁴⁷ Liczba osób w przeliczeniu na etaty wyniosła łącznie 39,7 i kształtowała się następująco: trzy etaty pracowników socjalnych; 3,5 etatu pielęgniarek; 27 etatów opiekunów; jeden etat rehabilitanta; 3,5 etatów terapeutów; 0,25 etatu psychologa; 1,2 etatu instruktorów ds. kulturalno-oświatowych; 0,25 etatu kapelana.

⁴⁸ Liczba osób w przeliczeniu na etaty wyniosła łącznie 40,03 i kształtowała się następująco: trzy etaty pracowników socjalnych; 3,83 etatów pielęgniarek; 27 etatów opiekunów; jeden etat rehabilitanta; 3,5 etatów terapeutów; 0,25 etatu psychologa; 1,2 etatu instruktorów ds. kulturalno-oświatowych; 0,25 etatu kapelana.

⁴⁹ Liczba osób w przeliczeniu na etaty wyniosła łącznie 36,43 i kształtowała się następująco: 2,5 etatów pracowników socjalnych; 4,83 etatów pielęgniarek; 23 etaty opiekunów; jeden etat rehabilitanta; 3,5 etatów terapeutów; 0,35 etatu psychologa; 1 etat instruktora ds. kulturalno-oświatowych; 0,25 etatu kapelana.

⁵⁰ Jeden z psychologów zatrudnionych na umowę o pracę przebywał był długotrwale nieobecny w pracy. Nieobecność była usprawiedliwiona.

⁵¹ Trzy pielęgniarki, jeden lekarz, jeden opiekun.

⁵² Jeden lekarz, jeden opiekun, jeden psycholog.

⁵³ Jedna pielęgniarka, jeden lekarz, jeden opiekun.

⁵⁴ Pracownik administracji.

⁵⁵ Pracownik administracji i gospodarczy oraz obsługi.

⁵⁶ Dwóch pracowników administracji oraz jeden pracownik gospodarczy oraz obsługi.

Przez cały okres objęty kontrolą na umowę o pracę zatrudnione były trzy pracownice socjalne, przy czym jedna z nich była długotrwale nieobecna w pracy⁵⁷, a od 1 kwietnia 2023 r. została zatrudniona na pół etatu. Liczba zatrudnionych, na pełen etat, pracowników socjalnych była adekwatna do wymogów § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym warunkiem efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców Domu.

W latach 2021-2022 (według stanu na 31 grudnia) wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosił odpowiednio 0,47 oraz 0,48, a tym samym nie spełniał wymogów określonych w § 6 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie którym wskaźnik zatrudnienia dla domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób przewlekle psychicznie chorych wynosi 0,5. W 2023 r. Dom osiągnął wymagany rozporządzeniem wskaźnik zatrudnienia.

(akta kontroli tom I str. 193, 273, tom III str. 243)

Z mieszkańcami Domu pracowali zarówno psycholodzy, jak i lekarz psychiatra. Według stanu na 31 grudnia, danego roku objętego kontrolą, forma zatrudnienia tych osób oraz wymiar ich czasu pracy był następujący:

- w latach 2021-2024, na podstawie umowy o świadczeniu usług, jeden psychiatra był dostępny dla mieszkańców stacjonarnie, nie rzadziej niż trzy razy w miesiącu (lata 2021-2022) oraz nie rzadziej niż dwa razy w miesiącu (2023-2024). Ponadto, w formie konsultacji telefonicznych, lekarz udzielił w 2021 r. – siedmiu konsultacji, w 2022 r. – 15; w 2023 r. – 23; w 2024 r. (do 30 kwietnia) – siedmiu;
- w 2021 r. dla mieszkańców dostępny był jeden psycholog zatrudniony na podstawie umowy o pracę na 0,25 etatu. Psycholog był dostępny dla mieszkańców według miesięcznego indywidualnego harmonogramu czasu pracy. W 2021 r. odbył 369 konsultacji z mieszkańcami. W 2022 r. na umowach zlecenia zatrudnionych było dwóch psychologów, jeden w okresie od 7 stycznia do 30 czerwca na 0,07 etatu tj. ok. 12 godzin w miesiącu, a drugi w okresie od 1 lipca do 31 grudnia na 0,1 etatu tj. ok. 16 godzin w miesiącu. W 2023 r. zatrudniono jednego psychologa, w okresie od 7 marca do 30 września na podstawie umowy zlecenia, na 0,05 etatu tj. ok 8 godzin w miesiącu, a w okresie od 1 października do 31 marca 2024 r. na umowę o pracę na 0,1 etatu tj. ok 16 godzin w miesiącu. Psycholog był dostępny według indywidualnego miesięcznego harmonogramu pracy.

(akta kontroli tom I str. 174-175)

Zdaniem NIK tak mała liczba godzin dostępności psychologa dla mieszkańców Domu ogranicza możliwość realizacji Indywidualnych Planów Wsparcia⁵⁸, w zakresie zajęć z rehabilitacji społecznej i z psychologiem. Ponadto, zdaniem NIK, w Domu, który jest przeznaczony dla osób przewlekle psychicznie chorych, stała obecność lekarza psychiatry oraz psychologa jest niezbędna, aby systematycznie monitorować przebieg procesu leczenia, a w przypadku pogorszenia stanu psychicznego mieszkańca móc podjąć natychmiastowe działanie.

Dyrektor wyjaśniła, że bardzo trudno jest zatrudnić psychiatrę w DPS ze względu na ograniczone możliwości finansowe jednostki. Psychologowie również rezygnowali z powodów finansowych i możliwości zatrudnienia w innym miejscu na lepszych warunkach finansowych bądź otworzenia prywatnej praktyki. Problemy zatrudnienia psychiatry i psychologa sygnalizowano w formie ustnej w jednostkach nadzorujących tj. PCPR i Starostwie Powiatowym w Pułtusku. Zwracano się również do Urzędu Pracy w sprawie pozyskania pracowników, niestety bez skutku.

⁵⁷ Nieobecność usprawiedliwiona.

⁵⁸ Dalej także: IPW bądź plan.

(akta kontroli tom II str. 373-374)

W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 1 marca 2023 r., w formie wolontariatu, z mieszkańcami DPS, pracował jeden psycholog. W tej formie świadczone były usługi w zakresie wsparcia psychologicznego na rzecz mieszkańców. Wolontariusz był dostępny dla mieszkańców przez ok. osiem godzin w miesiącu. W latach 2021-2023 był to jedyny wolontariat, w ramach którego pracowano z mieszkańcami Domu.

(akta kontroli tom I str. 202)

- 1.4. Dom mieścił się w budynku parterowym pozbawionym barier architektonicznych, wyposażonym w system przyzywowo-alarmowy oraz przeciwpożarowy. Teren Domu był ogrodzony, w jego otoczeniu również nie było barier architektonicznych, czym spełniał warunki w zakresie usług bytowych określone w § 6 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DPS. W Domu znajdowała się również jedna palarnia usytuowana na parterze budynku, która była dostępna dla osób palących.

Objęte oględzinami trzy pokoje mieszkalne wyposażone⁵⁹ były, zgodnie z wymogami § 6 ust. 1 pkt 3 lit. c rozporządzenia w sprawie DPS, tj. w łóżka, szafy, stół, krzesła, szafki nocne dla każdego mieszkańca. Pokoje były czyste i wolne od nieprzyjemnych zapachów, a powierzchnia przypadająca na jednego mieszkańca wynosiła nie mniej niż 6 m², co odpowiadało wymogom zawartym w § 6 ust. 1 pkt 3 lit. b oraz pkt 5 rozporządzenia w sprawie DPS. W jednym z trzech objętych oględzinami pokoiów największa różnica między współlokatorami wyniosła 31 lat⁶⁰. Dyrektor oświadczyła, że dobór mieszkańców do pokoju nastąpił na prośbę i za zgodą obydwu mieszkańców. Nie sprawdziły się wcześniejsze propozycje umieszczenia w jednym pokoju współlokatorów w podobnym wieku. Starszy z mieszkańców, który mieszkał w tym pokoju od początku swojego pobytu skarżył się na swoich współlokatorów i prosił o zmianę.

(akta kontroli tom I str. 205-209)

W pokojach, przy każdym łóżku, jak i w znajdujących się w nich łazienkach, dostępny był działający w dniu oględzin, system przyzywowo-alarmowy, a w każdej łazience znajdowała się kabina prysznicowa wyposażona w zasłonkę. Oddzielna łazienka była dostępna dla osób leżących. W pokoju czteroosobowym, który zgodnie z wymogami § 6 ust. 1 pkt 3 lit. b tiret drugie rozporządzenia w sprawie DPS przeznaczony był dla osób leżących, w dniu oględzin, znajdowała się jedna osoba, a w pokoju nie było parawanów, które zapewniały poczucie godności i intymności. Dyrektor oświadczyła, że Dom dysponuje trzema parawanami umożliwiającymi wykonywanie czynności higienicznych z poszanowaniem intymności i godności osobistej mieszkańców, a parawany przynoszone są według potrzeb. Natomiast pozostała trójka nieobecnych mieszkańców znajdowała się w salach terapii. Pomimo, że były to osoby całkowicie niesamodzielne to jednak ich stan zdrowia pozwalał na bierny udział w zajęciach terapii i umożliwiał poruszanie się przy pomocy opiekuna na wózku inwalidzkim.

(akta kontroli tom I str. 205-209)

Niemniej jednak ustalenia kontroli wykazały, że wystąpiły przypadki zamieszkiwania osób sprawnych ruchowo w pokojach czteroosobowych, co naruszało zapisy § 6 ust. 1 pkt 3 lit. b tiret drugie rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym pokój mieszkalny wieloosobowy w przypadku osób leżących przeznaczony jest dla nie więcej niż czterech osób. *O czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli tom I str. 203)

Mieszkańcy mieli do dyspozycji salę do rehabilitacji. Sala była wyposażona m.in. w kabinę ugul⁶¹ wraz z zestawem zawieszek, linek i bloczków, aparat do

⁵⁹ Pokój dwuosobowy – nr 18, trzyosobowy – nr 42 i czteroosobowy – nr 41.

⁶⁰ W pokoju dwuosobowym zamieszkiwali mężczyźni w wieku 64 lat i 33 lat. W pozostałych pokojach tj. trzyosobowym największa różnica między najstarszą a najmłodszą współlokatorką wynosiła pięć lat, a w pokoju czteroosobowym największa różnica między najstarszą a najmłodszą współlokatorką wynosiła 22 lata, a najmniejsza trzy lata.

⁶¹ Kabina Ugul – przeznaczona jest do stosowania w kinezyterapii indywidualnej. Kabina zbudowana jest z osiatkowanych elementów tworzących trzy ściany i sufit. Kabina stanowi bazę do wykorzystania systemu podwieszek i ciężarków.

magnetoterapii, aparat do laseroterapii, aparat do drenażu limfatycznego, aparat do ultradźwięków, lampę do fototerapii, tablicę do ćwiczeń manualnych, kriosystem, pionizator, bieżnię, rowerek stacjonarny. Ponadto w dwóch salach odbywała się terapia zajęciowa. Mieszkańcy mogli być objęci terapią m.in. psychologiczną, uzależnień, muzyczną oraz plastyczną. Organizowano także zajęcia kulinarne i krawieckie, a do dyspozycji mieszkańców pozostawały również trzy komputery oraz kącik czytelniczy.

(akta kontroli tom I str. 205-209)

Mieszkańcom zapewniono trzy posiłki dziennie, w tym jeden posiłek gorący, a także posiłki dietetyczne, zgodnie z zaleceniami lekarza. Mieszkańcy mieli możliwość otrzymania posiłku dodatkowego. Podstawowe produkty żywnościowe takie jak m.in. kanapki z dżemem oraz napoje były dostępne przez całą dobę. Ponadto Dom otrzymywał w formie darowizny, raz w tygodniu, nabiał (w formie m.in. jogurtów) który był mieszkańcom udostępniany podczas posiłków bądź na ich życzenie. Z otrzymanych produktów były przygotowywane dodatkowe posiłki w celu urozmaicenia menu w ciągu dnia.

(akta kontroli tom I str. 248-249, tom II str. 382)

Ogólny tygodniowy jadłospis był wywieszony przed wejściem na stołówkę i obejmował: śniadanie, obiad oraz kolację. Natomiast jadłospisy dla poszczególnych diet, w tym cukrzycowej i wątrobowej były dostępne u personelu pracującego na stołówce. Godziny, w których wydawano posiłki, zgodnie z informacją znajdującą się przed wejściem na stołówkę, nie uwzględniały dwugodzinnego czasu wydania każdego posiłku i dodatkowo różniły się od czasu wskazanego w regulaminie mieszkańców. *O czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli tom I str. 248-249)

W Domu do dyspozycji mieszkańców pozostawał jeden odrębny pokój do spotkań z rodziną. Nie było natomiast oddzielnego pokoju do spotkań intymnych, a także izolatki. Dyrektor oświadczyła, że z uwagi na fakt, że psycholog był w wyznaczone dni w miesiącu pokój, z którego korzystał mógł zostać udostępniony mieszkańcom do spotkań intymnych. W odniesieniu do braku izolatki Dyrektor wyjaśniła, że ze względu na warunki lokalowe Dom nie posiada izolatki, a w sytuacji gdy mieszkaniowiec może stanowić zagrożenie dla współmieszkańców wzywa się karetkę pogotowia i Policję.

