



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA 410.3.2.2024

Pan  
Dariusz Smyk  
Dyrektor  
Domu Pomocy Społecznej  
Obryte 188  
07-215 Obryte

# 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, Obryte 188, 07-215 Obryte <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Dariusz Smyk, Dyrektor DPS od 1 maja 2024 r. <sup>2</sup> , poprzednio: Bogdan Łach, Dyrektor DPS od 14 listopada 2014 r. do 30 kwietnia 2024 r.<br>(akta kontroli tom I str. 4-10 )                                                                                                                                                               |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | <ol style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>2. Realizacja usług świadczonych na rzecz mieszkańców i przestrzeganie ich praw.</li></ol> |
| 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 <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura w Warszawie                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Kontroler                           | Renata Szczęch, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LWA 37/2024 z 21 lutego 2024 r.<br>(akta kontroli tom I str. 1)                                                                                                                                                                                                                        |

---

<sup>1</sup> Dalej także: DPS, Dom;

<sup>2</sup> Dalej także: Dyrektor;

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą, Dom Pomocy Społecznej w Obrytem<sup>5</sup> spełniał w większości wymogi organizacyjne, określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej<sup>6</sup>), a przyjęte regulacje wewnętrzne były zgodne z przepisami rozporządzenia w sprawie DPS oraz wymogami art. 55 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2023 r. o pomocy społecznej<sup>7</sup>, uwzględniały poszanowanie praw mieszkańców i nie zawierały zapisów ograniczających te prawa.

Jednak sposób sprawowania opieki nad mieszkańcami nie był w pełni prawidłowy i nie zawsze zapewniał przestrzeganie ich praw.

Mieszkańcom zapewniono bezpieczne warunki pobytu i korzystania z usług, dostosowane do stopnia ich fizycznej sprawności (m.in. dwie windy i sprawny system przyzywowo-alarmowy). Jedynie w pomieszczeniu stołówki oraz w przejściu do jadalni dla osób z dysfunkcjami ruchowymi nie umieszczono oznaczeń traktu ewakuacyjnego oraz nie zabezpieczono właściwie włącznika systemu wentylacyjnego.

W zakresie potrzeb bytowych DPS zapewniał czyste i schludne miejsce zamieszkania, całodienne wyżywienie, odzież i obuwie w razie potrzeby. Pracownicy udzielali mieszkańcom pomocy w podstawowych czynnościach bytowych, pielęgnacji oraz załatwianiu ich spraw osobistych. Umożliwiono mieszkańcom zajęcia w ramach terapii zajęciowej, zaspokajanie potrzeb religijnych i kulturalnych oraz kontakt z rodziną. Wszyscy mieszkańcy mieli wyznaczonych pracowników pierwszego kontaktu.

DPS zapewnił także wolność komunikowania się, wyrażania swoich poglądów, zrzeszania się, a osobom posiadającym pełną zdolność do czynności prawnych - możliwość wzięcia udziału w wyborach.

W działalności DPS w kontrolowanym obszarze stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- nieprzestrzeganie cykliczności badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańców w zakresie uzasadniającym ich pobyt w Domu, co naruszało art. 38 ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>8</sup> i, w okresach, za które brak było wymaganych zaświadczeń - stanowiło ograniczenie prawa do wolności mieszkańców;
- nierzetelne prowadzenie dokumentacji potwierdzającej realizację zleconego leczenia. W ocenie biegłego psychiatry<sup>9</sup>, dokumentacja ta w nieczytelny sposób przedstawiała indywidualną terapię i jej codzienne realizowanie, nie zawierała też istotnych informacji, takich jak: korzystanie ze świadczeń lekarskich adekwatnie do zaleceń lekarskich, brak dokumentowania podawania leków doustnych zarówno co do ich dawek jak i dat. Mogło to zwiększać ryzyko błędu, pomyłki, a przez to wpływać na bezpieczeństwo mieszkańców lub w przyszłości uniemożliwiać ocenę dotychczasowego stanu

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

<sup>5</sup> Dalej: DPS lub Dom.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 734, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie DPS.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 901, dalej: ups.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2123, ze zm. Dalej także: ustawa o zp.