(akta kontroli tom I str. 209, tom II str. 382)

Analiza prowadzonej w DPS wewnętrznej dokumentacji, w której odnotowywano sprzątanie pomieszczeń i pokoi mieszkalnych, w sierpniu 2023 r., a także wymianę pościeli oraz ręczników, w maju 2023 r. wykazała, że:

- dokumentowano codzienne sprzątanie pomieszczeń mieszkalnych, co było zgodne z § 6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie DPS, według którego pomieszczenia mieszkalne domu są czyste, sprzątane w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz dziennie, estetyczne i wolne od nieprzyjemnych zapachów;
- prowadzono jeden rejestr, w którym dokumentowano zmianę pościeli oraz ręczników. Zgodnie z zapisami znajdującymi się w rejestrze zarówno pościel, jak i ręczniki były zmieniane w tych samych dniach, bez zachowania częstotliwości wymiany, która wynikała z § 6 ust. 1 pkt 8 lit. b oraz c rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym, ręczniki zmieniane są w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz na tydzień, a pościel zmieniana jest w razie potrzeby, nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie;
- nie udokumentowano dokonania zmiany zarówno pościeli, jak i ręczników wszystkim mieszkańcom przebywającym w Domu, w maju 2023 r. Na 101 przebywających w tym miesiącu mieszkańców, odnotowano zmianę pościeli i ręczników sześciu osobom (6% wszystkich mieszkańców);

- z zapisów dokumentujących zmianę pościeli, w maju 2023 r., wynika, że tylko jednemu mieszkańcowi (z sześciu, którym zmieniono pościel) została ona zmieniona po 14 dniach od poprzedniej zmiany, co było zgodne z wymogami § 6 ust. 1 pkt 8 lit c rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym pościel zmieniana jest w miarę potrzeb, nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie. Natomiast w przypadku pozostałych pięciu mieszkańców, zapisy w rejestrze wskazują, że poprzednia zmiana pościeli odbyła się w okresie od 36 do 118 dni przed zmianą w maju. Dodatkowo, ww. sześciu mieszkańcom, kolejny raz zmieniono pościel po upływie od 34 do 222 dni, od zmiany dokonanej w maju, co było niezgodne z częstotliwością zmiany określoną w § 6 ust. 1 pkt 8 lit c rozporządzenia w sprawie DPS;
- z zapisów dokumentujących zmianę ręczników, w maju 2023 r., wynika, że nie dochowano częstotliwości zmiany wynikającej z § 6 ust. 1 pkt 8 lit b rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym ręczniki zmieniane są w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz na tydzień. W przypadku sześciu mieszkańców, którym zmieniono ręczniki w maju 2023 r., zapisy w rejestrze wskazują, że poprzednia zmiana miała miejsce od 14 do 118 dni przed zmianą w maju, a kolejnej dokonano po upływie od 34 do 222 dni po zmianie w maju.

(akta kontroli tom I str. 257-260)

Ponadto w DPS, w żadnym regulaminie bądź procedurze, nie zawarto obowiązku dokumentowania dokonanych zmian pościeli i ręczników.

Dyrektor wyjaśniła, że brak obowiązku dokumentowania zmian pościeli i ręczników wynikał z faktu, że obowiązujące przepisy nie nakładają obowiązku prowadzenia pisemnego rejestru sprzątanego pokoi i pomieszczeń mieszkalnych oraz wymiany pościeli i ręczników mieszkańców.

(akta kontroli tom II str. 272)

- 1.5. Zespół T-O do 18 kwietnia 2023 r., tworzyli: pracownik pierwszego kontaktu, pielęgniarka, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy, opiekun, psycholog, rehabilitant, lekarz psychiatra (w razie potrzeby)⁶². Od 18 kwietnia 2023 r. skład zespołu został poszerzony o głównego specjalistę działu terapeutyczno-opiekuńczego, kapelana, pokojową, terapeutę (instruktora terapii)⁶³.

(akta kontroli tom I str. 268-271)

Badanie uczestnictwa 20 pracowników wchodzących w skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w szkoleniach z zakresu praw mieszkańców, kierunków prowadzonej terapii, metod pracy z mieszkańcem wykazało, że w okresie objętym kontrolą, każdy z nich wziął udział w szkoleniu, co było zgodne z § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym pracownicy zespołu terapeutyczno-opiekuńczego uczestniczyli co najmniej raz na dwa lata w organizowanych przez dyrektora domu szkoleniach na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii. Szkolenia takie odbywały się w 2021 r. i 2023 r. Dodatkowo w 2022 r. odbyło się również szkolenie z zakresu pierwszej pomocy. W szkoleniu tym nie wziął udziału instruktor terapii zajęciowej (który był pracownikiem pierwszego kontaktu) oraz pracownik socjalny, który przebywał na urlopie o charakterze rodzicielskim. Osoby te zostały przeszkolone z zakresu pierwszej pomocy 3 kwietnia 2024 r.

(akta kontroli tom I str. 274-276, 288-289)

- 1.6. Zasady, tryb przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków określał rozdział VI regulaminu organizacyjnego Domu. Zgodnie z jego zapisami merytoryczne rozpatrywanie skarg i wniosków należało do Dyrektora. Natomiast przyjęcia

⁶² Zgodnie z Zarządzeniem nr 8/2017 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku z 5 maja 2017 r. w sprawie powołania zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku.

⁶³ Zgodnie z Zarządzeniem nr 6/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku z 18 kwietnia 2023 r. w sprawie powołania zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku. Terapeuta zajęciowy został zastąpiony instruktorem ds. kulturalno-oświatowych, a rehabilitant technikiem fizjoterapii.

w sprawach skarg i wniosków odbywały się w każdy wtorek w godzinach od 7:00 do 15:00.

Prowadzono rejestr skarg i wniosków, który zawierał m.in. datę wpływu pisma, imię i nazwisko osoby, która składała skargę/wniosek bądź nazwę instytucji, adres składającego skargę/wniosek, przedmiot skargi, datę zlecenia załatwienia, wskazanie osoby, której zlecono załatwienie skargi, termin załatwienia, sposób załatwienia, datę wysłania zawiadomienia, określenie osoby/podmiotu, który został zawiadomiony.

(akta kontroli tom I str. 48, 314-315)

W okresie objętym kontrolą w rejestrze skarg i wniosków odnotowano łącznie dwie skargi, jedną w 2023 r. i jedną w 2024 r. Skargi, złożone przez mieszkankę Domu dotyczyły, niewłaściwego zachowania pracowników i mieszkańców DPS. W obu przypadkach zostały przeprowadzone rozmowy wyjaśniające zarówno z mieszkanką, pozostałymi mieszkańcami Domu, jak i pracownikami DPS.

(akta kontroli tom I str. 317, 323-326)

W ramach kontroli zarządczej formułowano działania oraz cele, określano mierniki działania i jego przebieg. Definiowano zarówno czynniki ryzyka, które mogą przyczynić się do błędnego wykonania procesu, jak również prawdopodobieństwo ich wystąpienia, a także skutki oraz odpowiedź na ryzyko. W każdym roku objętym kontrolą w ramach działań, które dotyczą praw mieszkańców Domu ujmowano:

- świadczenie usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających, edukacyjnych, zapewnienie całodobowej opieki, w celu zapewnienia mieszkańcom właściwych usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i terapeutycznych zgodnie ze standardami;
- ochronę praw mieszkańców, ochronę danych mieszkańców w celu zapewnienia mieszkańcom intymności, godności i poczucia bezpieczeństwa;
- ochronę zdrowia mieszkańców i zapewnienie dostępu do opieki medycznej, dla dobrego stanu zdrowia mieszkańców;
- wsparcie mieszkańców w rozwiązywaniu ich problemów życiowych dla ułatwienia adaptacji mieszkańców w nowym środowisku.

(akta kontroli tom III str. 269-278)

NIK zauważa, że skala i waga stwierdzonych nieprawidłowości wskazuje, iż przyjęte przez Dyrektora mechanizmy kontroli zarządczej nie były wystarczające dla zapewnienia przestrzegania wszystkich praw mieszkańców.

Z informacji uzyskanych, w trakcie kontroli, z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie⁶⁴ w Pułtusku wynika, że do PCPR wpłynęła jedna skarga dotycząca nieprzestrzegania praw mieszkańca Domu. Sprawa dotyczyła upublicznienia w mediach społecznościowych wizerunku nagiej mieszkanki DPS podczas wykonywania czynności higienicznych. PCPR po otrzymaniu informacji przeprowadziło kontrolę doraźną, podczas której sprawdzano poziom świadczonych usług na rzecz mieszkańców, w tym przestrzeganie praw mieszkańców oraz zapewnienie kadrze Domu szkoleń w tym zakresie. PCPR zorganizowało dla pracowników Domu szkolenie pt. „Poszanowanie praw mieszkańca w kontekście postaw etycznych pracowników domów pomocy społecznej”.

Ponadto z informacji przekazanych przez Starostwo Powiatowe w Pułtusku oraz Mazowiecki Urząd Wojewódzki wynika, że w okresie objętym kontrolą, do ww. instytucji nie wpływały skargi dotyczące nieprzestrzegania praw mieszkańców DPS w Pułtusku.

(akta kontroli tom I str. 328, 330, 332-333)

W okresie objętym kontrolą w DPS, przeprowadzono łącznie 18 kontroli. I tak:

⁶⁴ Dalej także: PCPR.

- w 2021 r. odbyły się dwie kontrole, jedną przeprowadził Sąd Rejonowy w Pułtusk, a drugą PCPR. Żadna z kontroli nie sformułowała zaleceń pokontrolnych;
- w 2022 r. przeprowadzono łącznie siedem kontroli, w tym trzy kontrole PCPR, dwie kontrole Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Pułtusk⁶⁵, jedna kontrola Sądu Rejonowego w Pułtusk i jedna Wydziału Zarządzania Kryzysowego Starostwa Powiatowego w Pułtusk. Tylko Inspektor Sanitarny wydał zalecenia pokontrolne polegające m.in. na zbadaniu ciepłej wody w kierunku bakterii Legionella. Badania wykonano, a ich wynik był bez zastrzeżeń;
- w 2023 r. przeprowadzono łącznie osiem kontroli, w tym dwie kontrole PCPR, dwie kontrole Sądu Rejonowego w Pułtusk, dwie kontrole Inspektora Sanitarnego, jedna kontrola Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie⁶⁶, jedna kontrola Wojewody Mazowieckiego. Zalecenia pokontrolne wydał WCPR i polegały one m.in. na poprawie dostępności mieszkańców do systemu przyzywowo-alarmowego, terminowego sporządzania Indywidualnych Planów Wsparcia Mieszkańca⁶⁷ oraz ich aktualizacji, wyeliminowania sytuacji, w których mieszkańcy składają oświadczenia wzajemnie się wykluczające (oświadczenie mieszkańca o rezygnacji z oferowanych przez DPS bezpiecznych form przechowywania środków finansowych i przedmiotów wartościowych z jednoczesną prośbą o prowadzenie rachunku depozytowego). Inspektor Sanitarny, po stwierdzeniu średniego skażenia w łaźni oraz łazience jednego pokoju instalacji ciepłej wody nakazał m.in. doprowadzenie jakości wody ciepłej z instalacji ciepłej wody do wymaganych standardów, dokonanie przeglądu technicznego sieci oraz sprawdzenia temperatury wody i wykonania badań próbek wody. PCPR, po przeprowadzonej kontroli (w związku ze zgłoszoną skargą dotyczącą upublicznienia wizerunku mieszkanki), zobowiązał DPS m.in. do wzmożenia nadzoru nad pracą personelu zatrudnionego w Domu, ustalenia reguł korzystania przez pracowników z telefonów komórkowych i innych urządzeń elektronicznych na terenie Domu, podjęcia działań w celu utrwalenia wśród pracowników wiedzy na temat praw i bezpieczeństwa mieszkańców. Zalecenia sformułowane przez kontrole zostały przez DPS zrealizowane.
- w 2024 r. (do 31 stycznia) przeprowadzono jedną kontrolę. Kontrolę przeprowadził PCPR i nie formułował zaleceń pokontrolnych.

Ponadto, w okresie objętym kontrolą, zostały przeprowadzone audyty wewnętrzne przez inspektora ochrony danych osobowych w 2022 r., 2023 r., i 2024 r., a także przez Starostwo Powiatowe w Pułtusk w 2023 r. Inspektor zarówno w 2022 r., jak i w 2024 r. nie formułował rekomendacji, a w 2023 r. wniósł o weryfikację upoważnień do przetwarzania danych osobowych pracowników pierwszego kontaktu oraz umocowania ich możliwości dostępu do dokumentacji dotyczącej mieszkańców Domu. Natomiast audyt Starostwa nie wykazał nieprawidłowości w zakresie m.in. rozporządzania dochodami mieszkańców.

(akta kontroli tom I str. 234-253)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Liczba mieszkańców przebywających w Domu Pomocy Społecznej w Pułtusk, według stanu na 31 grudnia w latach 2021-2023 oraz 19 lutego 2024 r. wynosiła odpowiednio 102, 100, 100, 99 mieszkańców i przekraczała limit miejsc, określony w § 3 ust. 2 statutu

⁶⁵ Dalej także: Inspektor Sanitarny.

⁶⁶ Dalej także: WCPR.

⁶⁷ Dalej także: IPW.

Domu oraz wynikający z wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie DPS skierowanego do Wojewody Mazowieckiego⁶⁸ tj. 96 osób.

(akta kontroli tom I str. 27)

Dyrektor wyjaśniła, że przekroczenie limitu miejsc wynikało m.in. z pilnego umieszczenia osoby, także poza kolejnością, zgodnie z § 9 rozporządzenia w sprawie DPS. W 2021 r. przyjęto trzy takie osoby, a w 2022 r. - dwie. Ponadto wpływ na przekroczenie limitu miały też długotrwałe pobyty mieszkańców w szpitalach psychiatrycznych, w tym na oddziałach rehabilitacyjnych psychiatrycznych (po sześć, dziewięć miesięcy) oraz na urlopach, toczące się postępowanie dotyczące kilku mieszkańców (około siedem osób), którzy złożyli do sądu wnioski o zmianę postanowienia w celu powrotu do środowiska.

(akta kontroli tom II str. 270)

2. Wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu T-O według stanu na 31 grudnia 2021 r. i 2022 r., w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosił odpowiednio 0,47 oraz 0,48 i nie spełniał wymogów określonych w § 6 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym wskaźnik zatrudnienia dla domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób przewlekle psychicznie chorych wynosi 0,5.

(akta kontroli tom I str. 193, tom III str. 244)

Dyrektor wyjaśniła, że w związku z brakiem jasno określonych wytycznych co do sposobu i proporcji w liczeniu wskaźnika uwzględniano również inne stanowiska (dyrektor, z-ca dyrektora, księgowy⁶⁹, kapelan, pokojowa, pomoc kuchenna, kierowca samochodu osobowego, robotnik gospodarczy, pracznia) powiązane z kontaktem z podopiecznymi, procentowo, adekwatnie do poświęcanego czasu pracy. Ponadto w związku z epidemią COVID-19 odeszły z pracy dwie pielęgniarki (tj. 1,5 etatu), ponieważ nie mogły pracować równolegle w dwóch placówkach, a kolejna pielęgniarka (jeden etat) i opiekun (jeden etat) odeszli z pracy w związku z powikłaniami „po-covidowymi”.

(akta kontroli tom III str. 243)

3. W pokojach mieszkalnych przeznaczonych dla osób leżących zamieszkiwały osoby poruszające się samodzielnie. I tak: w jednym pokoju czteroosobowym przebywały dwie osoby leżące razem z osobami sprawnymi ruchowo, a w dwóch pokojach czteroosobowych mieszkali osoby poruszające się samodzielnie bądź za pomocą balkonika. Powyższe było niezgodne z § 6 ust. 1 pkt 3 lit. b tiret drugie rozporządzenia w sprawie DPS zgodnie z którym pokój mieszkalny wieloosobowy w przypadku osób leżących przeznaczony jest dla nie więcej niż czterech osób.

(akta kontroli tom I str. 203, tom II str. 382)

Dyrektor wyjaśniła, że zamieszkiwanie w pokojach czteroosobowych osób poruszających się samodzielnie bądź za pomocą balkonika wynikało z warunków lokalowych. Ponadto wspólne zamieszkiwanie osób leżących z chodzącymi było podyktowane również tym, że osoby leżące nie były w stanie samodzielnie wezwać pomocy, a osoba chodząca służyła pomocą.

(akta kontroli II str. 382)

4. Wydawanie posiłków, zgodnie z informacją znajdującą się przed wejściem na stołówkę, nie uwzględniało, przewidzianego w § 6 ust. 1 pkt 6 lit c rozporządzenia w sprawie DPS, dwugodzinnego czasu, w którym każdy posiłek powinien być wydawany, a dodatkowo godziny, w których wydawano posiłki różniły się od godzin wskazanych w § 6 ust. 1 pkt 3 lit. a regulaminu mieszkańców. I tak: z informacji znajdującej się na tablicy wywieszonej przed stołówką wynikało, że posiłki wydawane były w godzinach: śniadanie od 7:30 (grupa I), od 8:00 (grupa II); obiad od 12:30 (grupa I), od 13:00 (grupa II), kolacja od 16:40 (grupa I), od 17:10 (grupa II). Natomiast zapisy regulaminu

⁶⁸ Wniosek z dnia 8 września 2016 r.

⁶⁹ W zakresie depozytów.

mieszkańców określały czas wydawania posiłków na: śniadanie od godziny 8:00 do 10:00, obiad od godziny 12:00 do godziny 14:00, kolacja od godziny 17:00 do godziny 19:00. W toku kontroli informacja o godzinach, w których wydawane były posiłki, została poprawiona i uwzględniała dwugodzinny czas, w którym każdy posiłek był wydawany.

(akta kontroli tom I str. 205-209, 249)

Dyrektor wyjaśniła, że informacja zawieszona przed stołówką określała godziny, od których wydawane były poszczególne posiłki, ze względów organizacyjnych w podziale na dwie grupy. W związku z dostarczaniem posiłków w ramach usługi cateringowej zależało nam, aby każdy mieszkaniec otrzymał gorący pełnowartościowy posiłek. Z doświadczenia oraz wychodząc naprzeciw potrzebom mieszkańców, którzy oczekują jeszcze przed wyznaczonymi godzinami w okolicach stołówki, uelastyczniliśmy godziny wydania posiłków. Nawet po upływie dwóch godzin wydania poszczególnych posiłków mieszkańcy otrzymują posiłek. Regulamin mieszkańców w odniesieniu do godzin wydawania posiłków został zaktualizowany. Uwzględnia on rzeczywiste godziny, w których posiłki są wydawane, a te są zgodne z informacją znajdującą się przed stołówką.

(akta kontroli tom II str. 380-381, tom III str. 250-253)

Z uwagi na usunięcie w trakcie kontroli powyższej nieprawidłowości NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego.

5. Nierzetelnie prowadzono, w okresie objętym kontrolą, dokumentację potwierdzającą dokonanie zmian pościeli i ręczników na rzecz mieszkańców Domu poprzez:

- prowadzenie *Rejestru zmiany pościeli i ręczników DPS Pułtusk*, który nie uwzględniał częstotliwości zmian określonej w § 6 ust. 1 pkt 8 lit b oraz c rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym ręczniki zmieniane są w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz na tydzień, a pościel zmieniana jest w razie potrzeby, nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie;
- nieodnotowywanie w *Rejestrze zmiany pościeli i ręczników DPS Pułtusk* zarówno wszystkich mieszkańców, którym wymieniono ręczniki oraz pościel, jak również dat, w których dokonano tych zmian.

(akta kontroli tom I str. 259-260)

Dyrektor wyjaśniła, że rozporządzenie w sprawie DPS nie narzuca obowiązku prowadzenia rejestrów pościeli czy ręczników. Prowadzony przez pracowników wewnętrzny rejestr pościeli i ręczników nie spełnił swojej roli, nie odzwierciedla bowiem wszystkich zmian pościeli i ręczników zgodnie ze stanem faktycznym. Wymiana pościeli oraz ręczników była dokonywana zgodnie z obowiązującymi standardami, natomiast przyczyną jej nieregularnego udokumentowania była duża ilość pracy wykonywanej przez pracowników. Od 1 marca br. wprowadzono oddzielne rejestry dla wymiany pościeli i ręczników, które faktycznie będą dokumentowały wykonywane przez pracowników czynności.

(akta kontroli tom III str. 273)

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

Z uwagi na usunięcie w trakcie kontroli powyższej nieprawidłowości NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego.

6. W procedurze przyjmowania leków przez mieszkańców Domu Pomocy Społecznej, wprowadzonej w 2016 r., w pkt 2 zawarto zapis, że *na dyżurze nocnym leki podaje pielęgniarka, a podczas jej nieobecności opiekun medyczny bądź upoważniona osoba*, co z uwagi na zatrudnienie w Domu, w okresie objętym kontrolą osób, które zdobyły dyplom kwalifikacji w zawodzie opiekuna medycznego w oparciu o podstawę

programową obowiązującą przed 2019 r. i z 2019 r., było niezgodne z załącznikiem nr 20 do rozporządzenia w sprawie podstaw programowych (w brzmieniu obowiązującym do 31 sierpnia 2021 r.) w zakresie kwalifikacji MED. 0.3. *Świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej*. Zgodnie z pkt 5, ppkt 5 ww. kwalifikacji opiekun medyczny wykonuje określone zabiegi i czynności na zlecenie i pod nadzorem lekarza lub pielęgniarki, w tym w szczególności: pomaga osobie chorej i niesamodzielnej w przyjmowaniu leków zleconych przez lekarza różnymi drogami (doustnie, przez skórę i na błony śluzowe), a w przypadku osób, które nie są w stanie samodzielnie przyjąć leku, również podaje go bezpośrednio do ust lub na skórę, bez naruszania powłok skórnych. W związku z powyższym po przygotowaniu i rozłożeniu leków przez pielęgniarkę, pod jej nadzorem, ich podania mieszkańcom mógł dokonać opiekun medyczny.

(akta kontroli tom II str. 121)

Dyrektor wyjaśniła, że procedura podawania leków mieszkańcom nie została zaktualizowana, zawiera błędny zapis, że *na dyżurze nocnym leki podaje pielęgniarka, a podczas jej nieobecności opiekun medyczny bądź upoważniona osoba*. Leki mieszkańcom były podawane wyłącznie przez pielęgniarkę, opiekun medyczny ani żadna inna osoba, nie mieli uprawnień w tym zakresie. Procedura została zaktualizowana.

(akta kontroli tom II str. 376, tom III str. 247-243)

Z uwagi na usunięcie w trakcie kontroli powyższej nieprawidłowości NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego.

OCENA CZĄSTKOWA

Dom spełniał warunki w zakresie usług bytowych, poprzez m.in. brak barier architektonicznych w budynku jak i w jego otoczeniu, funkcjonujący system przyzywowo-alarmowy, czyste pokoje mieszkalne spełniające wymóg minimalnej powierzchni i wyposażenia. Mieszkańcom zapewniono trzy posiłki dziennie, a także możliwość otrzymania posiłku dodatkowego oraz posiłku zgodnego z zaleconą przez lekarza dietą. Zapewniono cykliczność szkoleń pracowników Zespołu T-O, liczba pracowników socjalnych była zgodna z wymogami rozporządzenia w sprawie DPS, a w 2023 r. osiągnięto wymagany wskaźnik zatrudnienia w Zespole T-O. Dyrektor każdorazowo realizowała zalecenia pokontrolne. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in. dopuszczenia w procedurze przyjmowania leków przez mieszkańców Domu Pomocy Społecznej z 2016 r. możliwości, aby na dyżurze nocnym, w razie nieobecności pielęgniarki, leki mieszkańcom mógł podać opiekun medyczny bądź upoważniona osoba, co mogło narazić mieszkańców na niebezpieczeństwo; przekroczenia określonej w zezwoleniu Wojewody Mazowieckiego maksymalnej liczby mieszkańców Domu; nierzetelnego prowadzenia dokumentacji potwierdzającej wymianę pościeli i ręczników; nieosiągnięcia w 2021 r. i 2022 r. wymaganego wskaźnika zatrudnienia w zespole T-O; zamieszkiwania w pokojach czteroosobowych, które przeznaczone były dla mieszkańców leżących, osób sprawnych ruchowo.

OBSZAR 2. Realizacja usług świadczonych na rzecz mieszkańców i przestrzeganie ich praw

Opis stanu faktycznego 2.1. W okresie objętym kontrolą żadnemu mieszkańcowi Domu lekarz nie wydał zaświadczenia, które wskazywałoby na zasadność ograniczenia mu samodzielnych wyjść poza teren DPS, a tym samym Dyrektor Domu nie skorzystała z możliwości przewidzianej w art. 55 ust. 2b ustawy o pomocy społecznej tj. nie ograniczyła możliwości samodzielnego opuszczania Domu przez mieszkańca na podstawie zaświadczenia lekarza.

(akta kontroli tom II str. 1, 271)

Dyrektor wyjaśniła, że w Domu przebywały osoby, którym podczas wyjść poza teren DPS towarzyszył opiekun bądź inny współmieszkaniec, ze względu na obawę, że mieszkani nie zna okolicy i może się zgubić. Z naszej obserwacji wynikało, że nie były to osoby niebezpieczne, stwarzające zagrożenie dla siebie lub otoczenia. Mieszkańcy byli konsultowani przez lekarza psychiatrę, który nie stwierdził zasadności wydania zaświadczenia o ograniczeniu mieszkańcowi samodzielnego opuszczania Domu.

(akta kontroli tom II str. 230)

W Domu nie obowiązywały pisemne procedury dotyczące wyjść mieszkańców poza teren DPS. Dyrektor wyjaśniła, że obowiązujące przepisy nie nakładają obowiązku uregulowania powyższej kwestii. W momencie przyjęcia każdy mieszkaniec informowany był m.in. o zasadach funkcjonowania Domu, w tym dotyczących urlopowania oraz wyjścia poza teren placówki. Po okresie adaptacji mieszkaniec miał możliwość wyjścia na spacer ewentualnie na zakupy początkowo w obecności opiekuna lub innego mieszkańca, który dobrze orientował się w terenie. Jeśli dany mieszkaniec nie sprawiał problemów podczas wyjść mógł zacząć wychodzić samodzielnie, po wcześniejszym poinformowaniu opiekunów i wypisaniu się na dyżurce. W rejestrze odnotowywane było imię i nazwisko mieszkańca, godzina wyjścia i powrotu, podpis mieszkańca oraz podpis opiekuna. Jeśli mieszkańcy chcieli wyjść na dłużej, określali orientacyjną godzinę powrotu. Wyjazdy całodienne lub kilkudniowe poza Pułtusk mieszkańcy zgłaszali do pracowników socjalnych, tam wypełniali tzw. przepustki urlopowe, które były przekazywane do opiekunów.

(akta kontroli tom II str. 271)

W latach 2021-2024 (do 20 lutego) doszło łącznie do trzech samowolnych oddaleń mieszkańców z DPS tj. dwukrotnie oddalił się jeden mieszkaniec w 2021 r., i jeden w 2022 r. Z informacji udzielonych, w toku kontroli, przez Komendę Powiatową Policji w Pułtusk, wynika że oprócz ww. samowolnych oddaleń, w okresie objętym kontrolą, nie dokonano innych zgłoszeń w tym zakresie. Dodatkowo w powyższych przypadkach nie nastąpiło przyjęcie zawiadomień o zaginięciu osoby z uwagi na fakt, że podopieczni zostali odnalezieni bądź przez pracowników Domu bądź też przez funkcjonariuszy Policji skierowanych na interwencję przez dyżurnego Komendy Powiatowej Policji w Pułtusk.

(akta kontroli tom I str. 336-337, tom II str. 2)

Zgodnie z obowiązującą procedurą o oddaleniu mieszkańca zawiadamiana była jego rodzina, a także zasięgano od niej informacji o możliwym miejscu pobytu zaginionej osoby. Zgłaszano samowolne oddalenie na Policję przekazując rysopis mieszkańca, jego zdjęcie oraz dane. W przypadku odnalezienia mieszkańca przez Policję zawiadamiano o tym fakcie rodzinę, a w przypadku odnalezienia mieszkańca przez pracowników Domu bądź jego samodzielnym powrocie, zawiadamiano rodzinę i Policję. Po powrocie mieszkańca przeprowadzano z nim rozmowę dotyczącą przyczyn i okoliczność jego samowolnego oddalenia się, a także zwiększano nad nim opiekę, w tym konsultowano psychologicznie i psychiatrycznie.

(akta kontroli tom I str. 128-129)

W przypadku mieszkańca, który w 2021 r. dwukrotnie samowolnie oddalił się z Domu, z uwagi na panujące obostrzenia sanitarne, po powrocie był on umieszczony w oddzielnym pomieszczeniu. W raportach pielęgniarskich odnotowano przeprowadzenie, po siedmiu dniach, testu na obecność wirusa SARS-CoV-2. Za każdym razem mieszkaniec podczas samowolnego oddalenia wyjeżdżał poza teren Pułtuska do innej miejscowości. Podczas samowolnego oddalenia mieszkaniec posiadał pełną zdolność do czynności prawnych. Z mieszkańcem za każdym razem, o przyczynach oddalenia, rozmawiał opiekun dyżurujący. Po pierwszym samowolnym oddaleniu, po siedmiu dniach mieszkaniec rozmawiał z psychologiem, a po drugim oddaleniu do takiej rozmowy doszło po sześciu dniach. W przypadku drugiego

samowolnego oddalenia do rozmowy telefonicznej z lekarzem psychiatrą doszło tego samego dnia, w którym mieszkaniec został odnaleziony. Każdorazowo o samowolnym oddaleniu się mieszkańca informowano Policję, a także telefonicznie jego rodzinę.

(akta kontroli tom II str. 2, 7-19)

Dyrektor wyjaśniła, że do rozmowy z psychologiem doszło odpowiednio po siedmiu i sześciu dniach po samowolnym oddaleniu się mieszkańca, z uwagi na fakt, że podopieczny został umieszczony w pokoju jednoosobowym z obawy na to, że przebywając poza Domem, w czasie epidemii COVID-19 przemieszczał się komunikacją publiczną i mógł mieć kontakt z osobą zakażoną wirusem. Natomiast, w przypadku pierwszego samowolnego oddalenia od konsultacji z psychiatrą odstąpiono, z uwagi na fakt, że stan psychiczny mieszkańca nie był niepokojący i było to pierwsze oddalenie od początku jego zamieszkania w Domu.

(akta kontroli tom II str. 300)

Drugi mieszkaniec, który samowolnie oddalił się w 2022 r. był całkowicie ubezwłasnowolniony. Został odnaleziony przez opiekuna w tym samym dniu. Po powrocie opiekunowie przeprowadzili z mieszkańcem rozmowę o przyczynach oddalenia. Po sześciu dniach od powrotu z mieszkańcem rozmawiał psycholog, nie odbyła się natomiast rozmowa z lekarzem psychiatrą. O oddaleniu mieszkańca została powiadomiona Policja, a opiekun prawny telefonicznie zawiadomił o jego oddaleniu rodzinę.

(akta kontroli tom II str. 4-6)

Dyrektor wyjaśniła, że mieszkaniec nie był konsultowany psychiatrycznie ponieważ następnego dnia po oddaleniu miał wyznaczony termin podania zastrzyku, którego właściwością jest ustabilizowanie stanu psychicznego, co w tym przypadku nastąpiło. Z obserwacji wynika, że występuje zależność pomiędzy zachowaniem danego mieszkańca, a terminem podania kolejnej dawki leku, po którym następuje poprawa stanu zdrowia. Ponadto mieszkaniec pozostawał pod stałą obserwacją personelu dyżurującego.

(akta kontroli tom II str. 300)

- 2.2. Wzór rejestru przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego został określony w załączniku nr 4 do procedury postępowania w przypadku stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego w Domu Pomocy Społecznej⁷⁰. Rejestr zawierał: imię i nazwisko osoby wobec której zastosowano przymus bezpośredni, imię i nazwisko zalecającego zastosowanie przymusu bezpośredniego oraz osób wykonujących jego stosowanie, zastosowany środek przymusu bezpośredniego, opis przyczyn jego zastosowania, czas i przebieg tj. dane określone w art. 18 c ust. 2 ustawy ozp. W okresie objętym kontrolą nie odnotowano przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego. Niemniej jednak przedstawiony do kontroli rejestr nie odpowiadał wzorowi określone w wewnętrznej procedurze. *O czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli tom II str. 32, 34-38)

Dyrektor wyjaśniła, że nie zachodziła potrzeba, aby stosować przymus bezpośredni.

(akta kontroli tom II str. 230)

W prowadzonym od 1 stycznia 2024 r. rejestrze zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS w Pułtusku nie odnotowano żadnych wydarzeń o tym charakterze. Przedstawiony do kontroli rejestr zawierał dane określone w art. 55c ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁷¹ tj. imię i nazwisko osoby zgłaszającej, datę zgłoszenia, opis i miejsce zdarzenia, informację o podjętych działaniach następczych.

(akta kontroli tom II str. 45-47)

⁷⁰ Stanowiąca załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 20/2018 z dnia 31 grudnia 2018 r. Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku.

⁷¹ Dz.U. z 2023 r. poz. 901, ze zm.

Z informacji uzyskanych zarówno od Policji, jak i od Pogotowia Ratunkowego wynika, że od 1 stycznia 2024 r. ww. służby nie były wzywane do Domu z uwagi na zdarzenia zagrażające bezpieczeństwu mieszkańców DPS tj. wypadków, samouszkodzeń, obrażeń ciała.

(akta kontroli tom I str. 336-337, 339)

2.3. Analiza dokumentacji pięciu mieszkańców Domu, w zakresie przestrzegania podstawowych praw mieszkańców przewlekłe chorych psychicznie wykazała, że:

- dwóch mieszkańców posiadało pełną zdolność do czynności prawnych, a trzech było całkowicie ubezwłasnowolnionych⁷². Opiekunami prawnymi ubezwłasnowolnionych mieszkańców, na mocy postanowienia sądu, byli pracownicy DPS. Dwóch mieszkańców wnioskowało o umieszczenie w Domu, a trzech przebywało w nim na mocy postanowienia sądu. Przy czym jeden mieszkaniiec początkowo przebywał w DPS na podstawie złożonego przez siebie wniosku, a od 30 października 2018 r. przebywał w Domu na podstawie postanowienia sądu;
- w okresie objętym kontrolą podczas pobytu w DPS, żaden z mieszkańców nie był hospitalizowany na oddziale psychiatrycznym. Wszyscy mieszkańcy podlegali okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym ich dalszy pobyt w DPS, choć nie zachowano cykliczności tych badań, a Dom nie posiadał dokumentacji potwierdzającej ich przeprowadzenie⁷³. U wszystkich mieszkańców, w całym kontrolowanym okresie, wystąpiły przypadki niedochowania sześciomiesięcznego terminu przeprowadzenia badań stanu zdrowia psychicznego, o którym mowa w art. 38 ust. 5 ustawy oop. *O czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości*;
- opłatę za pobyt mieszkańców w Domu ponosili częściowo mieszkańcy oraz gmina właściwa ze względu na ostatnie miejsce ich zamieszkania. Wszystkim mieszkańcom aktualizowano wywiady środowiskowe w części IV w związku ze zmianą dochodu wynikającą m.in. z waloryzacji świadczeń ZUS. Żaden z mieszkańców, w chwili przyjęcia do Domu, nie posiadał mienia ruchomego lub nieruchomości i w trakcie pobytu nie nabył składnika majątkowego lub mienia ruchomego;
- wszyscy mieszkańcy zajmowali pokoje wieloosobowe⁷⁴. Jeden mieszkaniiec, który był sprawny ruchowo, zajmował pokój czteroosobowy, co było niezgodne z § 6 ust. 1 pkt 3 lit. b tiret drugie rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym pokój czteroosobowy przeznaczony jest dla osób leżących. *Przypadek ten został opisany w I obszarze wystąpienia pokontrolnego*. Trzech z pięciu mieszkańców było odwiedzanych przez rodzinę⁷⁵, natomiast pozostali mieszkańcy nie posiadali rodziny bądź nie utrzymywali z nią kontaktu. Trzech z pięciu mieszkańców miało indywidualne potrzeby dietetyczne, które były zaspokajane przez DPS⁷⁶;
- mieszkańcy korzystali zarówno z usług lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jak i leczenia specjalistycznego w tym m.in. z poradni żywieniowej, neurologicznej, onkologicznej. Osoby leżące, które miały odleżyny i którym lekarze zalecili stosowne leczenie, były nim objęte. Ponadto, z raportów pielęgniarских wynika, że stosowano profilaktykę przeciwoleżynową, choć niezetelnie dokumentowano jej przeprowadzanie. *O czym szerzej w pkt 2.5*

⁷² Jeden mieszkaniiec od 16 października 2023 r., jeden od 4 października 2022 r., jeden od 18 lipca 2023 r.

⁷³ Dom nie posiadał dokumentacji dotyczącej wszystkich mieszkańców przebywających w placówce.

⁷⁴ Dwóch mieszkańców w pokoju czteroosobowym, dwóch mieszkańców w pokoju trzyosobowym, jeden mieszkaniiec w pokoju dwuosobowym.

⁷⁵ Rodzina odwiedzała mieszkańców z częstotliwością, która wahała się od jednej wizyty do pięciu w przeciągu roku.

⁷⁶ Dieta cukrzycowa, karmienie dojelitowe.

wystąpienia pokontrolnego. Profilaktyka polegała m.in. na zmianie pozycji ciała, materacu przeciwoleżynowym, odbarczaniu ucisku;

- dwóch z pięciu mieszkańców, objętych badaniem kontrolnym, samodzielnie wypłacało środki finansowe, dwóch kolejnych było osobami leżącymi, a jedna osoba z uwagi na niechęć do opuszczania budynku Domu, w celu samodzielnego zrobienia zakupów nie wypłacała samodzielnie środków finansowych;
- osobom, które samodzielnie nie wypłacały środków finansowych, w tym dwóm osobom ubezwłasnowolnionym (były to osoby leżące), zakupy robili opiekunowie oraz opiekunowie prawni. Zakupy były robione na faktury przelewowe, na których mieszkańcy podpisem potwierdzali, że zakupy były robione na ich życzenie⁷⁷. W przypadkach, kiedy mieszkaniiec nie był w stanie złożyć podpisu, na fakturach podpisywał się opiekun prawny. Kupowane były m.in. leki, rękawico-myjka, produkty żywnościowe, papierosy. Ze środków finansowych jednej z mieszkanek zakupiono m.in. zasłonę prysznicową, szczotkę do wc, matę łazienkową, dozownik do mydła, mydelniczkę pomimo, że zgodnie z zapisami § 6 ust. 2 pkt 21 Karty Praw i Obowiązków Mieszkańców obowiązującej w Domu, każdy mieszkaniiec domu w szczególności ma prawo do mieszkania w pokoju wyposażonym w sprzęty niezbędne do normalnego życia w warunkach najbardziej zbliżonych do warunków domowych, a mieszkanka przebywała w pokoju wieloosobowym. *O czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli tom II str. 49-50)

Dyrektor wyjaśniła, że opiekunowie prawni będący pracownikami Domu gromadzą paragony i faktury potwierdzające wydatki na rzecz podopiecznego. Składają sprawozdania do sądu raz na pół roku bądź raz na rok. Sąd nie wymagał od opiekunów prawnych szczegółowych rozliczeń na podstawie faktur i paragonów.

(akta kontroli tom II str. 231)

W związku z wyborami samorządowymi odbywającymi się w dniach 7 kwietnia oraz 21 kwietnia 2024 r. Dyrektor podjęła działania w celu umożliwienia mieszkańcom Domu oddanie głosu. W DPS utworzono odrębny obwód głosowania, w Urzędzie Miejskim w Pułtusku zgłoszono mieszkańców do wpisania do stałego rejestru wyborców, w odniesieniu do mieszkańców niezameldowanych w DPS złożono wnioski o ich ujęcie w stałym obwodzie głosowania, przekazano wykaz mieszkańców przebywających w Domu na dzień wyborów. Zapewniono dwie urny wyborcze jedną stałą i przenośną umożliwiającą głosowanie osobom leżącym.

(akta kontroli tom II str. 301)

- 2.4. W latach 2021-2024 (stan na 20 lutego) z zabezpieczenia antykoncepcyjnego korzystały mieszkanki, które posiadały pełną zdolność do czynności prawnych. Zabezpieczenie przyjmowały w 2021 r. trzy mieszkanki; w 2022 r. – dwie; w 2023 r. – dwie; w 2024 r. (stan na 19 lutego) – jedna. W okresie objętym kontrolą w Domu nie przebywały ubezwłasnowolnione całkowicie mieszkanki przyjmujące zabezpieczenie antykoncepcyjne.

(akta kontroli tom II str. 84)

- 2.5. Według stanu na 31 grudnia lat 2021-2023 liczba mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się (leżących) wynosiła odpowiednio: 13 osób (tj. 13% wszystkich mieszkańców Domu), 12 osób (tj. 12% wszystkich mieszkańców DPS), 10 osób (tj. 10% wszystkich mieszkańców Placówki).

(akta kontroli tom II str. 85)

⁷⁷ Analizie podlegały faktury, wszystkich pięciu mieszkańców, o najwyższych wartościach z każdego roku objętego kontrolą.

W żadnym regulaminie obowiązującym, w okresie objętym kontrolą, nie uregulowano częstotliwości wykonywania usług pielęgnacyjnych na rzecz mieszkańców tj. kąpieli, korzystania z usług fryzjerskich oraz innych czynności higienicznych.

Dyrektor wyjaśniła, że brak uregulowań w tym zakresie wynikał z tego, że obowiązujące przepisy tego nie nakazywały. W DPS był prowadzony miesięczny grafik kąpieli i golenia mieszkańców oraz rejestr usług fryzjerskich.

(akta kontroli tom II str. 271)

Analiza grafików kąpieli, goleni oraz korzystania z usług fryzjerskich, trzech mieszkańców, którzy mieli ograniczoną możliwość poruszania się, z dwóch miesięcy każdego roku objętego kontrolą⁷⁸ wykazała, że mieszkańców kąpano średnio dwa razy w tygodniu, a mężczyźni również każdorazowo golono. Najmniejsza liczba kąpieli w miesiącu, jaka przypadała na jednego mieszkańca, wyniosła osiem, a największa 14. W badanym okresie z usług fryzjerskich skorzystało dwóch mieszkańców.

(akta kontroli tom II str. 86-89)

Dyrektor wyjaśniła, że usługi fryzjerskie wykonywane były przez dwie pokojowe, które były dostępne średnio dwa razy w tygodniu. W związku z tym mieszkańcy mieli możliwość skorzystania z usług fryzjerskich zgodnie ze swoimi potrzebami. Część mieszkańców była motywowana przez personel dyżurujący do skorzystania z usług fryzjerskich. Kiloro mieszkańców korzystało z fryzjera poza placówką.

(akta kontroli tom II str. 379)

Analiza raportów pielęgniarских oraz wpisów w książce zabiegowej, w odniesieniu do trzech mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się, z jednego miesiąca każdego roku objętego kontrolą⁷⁹, w zakresie profilaktyki oraz leczenia odleżyn wykazała, że:

- jedna osoba posiadała zalecenia ze szpitala o dalszym sposobie leczenia odleżyny w okolicy krzyżowej. Zapisy w raportach pielęgniarских oraz w książce zabiegowej świadczą o stosowaniu otrzymanych zaleceń, a także o dokumentowaniu wykonanych czynności (marzec 2021 r.);
- w przypadku stosowania profilaktyki przeciwoleżynowej, w raportach pielęgniarских nie dokumentowano systematycznie podejmowanych czynności, co zdaniem NIK było działaniem nierzetelnym. Zapisy z tego zakresu w przypadku jednego mieszkańca zawarto siedem razy w styczniu 2021 r., brak zapisów w październiku 2022 r., 11 razy w sierpniu 2023 r.⁸⁰, pięć razy w styczniu 2024 r. W przypadku drugiego mieszkańca profilaktykę przeciwoleżynową odnotowano 12 razy w styczniu 2021 r., pięć razy w październiku 2022 r.⁸¹, dwa razy w sierpniu 2023 r.⁸², jeden raz w styczniu 2024 r. Trzecia, objęta badaniem kontrolnym mieszkanka, w marcu 2021 r. miała leczoną odleżynę według zaleceń ze szpitala. W październiku 2022 r. i w sierpniu 2023 r. nie odnotowano stosowania profilaktyki przeciwoleżynowej, a w styczniu 2024 r. zapisy z tego zakresu ujęto pięć razy.

(akta kontroli tom II str. 90-92)

2.6. Obsada pielęgniarська w Domu, według stanu na 31 grudnia każdego roku objętego kontrolą, wynosiła odpowiednio:

- siedem pielęgniarek, w tym cztery zatrudnione na umowę o pracę, trzy w formie umów cywilnoprawnych (2021 r.);
- pięć pielęgniarek zatrudnionych na umowę o pracę (2022 r.);

⁷⁸ Miesiące: marzec, kwiecień 2021 r., październik, listopad 2022 r., lipiec, sierpień 2023 r., styczeń, luty 2024 r.

⁷⁹ Miesiące: marzec 2021 r., październik 2022 r., sierpień 2023 r., styczeń 2024 r.

⁸⁰ Przy czym dziewięć wpisów dotyczyło zamiany opatrunku na odleżynie.

⁸¹ Przy czym wszystkie wpisy dotyczyły pielęgnacji odparzeń.

⁸² Przy czym jeden wpis dotyczył wykonania opatrunku na odleżynie.

- siedem pielęgniarek, w tym sześć zatrudnionych na umowę o pracę, jedna w formie umowy cywilnoprawnej (2023 r.);
- siedem pielęgniarek, w tym sześć zatrudnionych na umowę o pracę, jedna w formie umowy cywilnoprawnej (stan na 29 lutego 2024 r.).

Żadna z pielęgniarek zatrudnionych w DPS nie posiadała wykształcenia wyższego magisterskiego.

(akta kontroli tom II str. 93-94)

Ponadto w Domu zatrudnione były osoby posiadające kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego. W okresie objętym kontrolą liczba takich osób kształtowała się następująco:

- 18 osób, w tym 16 uzyskało dyplom kwalifikacji w zawodzie w oparciu o podstawę programową przed 2019 r., a dwie osoby w oparciu o podstawę programową z 2019 r. (stan na 31 grudnia 2021 r.);
- 18 osób, w tym 15 uzyskało dyplom kwalifikacji w zawodzie w oparciu o podstawę programową przed 2019 r., a trzy osoby w oparciu o podstawę programową z 2019 r. (stan na 31 grudnia 2022 r.);
- 16 osób, w tym 13 uzyskało dyplom kwalifikacji w zawodzie w oparciu o podstawę programową przed 2019 r., a trzy osoby w oparciu o podstawę programową z 2019 r. (stan na 31 grudnia 2023 r.);
- 15 osób, w tym 11 uzyskało dyplom kwalifikacji w zawodzie w oparciu o podstawę programową przed 2019 r., a cztery osoby w oparciu o podstawę programową z 2019 r. (stan na 31 grudnia 2023 r.).

(akta kontroli tom II str. 93-94)

Pielęgniarki zatrudnione w Domu, zgodnie z czynnościami wykonywanymi przez pielęgniarki wprowadzonymi 31 października 2016 r., były odpowiedzialne m.in. za przygotowywanie, rozkładanie i podawanie leków doustnych zleczanych przez lekarza POZ i specjalistów, podawanie zleczonych iniekcji, kontrolowanie poziomu cukru, temperatury, ciśnienia i tętna, podawanie leków wziewnych, żywienie przez PEG, pobieranie krwi i moczu do badań, uczestniczenie w konsultacjach lekarskich (uaktualnienie zleceń). Ponadto do ich czynności należało również prowadzenie dokumentacji medycznej mieszkańców, w tym m.in. książki gabinetu zabiegowego, teczek z dokumentacją psychiatryczną, historii choroby (POZ), raportów z dyżuru dziennego i nocnego, rejestru konsultacji specjalistycznych. Natomiast ich zakres obowiązków na stanowisku pracy uwzględniał m.in. dbanie o stan zdrowia i bezpieczeństwo mieszkańców, umożliwianie mieszkańcom korzystanie ze świadczeń przysługujących im z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, organizowanie ogólnych i specjalistycznych badań oraz konsultacji, a także wykonywanie innych zleceń lekarskich.

(akta kontroli tom II str. 95, 103)

Analiza grafików pracy pielęgniarek z okresu 2021-2024 (do 29 lutego) tj. 1155 dni, w zakresie obsady dyżurów dziennych i nocnych, jak również raportów pielęgniarskich wykazała, że:

- w 2021 r. bez stałej obsady⁸³ pozostawał jeden dyżur dzienny⁸⁴ oraz 207 dyżurów nocnych bez obsady, przy czym w jednym przypadku bez stałej obsady pielęgniarskiej pozostawała jedna doba⁸⁵;

⁸³ Dyżur bez stałej obsady pielęgniarskiej oznacza, że pielęgniarka w tym dniu nie miała rozpisanego dyżuru, a jedynie przychodziła do DPS aby wydać, rozłożyć i podać leki mieszkańcom, a także wykonać iniekcje. Po wykonaniu tych czynności opuszczała Dom.

⁸⁴ Dyżur dzienny w dniu 10 grudnia 2021 r.

⁸⁵ Dzień 10 grudnia 2021 r. brak stałej obsady na dyżurze dziennym oraz brak obsady na dyżurze nocnym.

- w 2022 r. bez stałej obsady pozostawały trzy dyżuryienne⁸⁶ oraz 209 dyżurów nocnych bez obsady, przy czym jedna doba pozostawała bez stałej obsady pielęgniarskiej⁸⁷. Dodatkowo siedem dyżurów dziennych, po których następowały nieobsadzone dyżury nocne, było pełnionych w niepełnym wymiarze tj. krócej niż 12 godzin (od 7:00 do 19:00)⁸⁸,
- w 2023 r. bez stałej obsady pozostawał jeden dyżur dzienny⁸⁹ oraz 161 dyżurów nocnych bez obsady, a jeden dyżur dzienny, po którym następował nieobsadzony dyżur nocny, był pełniony w niepełnym wymiarze⁹⁰;
- w 2024 r. wszystkie dyżuryienne były obsadzone, a 27 dyżurów nocnych pozostawało bez obsady. Nie wystąpiły dyżuryienne, które pełniono w niepełnym wymiarze;
- pielęgniarki nie prowadziły teczek z dokumentacją psychiatryczną mieszkańców, historii choroby (POZ), jak również nie aktualizowały indywidualnych kart zleceń dla każdego mieszkańca na podstawie zleceń lekarskich oraz nie prowadziły tabeli z wykazem przyjmowanych leków i ich dawkowaniem, które to obowiązki wynikały z czynności wykonywanych przez pielęgniarki wprowadzonych w 2016 r. oraz procedury rozkładania leków w Domu Pomocy Społecznej w Pułtusk.

(akta kontroli tom II str. 124-141)

Analiza dokumentacji medycznej trzech mieszkańców dokonana przez biegłą lekarz psychiatrę wykazała, że:

- prawidłowo udokumentowano zabiegi takie jak zmiany opatrunków, włączenie antybiotykoterapii, żywienie przez PEG. Prawidłowo realizowano pobranie materiału celem wykonania badań laboratoryjnych, realizowano świadczenia pod postacią zleconych badań dodatkowych (tomografia komputerowa, bronchoskopia)⁹¹;
- prawidłowo odnotowano leki włączone przez lekarza neurologa oraz skierowania na badania laboratoryjne i zabiegi fizjoterapeutyczne, odstawienie leków psychotropowych⁹²;
- w przypadku dwóch mieszkańców, brak udokumentowania realizacji zleceń lekarza psychiatry uniemożliwiało jednoznaczne stwierdzenie czy mieszkańcom umożliwiono korzystanie ze świadczeń lekarskich;
- z badanej dokumentacji nie wynikało czy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i lekarz specjalista zostali poinformowani przez personel DPS o wszystkich lekach przyjmowanych przez mieszkańca oraz o ich wszystkich schorzeniach;
- w dokumentacji pielęgniarskiej nie było wystarczających danych, na podstawie których można stwierdzić, że zalecenia lekarskie wykonywane były prawidłowo. Dokumentacja nie zawierała danych potwierdzających czy personel DPS podawał mieszkańcowi wszystkie zalecone leki. Nie odnotowywano dat podawania leków, w związku z czym nie można było stwierdzić, czy zalecenia wdrażano niezwłocznie ani po upływie jakiego czasu;
- dokumentacja nie obejmowała wszystkich udzielanych świadczeń. Brakowało w niej indywidualnego potwierdzenia podawanych pacjentowi leków.

⁸⁶ Dyżuryienne w dniach: 16 lutego 2022 r., 31 sierpnia 2022 r., 15 października 2022 r.

⁸⁷ Dzień 16 lutego 2022 r. brak stałej obsady na dyżurze dziennym oraz brak obsady na dyżurze nocnym.

⁸⁸ Dyżury w dniach: 12 kwietnia 2022 r., 15 kwietnia 2022 r., 16 kwietnia 2022 r., 21 lipca 2022 r., 24 lipca 2022 r., 26 lipca 2022 r., 9 września 2022 r.,

⁸⁹ Dyżur dzienny w dniu 20 stycznia 2023 r.

⁹⁰ Dyżur w dniu 15 stycznia 2023 r.

⁹¹ Dotyczy mieszkańca nr 1 oraz 2.

⁹² Dotyczy mieszkanki nr 2.

Dokumentacja nie była prowadzona rzetelnie, była skąpa, informacje w niej zawarte były nieprecyzyjne m.in. nie zawierały informacji dotyczących nazw leków i ich dawek. Nie zawierała niezbędnych informacji pozwalających na potwierdzenie zapewnienia mieszkańcowi bezpieczeństwa w kontekście udzielanych mu świadczeń. Z powodu niedokumentowania podania każdej dawki leku, badanie prawidłowości realizacji zleceń lekarskich przez personel DPS nie jest możliwe. Nieudokumentowanie podania każdej dawki uniemożliwia monitorowanie przebiegu procesu leczenia, jego skuteczności, ryzyka pogorszenia stanu psychicznego czy somatycznego;

- w przypadku jednej mieszkanki nie wykonano zleconych przez lekarza konsultacji internistycznej i psychiatrycznej, co do zdolności wyrażenia świadomej zgody na zabieg operacyjny, niezbędnych do przeprowadzenia zabiegu, czego opóźnienie, zdaniem biegłej, mogło w znaczący sposób wpłynąć na stan somatyczny mieszkanki. Zdaniem biegłej sytuacja mieszkanki wymagała podjęcia niezwłocznych działań. *O czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli tom III str. 1-3, 69-71, 157-159)

Dyrektor wyjaśniła, że opiekun towarzyszący mieszkańcowi podczas wizyt lekarskich przekazuje informacje o chorobach danego mieszkańca oraz o przyjmowanych lekach.

(akta kontroli tom III str. 227)

Z uwagi na opinię biegłej lekarza psychiatry, w której stwierdziła, że sytuacja mieszkanki wymagała podjęcia niezwłocznych działań, wystąpiono w trybie art. 51 ustawy o NIK, do Dyrektora DPS, informując o ustaleniach kontroli wskazujących na bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego. Po otrzymaniu informacji Dyrektor niezwłocznie podjęła działania w celu przeprowadzenia zleconych konsultacji.

(akta kontroli tom III str. 233-240)

- 2.7. Zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DPS, Dom funkcjonuje w oparciu o indywidualne plany wsparcia mieszkańca Domu, opracowywane z jego udziałem, jeżeli udział ten jest możliwy ze względu na stan zdrowia i gotowość do uczestnictwa w nim mieszkańca.

Obowiązujący w Domu wzór IPW składał się z trzech części z których pierwsza zawierała dane osobowe mieszkańca, jego stan zdrowia wraz z określeniem stopnia opieki oraz opis osobowości mieszkańca. W drugiej części określano: cele opieki z podziałem na długoterminowe i krótkoterminowe; planowane działania, w tym usługi medyczne, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne, socjalne, planowane sposoby wyeksponowania predyspozycji mieszkańca, zachowania społeczne; ocenę realizacji planu. Na trzecią część składała się natomiast dokumentacja z zaplanowanych i przeprowadzonych rozmów z mieszkańcami.

(akta kontroli tom II str. 153-171)

Analiza 32 indywidualnych planów wsparcia, z lat 2021-2024, dla pięciu mieszkańców DPS wykazała, że:

- każdy z mieszkańców miał wybranego pracownika pierwszego kontaktu, przy czym dla trzech mieszkańców pracownika każdorazowo wybierała Dyrektor Domu;
- dla jednej mieszkanki, która została przyjęta do Domu w okresie objętym kontrolą, IPW został opracowany w terminie sześciu miesięcy od przyjęcia tj. zgodnie z wymogami § 2 ust. 4 rozporządzenia w sprawie DPS;
- realizacja planów była podsumowywana i omawiana podczas posiedzeń zespołu T-O, w których uczestniczyli również mieszkańcy. W protokołach z posiedzeń znajdowały się podpisy członków zespołu, a także mieszkańców w nich uczestniczących. W przypadku 17 IPW (tj. 53%) zawarto adnotację o odmowie

złożenia podpisu przez mieszkańca bądź o stanie zdrowia, który uniemożliwiał złożenie podpisu;

- w planach nie zawsze określano wymiar czasu trwania poszczególnych zajęć, co było niezgodne z § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi⁹³. O czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w zakresie poszczególnych usług, ujętych w IPW, nie wskazywano konkretnych działań, jakie były planowane do realizacji na rzecz mieszkańca, a ograniczano się do ogólnych stwierdzeń, jak również niektóre z wpisów zawartych w planach nie miały waloru planistycznego, co zdaniem NIK było działaniem nierzetelnym. I tak:
 - w zakresie usług medycznych w 25 planach (tj.78%) wskazano m.in. na: „pomoc przy umawianiu wizyt lekarskich”, „obserwację stanu zdrowia”, „możliwość korzystania z porad specjalistów”, „zwracanie uwagi na systematyczność brania leków”, „stała opieka lekarza rodzinnego”;
 - w zakresie usług pielęgnacyjnych w 25 planach (tj.78%) za usługi o charakterze pielęgnacyjnym uznano m.in. „zapewnienie odpowiednich warunków do utrzymania higieny osobistej”, „zapewnienie możliwości korzystania z łazieni wg. potrzeb”, „podopieczna korzysta z środków higienicznych, łazieni z pomocą opiekunów, podopieczna jeździ na wózku inwalidzkim”, „pomoc podczas wszelkich czynności higienicznych, udostępnienie środków czystości oraz łazieni”, „korzysta ze swojej łazienki, którą ma w pokoju”;
 - w zakresie usług rehabilitacyjnych w 21 planach (tj.65%) wskazano m.in.: „mieszkanka chętnie wychodzi na samodzielne spacer, robi zakupy”, „możliwość korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych, które może zlecić w razie potrzeby lekarz rodzinny”, „zachęcanie do udziału w ćwiczeniach usprawniających”, „zachęcanie do korzystania z urządzeń siłowni zewnętrznej”, w tym w dwóch planach nie dokonano wpisów;
 - w zakresie usług terapeutycznych, we wszystkich IPW, odnotowano korzystanie bądź umożliwienie z korzystania z usług psychologa i lekarza psychiatry;
 - w zakresie usług socjalnych wpisy, w zbadanych planach mieszkańców, obejmowały m.in. „monitorowanie potrzeb mieszkańca”, „pomoc przy zakupach oraz transport do sklepu w razie potrzeby”, „podopieczna nie posiada rodziny”, „udostępnienie mieszkance telefonu do kontaktu z rodziną”, „pomoc przy sporządzaniu listy zakupów”, „umożliwienie kontaktów z rodziną”;
 - w sposobach wyeksponowania predyspozycji mieszkańca wskazywano m.in. na „organizację czasu w inny sposób”, „realizację terapii zajęciowej przy łóżku mieszkańca”, „możliwość korzystania z zajęć terapeutycznych”, „zachęcanie do aktywniejszego uczestnictwa w imprezach i terapii zajęciowej”, „umożliwienie korzystania z pomieszczenia sali terapii”;
 - w zachowaniach społecznych uwzględniano m.in. „umożliwienie uczestnictwa w zajęciach na rzecz Domu”, „trening rozwiązywania problemów poprzez częste rozmowy z podopieczną”, „zachęcanie do

⁹³ Dz.U. poz. 250. Dalej także: rozporządzenie w sprawie rehabilitacji społecznej.

udziału w spotkaniach organizowanych przez DPS”, „zachęcanie do bliższych relacji z innymi mieszkańcami”, kompensowanie ograniczonych możliwości interpersonalnych”;

- mieszkańcy, z uwagi na posiadane orzeczenia o niezdolności do pracy nie uczestniczyli w zajęciach przygotowujących do zatrudnienia, w tym w zajęciach podporządkowanym celom gospodarczym.

(akta kontroli tom II str. 145-152)

2.8. Na podstawie § 8 regulaminu organizacyjnego, zarządzeniem nr 8/2023 Dyrektora DPS⁹⁴, wprowadzony został regulamin postępowania z depozytami wartościowymi mieszkańców Domu⁹⁵. Środki pieniężne mieszkańców, w przypadku wyrażenia przez nich zgody, gromadzone były na rachunku depozytowym w banku. W przypadku zgonu mieszkańca, prawo do pobrania środków mieli spadkobiercy dysponujący prawomocnym postanowieniem sądu, potwierdzającym nabycie spadku. Natomiast niepodjęte depozyty ulegały likwidacji zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Dodatkowo zgodnie z § 16 Rdw Dyrektor raz w roku miała przeprowadzić kontrolę wypłaconych depozytów, z której sporządzany byłby protokół. Ustalenia kontroli wykazały, że w okresie objętym kontrolą, nie dokumentowano w żadnej formie faktu przeprowadzenia kontroli o której mowa w ww. procedurze. *O czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli tom II str. 216-224)

Według stanu na dzień 25 lutego 2024 r. środki pieniężne mieszkańców znajdowały się na 143⁹⁶ subkontach depozytowych w łącznej wysokości 962,3 tys. zł. W 41 przypadkach depozyty należały do osób zmarłych, z których 14 zmarło przed dniem 1 stycznia 2020 r. Szczegółowa analiza sposobu postępowania z depozytami osób zmarłych przed 2020 r., wykazała:

- w 11 przypadkach⁹⁷, zgodnie z art. 6 ustawy o likwidacji depozytów DPS wezwał osoby uprawnione do odbioru depozytu w terminie 3 lat od dnia doręczenia wezwania oraz pouczył je o skutkach jego niepodjęcia;
- pomimo upływu 3 lat od daty odbioru wezwań⁹⁸, nie wystąpiono na podstawie art. 9 ust. 1 wyżej powołanej ustawy, do sądu z wnioskiem o stwierdzenie likwidacji niepodjętych depozytów i w konsekwencji nie przeniesiono na rzecz Skarbu Państwa, nie przekazując na rachunek właściwego urzędu skarbowego, depozytów w łącznej kwocie 30,2 tys. zł⁹⁹;
- w trzech przypadkach nie podejmowano działań w celu odbioru depozytów przez osoby uprawnione, dotyczyło to dwóch osób zmarłych¹⁰⁰ w 2017 r. i depozytów w wysokości 99 i 36 groszy oraz osoby zmarłej¹⁰¹ w 2019 r. i depozytu w kwocie 240,51 zł.

(akta kontroli tom III str. 32-101)

Dyrektor wyjaśniła, że nie podjęto działań w celu odbioru depozytów ze względu na fakt, że były to niskie kwoty, a podjęcie działań wygenerowałoby więcej kosztów niż wartość pozostawionych depozytów. Było to działanie niegospodarne ponieważ koszty ponosimy ze środków publicznych.

(akta kontroli tom II str. 354)

⁹⁴ Zarządzenie nr 8/2023 z dnia 21 kwietnia 2023 r., zmieniające zarządzenie nr 7/2016 z dnia 12 października 2016 r.

⁹⁵ Dalej zwany Rdw.

⁹⁶ W poszczególnych okresach objętych kontrolą, wartość środków pieniężnych oraz liczba depozytów wynosiła: 31.12.2021 r. – 722,2 tys. zł (136 depozytów), 31.12.2022 r. – 795,7 tys. zł (143 depozyty), 31.12.2023 r. – 943,8 tys. zł (143 depozyty), 25.02.2024 r. – 962,3 tys. zł (143 depozyty).

⁹⁷ Nr kont: 240-02-0044, 240-02-0083, 240-02-0065, 240-02-0006, 240-02-0094, 240-02-0024, 240-02-0012, 240-02-0091, 240-02-0058, 240-02-0027, 240-02-0038.

⁹⁸ Ostatnie z wysłanych wezwań zostało odebrane 5 listopada 2019 r.

⁹⁹ Dokładnie 30 152,16 zł.

¹⁰⁰ Nr konta osoby zmarłej: 240-02-0024, 240-02-0017.

¹⁰¹ Nr konta osoby zmarłej: 240-02-0049.

NIK podziela opinię Dyrektora Domu, że podejmowanie działań w odniesieniu do depozytów w wysokości 99 i 36 groszy było ekonomicznie nieuzasadnione.

W okresie objętym kontrolą zlikwidowano 10 depozytów po zmarłych mieszkańcach łącznie na kwotę: 91,2 tys. zł, w tym dziewięć w formie wypłaty należnej kwoty spadkobiercom w wysokości 90,5 tys. zł i w jednym przypadku w postaci przelewu do urzędu skarbowego kwoty 0,7 tys. zł, po postanowieniu sądu o likwidacji depozytu i nakazie przekazania go do urzędu skarbowego.

(akta kontroli tom II str. 253)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Prowadzony rejestr przymusu bezpośredniego, przedstawiony do kontroli, był niezgodny ze wzorem rejestru określonym w załączniku nr 4 do Zarządzenia nr 20/2018 Dyrektora DPS z dnia 30 grudnia 2018 r. tj. nie zawierał: imienia i nazwiska osoby wobec której zastosowano przymus bezpośredni, imienia i nazwiska zalecającego zastosowanie przymusu bezpośredniego oraz osób wykonujących jego stosowanie, zastosowanego środka przymusu bezpośredniego, opisu przyczyn jego zastosowania, czasu i przebiegu.

(akta kontroli tom II str. 33-38)

Dyrektor wyjaśniła, że przez pomyłkę rejestr był niezgodny z załącznikiem nr 4 do zarządzenia Dyrektora nr 20/2018 z dnia 30 grudnia 2018 r. Rejestr został poprawiony według przyjętych standardów.

(akta kontroli tom II str. 299, 309-314)

Z uwagi na usunięcie w trakcie kontroli powyższej nieprawidłowości NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego.

2. Nie wyegzekwowano przeprowadzenia badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańców Domu w zakresie uzasadniającym ich pobyt w DPS, w terminie określonym w art. 38 ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym takie badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy. Przerwy między badaniami, w przypadku pięciu mieszkańców objętych badaniem kontrolnym wyniosły w skrajnych przypadkach: 189 dni w przypadku mieszkańca A.G.¹⁰², 187 dni¹⁰³ – mieszkani M.Po., 238 i 211 dni – mieszkani M.P.¹⁰⁴, 211, 203 oraz 189 dni – mieszkani U.D.¹⁰⁵, 220, 189, 187 dni – mieszkani A.Sz.¹⁰⁶

(akta kontroli tom II str. 51)

Dyrektor wyjaśniła, że nie wyegzekwowano cykliczności, o której mowa w art. 38 ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ponieważ DPS nie posiadał zaświadczeń o zasadności pobytu mieszkańców w Domu. Lekarz psychiatra była informowana o konieczności wystawiania takich zaświadczeń i przekazania ich do placówki celem umieszczenia w aktach osobowych mieszkańców, natomiast psychiatra nie zastosowała się do prośby.

(akta kontroli tom II str. 372)

3. Dyrektor nie wprowadziła mechanizmów kontrolnych zapobiegających dokonywaniu ze środków mieszkańca zakupów, które powinny zostać sfinansowane ze środków DPS i które nie służyłyby do wyłącznego użytku tego mieszkańca. W konsekwencji, ze środków jednej mieszkanki, spośród pięciu objętych badaniem kontrolnym, zakupiono

¹⁰² Badanie przeprowadzono 31 maja 2021 r., a kolejne 6 grudnia 2021 r.

¹⁰³ Badanie przeprowadzono 23 marca 2021 r., a kolejne 1 października 2021 r.

¹⁰⁴ Badanie przeprowadzono 5 października 2021 r., a kolejne 31 maja 2022 r. Następne badanie odbyło się 28 grudnia 2022 r.

¹⁰⁵ Badanie przeprowadzono 1 marca 2021 r., a kolejne 28 września 2021 r. Badanie przeprowadzono 15 lutego 2022 r., a kolejne 23 sierpnia 2022 r. Do następnego badania doszło 14 marca 2023 r.

¹⁰⁶ Badanie przeprowadzono 1 lutego 2021 r., a kolejne 9 sierpnia 2021 r. Badanie przeprowadzono 6 stycznia 2022 r., a kolejne 12 lipca 2022 r. Badanie przeprowadzono 3 stycznia 2023 r., a kolejne 11 sierpnia 2023 r.

m.in. matę łazienkową, zasłonę prysznicową, dozowniki do mydła, szczotkę wc za łączną kwotę 113,00 zł. Tymczasem w § 6 ust. 2 pkt 21 Karty Praw i Obowiązków Mieszkańców obowiązującej w Domu, wskazano, że każdy mieszkaniec domu w szczególności ma prawo do mieszkania w pokoju wyposażonym w sprzęty niezbędne do normalnego życia w warunkach najbardziej zbliżonych do warunków domowych

(akta kontroli tom II str. 56, 58-60, 64-67)

Dyrektor wyjaśniła, że nie wprowadziła mechanizmów kontrolnych zapobiegających dokonywaniu ze środków mieszkańca zakupów, które powinny być sfinansowane ze środków DPS, ponieważ zatrudniając wykwalifikowany personel opiekuńczy obdarzyła go zaufaniem, mając przekonanie, że pracownik dokonujący zakupów będzie odpowiedzialnie i rzetelnie wykonywał powierzone mu obowiązki. Zakupy zrobiły opiekunki, które już nie pracują w DPS w Pułtusk. Zostały zwolnione dyscyplinarnie w grudniu 2023 r. Zakupy były wstępnie uzgadniane przed ich dokonaniem, chodziło o zakup: odzieży, bielizny do bezpośredniego użytku dla mieszkanki. W związku z powyższym, mając zaufanie do opiekunek, które dokonywały zakupów, faktury nie były szczegółowo zweryfikowane.

(akta kontroli tom II str. 378, tom III str. 231)

NIK zwraca uwagę, że w DPS przebywają mieszkańcy, dla których zasiłki niejednokrotnie stanowią jedyne źródło utrzymania. Dla tych osób kwota, za którą zrobiono w tym przypadku zakupy, stanowić może znaczącą część środków pozostających w ich dyspozycji.

4. Nierzetelnie dokumentowano, w raportach pielęgniarских, czynności podejmowane na rzecz mieszkańców z zakresu profilaktyki przeciwdrożdżynowej. W prowadzonej dokumentacji, w odniesieniu do trzech mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się, objętych badaniem kontrolnym, brak jakichkolwiek zapisów z zakresu prowadzonej profilaktyki wystąpił w przypadku dwóch miesięcy u jednego mieszkańca oraz w przypadku jednego miesiąca u drugiego mieszkańca.

(akta kontroli tom II str. 90-92)

Dyrektor wyjaśniła, że niesystematyczność wpisów w raportach pielęgniarских wynikała stąd, że część personelu uznała tę czynność jako zwyczajową, wykonywaną w ramach codziennych zabiegów pielęgnacyjnych wobec mieszkańców. Leczenie odleżyn było dokumentowane w raportach pielęgniarских, natomiast obowiązujące przepisy prawne nie nakładają na wymogu dokumentowania stosowania profilaktyki przeciwdrożdżynowej.

(akta kontroli tom II str. 299)

NIK zwraca uwagę, że nierzetelne prowadzenie dokumentacji oznacza, że nie jest możliwe potwierdzenie, że DPS wywiązywał się z obowiązku określonego w § 5 ust. 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym Dom świadczy usługi opiekuńcze polegające na pielęgnacji.

5. Dyrektor w latach 2021-2024 nie zapewniła obsady wszystkich dyżurów pielęgniarских, co w konsekwencji spowodowało brak osoby upoważnionej do podawania leków i wykonywania iniekcji. W okresie objętym kontrolą (do 29 lutego 2024 r.) bez stałej obsady pielęgniarskiej¹⁰⁷ było łącznie pięć dyżurów dziennych, w ogóle nieobsadzonych pozostało 598 dyżurów nocnych, a osiem dyżurów dziennych, po których dyżury nocne pozostawały bez obsady, było pełnionych w niepełnym dwunastogodzinnym wymiarze.

(akta kontroli tom II str. 126-141)

¹⁰⁷ Dyżur bez stałej obsady pielęgniarskiej oznacza, że pielęgniarka w tym dniu nie miała rozpisanego dyżuru, a jedynie przychodziła do DPS aby wydać, rozłożyć i podać leki mieszkańcom, a także wykonać iniekcje. Po wykonaniu tych czynności opuszczała Dom.

Dyrektor wyjaśniła, że dyżury nocne pozostawały bez obsady z powodu braku zatrudnienia wystarczającej liczby pielęgniarek. Niechęć podejmowania pracy w jednostkach pomocy społecznej spowodowana jest niskimi płacami nieadekwatnymi do poziomu odpowiedzialności i złożoności powierzonego zakresu czynności. Ponadto dużym utrudnieniem był fakt, że pielęgniarki w podmiotach leczniczych mogą pracować w systemie całodobowym, co nie jest możliwe w DPS. Prowadziliśmy wszelkie działania w celu zwiększenia zatrudnienia personelu pielęgniarskiego, co przekłada się na malejącą w poszczególnych latach liczbę nieobsadzonych dyżurów nocnych. Mając świadomość istotnych braków kadrowych, czas dyżuru dziennego obejmuje godziny od 7:00 do 19:00 co umożliwia rozdawanie i podawanie leków oraz ich iniekcje w porach śniadania, obiadu i kolacji. W przypadku konieczności podania jakichkolwiek leków np. przeciwbólowych opiekunowie wraz z mieszkańcem udawali się do sąsiadującego z Domem szpitala, do punktu Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. Pełnienie dyżurów dziennych w niepełnym wymiarze wynikało z miesięcznego wymiaru czasu pracy przy zatrudnieniu pielęgniarek na 1/3 etatu. Natomiast w sytuacjach, w których obsadzenie dyżurów było niemożliwe z przyczyn od nas niezależnych (np. nagłe zwolnienie lekarskie) zwracaliśmy się do mieszkającej blisko pielęgniarki o dodatkowe nieodpłatne przyjście w celu rozłożenia i wydania leków oraz wykonania niezbędnych czynności pielęgniarskich.

(akta kontroli tom II str. 297-298)

NIK zwraca uwagę, że niezapewnienie obsady pielęgniarskiej na każdym dyżurze stwarza też ryzyko braku możliwości zlecenia zastosowania przymusu bezpośredniego w razie takiej konieczności. Pielęgniarka, w sytuacji braku lekarza, jest jedyną osobą uprawnioną w powyższym zakresie.

6. Pielęgniarki nierzetelnie prowadziły dokumentację przez co, zdaniem biegłej lekarz psychiatry badającej dokumentację, nie zawierała ona niezbędnych informacji pozwalających na potwierdzenie zapewnienia mieszkańcom bezpieczeństwa w kontekście udzielanych im świadczeń, gdyż:

- nie było wystarczających danych, na podstawie których można stwierdzić, że zalecenia lekarskie wykonywane były prawidłowo. Dokumentacja nie zawierała danych potwierdzających czy personel DPS podawał mieszkańcowi wszystkie zalecone leki;
- dokumentacja była skąpa, informacje w niej zawarte były nieprecyzyjne m.in. nie określały nazw leków i ich dawek;
- nieudokumentowanie podania każdej dawki uniemożliwia monitorowanie przebiegu procesu leczenia, jego skuteczności, ryzyka pogorszenia stanu psychicznego czy somatycznego.

(akta kontroli tom III str. 1-3, 69-71, 157-159)

Dyrektor wyjaśniła, że na dyżurze była jedna pielęgniarka i z uwagi na zakres obowiązków, a co za tym idzie znaczną ilość wykonywanych czynności, pielęgniarki nie odnotowują w raportach ani w żadnej innej dokumentacji podania leków wszystkim mieszkańcom. Regulacje prawne dla domów pomocy społecznej nie określają szczegółowych wytycznych dotyczących treści raportów ani żadnej innej dokumentacji, w której mają być odnotowywane przyjęte przez mieszkańców leki. Zatrudniony przez nas personel pielęgniarski, świadczy pracę także w innych placówkach, gdzie stosowane są różne praktyki związane z odnotowywaniem świadczeń na rzecz pacjentów, stąd różnica w treści raportów przez nich sporządzanych. Osoby z dłuższym stażem, a co za tym idzie doświadczeniem zawodowym robią to bardziej szczegółowo.

(akta kontroli tom III str. 227)

Zastępca Dyrektora, wyjaśnił że przeprowadził 14 kontroli dotyczących poprawności i rzetelności dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarki. Kontrole dotyczyły

dokładności sporządzanych raportów dziennych. Sprawdzano czy raporty zawierały informacje na temat odbytych przez mieszkańców wizyt lekarskich oraz zaleceń wydanych przez lekarza. Wpisy były weryfikowane na podstawie rozmów z opiekunami jeżdżącymi z mieszkańcami na wizyty lekarskie oraz innymi pielęgniarkami.

(akta kontroli tom IV str. 199)

NIK zwraca uwagę, że weryfikacja raportów nie obejmowała danych z zakresu nazw leków i ich dawek, które są podawane codziennie mieszkańcom Domu. Odnotowywanie powyższych informacji jest niezbędne, aby móc monitorować przebiegu procesu leczenia oraz jego skuteczność.

7. Nie zrealizowano, w przypadku jednej mieszkanki, której dokumentacja medyczna była objęta badaniem przez biegłą lekarz psychiatrę, zleceń wydanych przez lekarza specjalistę. W opinii biegłej opóźnienie w realizacji tych zleceń mogło w znaczący sposób wpłynąć na stan somatyczny mieszkanki, a jej sytuacja wymagała podjęcia niezwłocznych działań. I tak:

- 31 października 2023 r. mieszkanka odbyła wizytę w poradni specjalistycznej. Lekarz stwierdził m.in., że wskazana jest ocena psychiatryczna celem oceny zdolności wyrażenia świadomej zgody na ewentualny zabieg operacyjny, lub jeśli nie będzie to możliwe – uzyskanie zgody sądowej. Ponadto, ze względu na choroby współistniejące zalecił także przeprowadzenie oceny internistycznej oraz zlecił badanie tomografii komputerowej
- zlecone badanie tomografii komputerowej odbyło się 21 listopada 2023 r.;
- 12 marca 2024 r. mieszkanka odbyła ponowną wizytę w tej samej poradni specjalistycznej. Lekarz wstępnie zakwalifikował mieszkankę do zabiegu, podtrzymał jednak zalecenia wydane podczas wizyty 31 października 2023 r. dotyczące koniecznej oceny psychiatrycznej, której nie przeprowadzono. W dokumentacji zaznaczył także, że mimo wykonanych badań kardiologicznych, brak jest końcowej oceny internistycznej dotyczącej ryzyka proponowanego zabiegu. Wizytę kontrolną zalecił po spełnieniu sformułowanych wymogów.

Między 31 października 2023 r. a 12 marca 2024 r. nie odbyły się konsultacje: psychiatryczna celem oceny zdolności wyrażenia świadomej zgody na ewentualny zabieg¹⁰⁸, ani internistyczna w celu sporządzenia oceny końcowej dotyczącej ryzyka zabiegu.

Pomimo konsultacji psychiatrycznej w dniu 2 kwietnia 2024 r., zlecenie lekarza specjalisty dotyczące oceny zdolności wyrażenia świadomej zgody na ewentualny zabieg operacyjny nie zostało zrealizowane, a konsultacja internistyczna nie odbyła się. Konkretnie działania zmierzające do wyjaśnienia kwestii możliwości przeprowadzenia zabiegu operacyjnego Dyrektor podjęła dopiero w związku ze skierowanym, przez kontrolera, w dniu 31 maja 2024 r. zawiadomieniem na podstawie art. 51 ust. 1 ustawy o NIK, Dyrektor DPS została poinformowana o ustaleniach wskazujących na bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego.

(akta kontroli tom III str. 157-159, 205-214, 233-234)

Dyrektor oraz Zastępca Dyrektora wyjaśnili, że 31 października 2023 r. opiekunki towarzyszące mieszkance podczas wizyty przekazały, że ostateczna decyzja odnośnie zabiegu uzależniona była od wyniku innego badania, które zostało na wspomnianej wizycie również zlecone. W związku z powyższym nasze działania zostały skoncentrowane na wykonaniu badania i umówieniu kolejnej wizyty w poradni specjalistycznej, podczas której lekarz po zapoznaniu się z wynikiem, miał podjąć

¹⁰⁸ Między okresem 31 października 2023 r. a 12 marca 2024 odbyło się pięć konsultacji psychiatrycznych, w tym jedna telefoniczna. Podczas żadnej z nich lekarz psychiatra nie odniósł się ani nie ocenił zdolności mieszkanki do wyrażenia świadomej zgody na zabieg operacyjny.

decyzję czy zabieg był konieczny. Biorąc pod uwagę powyższe uznaliśmy, że niezasadne było na tym etapie informowanie lekarza psychiatry o konieczności przeprowadzenia oceny zdolności do wyrażenia przez mieszkankę świadomej zgody na zabieg. 17 lutego 2024 r. mieszkanka udzieliła pełnomocnictwa najbliższemu m.in. do podejmowania w jej imieniu decyzji w sprawach medycznych. Po konsultacji w poradni specjalistycznej 12 marca 2024 r. przekazano osobie najbliższej informację o przebiegu wizyty i decyzji lekarza o konieczności przeprowadzenia operacji. Osoba najbliższa powołując się na udzielone pełnomocnictwo oraz mieszkanka, która nie jest osobą ubezwłasnowolnioną, na piśmie nie wyraziły zgody na operację. W związku z powyższym nie podejmowaliśmy działań w zakresie konsultacji psychiatrycznej i internistycznej ale mając na względzie dobro mieszkanki umówiliśmy kolejną wizytę w poradni specjalistycznej na 9 lipca 2024 r. w trakcie, której wraz z mieszkanką ma być obecna rodzina. 4 czerwca 2024 r. odbyła się konsultacja psychiatryczna oraz internistyczna, a 5 czerwca 2024 r. wystąpiono do sądu z wnioskiem o wyrażenie zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego.

(akta kontroli tom III str. 228-229)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK zwraca uwagę, że mieszkanka została umieszczona w DPS bez jej zgody na mocy postanowienia sądu z 2016 r. Jak stwierdziła, w swojej opinii biegła lekarz psychiatra, w związku z tym, podczas umieszczania w DPS ze względu na swój stan psychiczny nie była w stanie wyrazić świadomej zgody na umieszczenie w Domu. 19 marca 2024 r. mieszkanka oświadczyła, że nie wyraża zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. Biorąc pod uwagę, że w 2016 roku ze względu na swój stan psychiczny nie była w stanie wyrazić świadomej zgody na umieszczenie w DPS z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że brak wyrażenia zgody przez mieszkankę na zabieg operacyjny 19 marca 2024 roku nie miał wartości prawnej ze względu na utrzymujący się i prawdopodobnie postępujący proces chorobowy. Mieszkanka nie była osobą ubezwłasnowolnioną, a osoba najbliższa nie była jej opiekunem prawnym, w związku z czym brak wyrażenia przez nią zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego także nie miał wartości prawnej.

Podczas wizyty w poradni specjalistycznej, która odbyła się 31 października 2023 r., lekarz specjalista zlecił badanie tomografii komputerowej, a na podstawie wyniku tego badania – w dniu 12 marca 2024 r. mieszkanka została wstępnie zakwalifikowana do zabiegu. Przeprowadzenie konsultacji, o które wnioskował specjalista, już podczas drugiej wizyty pozwoliłoby rozstrzygnąć, czy zabieg ten jest w ogóle możliwy do przeprowadzenia z punktu widzenia ryzyka wynikającego z chorób współistniejących oraz czy mieszkanka jest w stanie wyrazić świadomą zgodę.

Konieczność zasięgnięcia opinii psychiatry w zakresie oceny zdolności do wyrażenia przez mieszkankę świadomej zgody na zabieg potwierdza fakt, że mieszkanka w dniu 19 marca 2024 r. nie wyraziła zgody na zabieg, a podczas konsultacji psychiatrycznej w dniu 4 czerwca 2024 r., na zabieg się zgodziła.

Z uwagi na podjęcie działań przez Dyrektora Domu i wykonanie zleconych przez lekarza konsultacji, a także wystąpienie z wnioskiem do sądu, NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli tom III str. 157-159, 205)

8. Pielęgniarki nie prowadziły teczek z dokumentacją psychiatryczną mieszkańców, historii choroby (POZ) co było niezgodne z zapisami pkt 12 wykazu czynności wykonywanych przez pielęgniarki, wprowadzonymi w 2016 r.¹⁰⁹ Nie aktualizowały również indywidualnych kart zleceń dla każdego mieszkańca na podstawie zleceń lekarskich oraz tabeli z wykazem przyjmowanych leków i ich dawkowaniem po każdej

¹⁰⁹ Tiret drugie oraz trzecie w wykazie czynności wykonywanych przez pielęgniarki.

konsultacji lekarskiej, co było niezgodne z pkt 1 oraz pkt 2 procedury rozkładania leków w Domu Pomocy Społecznej w Pułtusk, zgodnie z którymi były do tego zobowiązane.

(akta kontroli tom II str. 103, 115)

Dyrektor wyjaśniła, że zarówno wykaz czynności pielęgniarek z 2016 roku, jak również procedura rozkładania leków nie zostały zaktualizowane. Pielęgniarki nie prowadziły historii choroby lekarza POZ oraz teczek psychiatrycznych ponieważ cała dokumentacja medyczna była w posiadaniu lekarza psychiatry i lekarza POZ. Nie prowadzono imiennych kart mieszkańców lekarza POZ. Po każdej wizycie towarzyszący mieszkańcowi personel opiekuńczy przekazuje ustnie zalecenia personelowi pielęgniarskiemu, który zmiany leków i ich dawkowanie zawsze nanosi na stoliku medycznym, a w zależności od obsady pielęgniarskiej, zmiany nanoszone są również w raportach pielęgniarskich. Natomiast procedura rozkładania leków zawierała błędną informację odnośnie aktualizowania indywidualnych zleceń medycznych przez pielęgniarki, jak również aktualizowania tabeli z dawkowaniem leków. Tabela dawkowania leków nie była prowadzona przez pielęgniarki. Dokumenty zostały zaktualizowane.

(akta kontroli tom II str. 374-375, tom III str. 231, 243)

Pielęgniarka A.K. wyjaśniła, że nie prowadzi teczek z dokumentacją psychiatryczną, bo ta znajduje się u lekarza psychiatry. Ponadto wyjaśniła, że aktualizowane były informacje dotyczące leków i ich dawkowania, które znajdowały się na wózku z lekami. Nie były prowadzone indywidualne karty zleceń lekarskich dla POZ. Taka karta była prowadzona dla zleceń lekarza psychiatry i to lekarz psychiatra ją wypełniał. Na tej karcie to lekarz podbijał pieczętkę tym samym uwiarygadniając fakt, że to on zmieniał dawkowanie leków.

(akta kontroli tom II str. 124-125)

Z uwagi na zaktualizowanie procedur, w trakcie kontroli, NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego.

9. IPW sporządzano nierzetelnie gdyż:

- nie określano wymiaru czasu trwania poszczególnych zajęć bądź usług, które swoim zakresem wpisywały się w zajęcia rehabilitacji społecznej, co było niezgodne z § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej, zgodnie z którym rodzaj, zakres programowy oraz wymiar czasu zajęć są ustalane w indywidualnym planie wsparcia mieszkańca domu;
- nie wskazywano konkretnych działań, jakie były planowane do realizacji dla mieszkańca, a część wpisów stanowiła stwierdzenia odnoszące się do działań bieżących i nie miała waloru planistycznego.

(akta kontroli tom II str. 145-152)

Dyrektor wyjaśniła, że w usługach medycznych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych i socjalnych, a także sposobie wyeksponowania predyspozycji mieszkańca oraz zachowań społecznych nie określano wymiaru czasu ich trwania ponieważ usługi były kontynuowane przez cały czas pobytu mieszkańców w placówce i dostosowywane do ich indywidualnych potrzeb. Ponadto nie byliśmy w stanie przewidzieć ile czasu będzie trwała np. usługa medyczna bądź pielęgnacyjna. Nie podawano konkretnych działań bądź zabiegów bowiem rodzaj zabiegów osobiście i indywidualnie określał technik fizjoterapii w oparciu o potrzeby danego mieszkańca. Natomiast przez pomyłkę zdarzało się, że nie wpisano do planu propozycji jakichś usług. Brak wskazania konkretnych działań wynikał również z faktu, że IPW jest elastyczny i dostosowany do potrzeb oraz możliwości danego mieszkańca.

(akta kontroli tom II str. 356-364)

10. W DPS nie podejmowano działań pozwalających na likwidację depozytów po zmarłych mieszkańcach, gdyż:

- pomimo upływu 3 lat od daty odbioru wezwań, nie wystąpiono na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy o likwidacji depozytów, do sądu z wnioskiem o stwierdzenie likwidacji niepodjętych depozytów oraz nie przekazano ich naczelnikowi właściwego urzędu skarbowego w łącznej kwocie 30,2 tys. zł;
- nie wezwano osoby uprawnionej do odbioru depozytu w kwocie 240,51 zł po zmarłym w 2019 r., co było niezgodne z art. 6 ust. 1 ustawy o likwidacji depozytów zgodnie z którym przechowujący depozyt jest obowiązany wezwać uprawnionego do odbioru depozytu w terminie o którym mowa w art. 4 ust. 2, oraz pouczyć go o skutkach jego niepodjęcia.

(akta kontroli tom III str. 32 – 101)

Dyrektor wyjaśniła, że temat likwidacji depozytów był problemowym obszarem, ponieważ nie mieliśmy doświadczeń w tym zakresie i nie mieliśmy skąd zaczerpnąć informacji w jaki sposób prawidłowo likwidować niepodjęte depozyty. Dopiero od niedawna pojawiły się szkolenia w tym temacie i po odbyciu takiego szkolenia podjęto próbę likwidacji niepodjętego depozytu, która trwała blisko trzy lata. Zlikwidowany depozyt, który został przekazany na Skarb Państwa został zlikwidowany w sposób właściwy i sukcesywnie będą likwidowane kolejne. Nie wezwano osoby uprawnionej do odbioru depozytu w kwocie 240,51 zł ze względu na brak danych o osobie, która mogłaby być uprawniona do odbioru depozytu po zmarłym. Kontaktowano się z Ośrodkiem Pomocy Społecznej, który kierował zmarłego mieszkańca do Domu i uzyskano informację, że w dokumentacji nie było żadnej informacji dotyczącej rodziny i najbliższych.

(akta kontroli tom II str. 354, tom III str. 249)

11. Nie sporządzano protokołu z kontroli wypłaconych depozytów, co było niezgodne z § 14 ust. 1 Regulaminu postępowania z depozytami wartościowymi mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Pułtuskach, zgodnie z którym Dyrektor raz w roku przeprowadza kontrole wypłaconych depozytów, z której sporządzany jest protokół.

(akta kontroli tom II str. 224)

Dyrektor wyjaśniła, że brak dokumentów świadczących o przeprowadzeniu corocznych kontroli prawidłowości wypłacania depozytów nie oznacza braku kontroli ponieważ w momencie wypłacania depozytów po zmarłych dyrektor każdorazowo akceptuje wypłaty i traktowane jest to jako kontrola bieżąca dokumentacji i wypłaty. Nie sporządzano protokołów, ponieważ uznano, iż każda wypłata zatwierdzona przez dyrektora jest jednocześnie zweryfikowana. Wprowadzono zmianę w Regulaminie i nie ma zapisu o przeprowadzaniu corocznych kontroli w formie protokołów.

(akta kontroli tom II str. 354)

Z uwagi na usunięcie w trakcie kontroli powyższej nieprawidłowości NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność jednostki w powyższym zakresie. Ocenę uzasadnia niezrealizowanie zleceń lekarskich, w przypadku jednej mieszkanki, co mogło w znaczący sposób wpłynąć na jej stan, a sytuacja wymagała podjęcia niezwłocznych działań. Nierzetelnie prowadzona dokumentacja pielęgniarska nie pozwalała na potwierdzenie zapewnienia mieszkańcom bezpieczeństwa w kontekście udzielanych im świadczeń. Powyższe nieprawidłowości, zdaniem NIK, wpływały na jedno z podstawowych i najważniejszych praw mieszkańców, jakimi są prawo do ochrony zdrowia i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń zdrowotnych. Brak obsady pielęgniarskiej w przypadku 598 dyżurów nocnych uniemożliwiał, w razie nagłego zaostrzenia stanu psychicznego mieszkańca, zastosowanie przymusu

bezpośredniego oraz niezwłoczne podanie leków. Pozytywnym aspektem była możliwość swobodnego opuszczania DPS przez mieszkańców, a także w sytuacji samowolnego oddalenia się mieszkańca podejmowanie niezbędnych działań, w celu jego odnalezienia. Mieszkańcom zapewniono również możliwość kontaktu z rodziną, zgodnie z rekomendacjami stopniowego znoszenia obostrzeń związanych z COVID-19. Przeprowadzono okresowe badania stanu zdrowia psychicznego mieszkańców, w zakresie uzasadniającym ich dalszy pobyt w DPS, choć nie zachowano, wymaganej przez ustawę o zp, cykliczności tych badań, a dokumentacja ta nie była dostępna w DPS.

IV. Wnioski

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

1. Przestrzeganie limitu mieszkańców Domu, określonego w statucie i we wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie DPS skierowanego do Wojewody Mazowieckiego tj. 96 osób.
2. Podjęcie działań w celu umieszczenia mieszkańców DPS w pokojach mieszkalnych zgodnie z normami określonymi w § 6 ust. 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.
3. Wyegzekwowanie od lekarza psychiatry dokumentacji w zakresie uzasadniającym pobyt mieszkańców w DPS oraz cykliczności przeprowadzania badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańców Domu w powyższym zakresie, jak również uwzględnienie w umowach zawieranych z lekarzem psychiatrą zapisu wskazującego DPS jako właściciela i posiadacza ww. dokumentacji.
4. Wprowadzenie mechanizmów kontrolnych zapobiegających finansowaniu ze środków mieszkańca zakupów służących również innym mieszkańcom.
5. Rzetelne dokumentowanie czynności z zakresu profilaktyki przeciwdroczynowej.
6. Podjęcie skutecznych działań w celu zapewnienia obsady pielęgniarstwa na wszystkich dyżurach dziennych i nocnych.
7. Dokumentowanie udzielanych mieszkańcom świadczeń zdrowotnych, w tym podanych codziennych dawek leków zleconych przez lekarza.
8. Określanie w IPW konkretnych działań planowanych do realizacji dla mieszkańca oraz czasu ich trwania.
9. Podjęcie działań w celu likwidacji depozytów po zmarłych mieszkańcach Domu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

Warszawa, 14 czerwca 2024 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie
Dyrektor

z.up.

p.o. Wicedyrektora
Wiesława Bronisz

Kontroler
Marta Pietruszewska
Specjalista kontroli państwowej

-//-

-//-

.....
podpis