<sup>9</sup> Powołanego w niniejszej kontroli.

zdrowia mieszkańca i skuteczności jego leczenia. Powyższe negatywnie wpływało na prawo mieszkańców do ochrony zdrowia oraz ich bezpieczeństwo<sup>10</sup>;

- nierzetelnie prowadzenie dokumentacji medycznej mieszkańców, tj. nieuzupełnianie na bieżąco wpisów porad i konsultacji;
- nieprawidłowe opracowywanie Indywidualnych Planów Wsparcia<sup>11</sup>, tj. nie niewskazywanie w nich konkretnych działań, jakie były oferowane mieszkańcowi i nieokreślanie wymiaru czasu ich trwania;
- niezapewnienie efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających, tj. niezatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy co najmniej dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców, niezapewnienie odpowiedniego kontaktu z psychologiem (w okresie od 3 grudnia 2021 r. do 7 października 2022 r.) i lekarzem psychiatrą oraz wymaganego poziomu wskaźnika zatrudnienia pracowników Zespołu Terapeutyczno-Opiekuńczego<sup>12</sup>, co naruszało § 6 ust. 2 pkt 1, 2 i 3 rozporządzenia w sprawie DPS;
- nie egzekwowanie od ubezwłasnowolnionych całkowicie mieszkank DPS zgody na podawanie im antykoncepcji, jak również od ich opiekunów prawnych wystąpienia do właściwego sądu opiekuńczego w celu uzyskania zgody na podawanie im leków antykoncepcyjnych;
- przekroczenie w latach 2020-2021 limitu mieszkańców, ustalonego w zezwoleniu Wojewody Mazowieckiego.

Stwierdzono ponadto, iż DPS nie podejmował należytych działań w celu odbioru depozytów po zmarłych mieszkańcach, a także nie występował 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 depozytów<sup>13</sup>.

Nie dokonywano też obligatoryjnej corocznej kontroli postępowania z depozytami.

Najistotniejsze nieprawidłowości, które bezpośrednio odnosiły się do wolności osobistej, bezpieczeństwa, ochrony zdrowia i godności mieszkańców, tj. nieprzestrzeganie cykliczności badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańców, nierzetelne prowadzenie dokumentacji potwierdzającej realizację zleconego leczenia, nieprawidłowe opracowywanie IPW, niezapewnienie efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających oraz nie egzekwowanie od ubezwłasnowolnionych całkowicie mieszkank DPS zgody na podawanie im antykoncepcji, jak również od ich opiekunów prawnych wystąpienia do właściwego sądu opiekuńczego w celu uzyskania zgody na podawanie im leków antykoncepcyjnych zostały usunięte w trakcie kontroli NIK lub Dyrektor podjął działania, które pozwolą na ich wyeliminowanie.

<sup>10</sup> Ustaleń dokonano na podstawie badania dokumentacji trzech mieszkańców,

<sup>11</sup> Dalej: IPW.

<sup>12</sup> Dalej: Zespół T-O.

<sup>13</sup> Dz.U. nr 208, poz. 1537, ze zm. Dalej także: ustawa o likwidacji depozytów.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>14</sup> 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. DPS jest samodzielną jednostką budżetową podległą powiatowi pułtuskim. Siedzibą Domu jest miejscowość Obryte w powiecie pułtuskim. Zgodnie ze statutem, nadanym uchwałą Rady Powiatu w Pułtusku z dnia 30 grudnia 2013 r.<sup>15</sup>, nadzór nad Domem sprawuje Zarząd Powiatu w Pułtusku, przy pomocy Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusku. Przedmiotem działalności DPS jest stacjonarna, całodobowa opieka nad osobami dorosłymi niepełnosprawnymi intelektualnie oraz osobami przewlekle chorymi psychicznie. DPS figuruje w rejestrze wojewody mazowieckiego pod nr 11/2007 i zgodnie z decyzją Wojewody Mazowieckiego<sup>16</sup> zezwalającą na prowadzenie Domu, posiada ogółem 290 miejsc dla osób przewlekle psychicznie chorych. Zezwolenie wojewody nie było zmieniane, a DPS nie świadczył usług krótkoterminowego wsparcia.

(akta kontroli tom I str. 11-

20)

W okresie objętym kontrolą Dom zamieszkiwało odpowiednio: na 31 grudnia 2021 r. - 294 mieszkańców<sup>17</sup> na 31 grudnia 2022 r. - 296 mieszkańców<sup>18</sup> oraz na 31 grudnia 2023 r. - 286<sup>19</sup> mieszkańców. Zgodnie z zezwoleniem wojewody<sup>20</sup> oraz dopuszczalną liczbą mieszkańców „290”, określoną w regulaminie organizacyjnym DPS<sup>21</sup> została ona przekroczona w latach 2021 i 2022 (na dzień 31 grudnia), o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Zgodnie ze stanem na 31 grudnia 2021 r. spośród 56 ubezwłasnowolnionych całkowicie mieszkańców, dla 30 opiekunami prawnymi byli członkowie rodziny, dla 5 osób pracownicy DPS oraz jedna osoba wyznaczona przez sąd. Odpowiednio: w 2022 r. dla 51 mieszkańców dane te wynoszą: 22,28,1 oraz w 2023 r. dla 54 mieszkańców: 24,26,4. Spośród ubezwłasnowolnionych częściowo mieszkańców, w kolejnych latach opiekunami byli odpowiednio: w 2021 r. na 15 mieszkańców dla 8 osób opiekunami byli członkowie rodziny, dla 7 pracowników DPS, w 2022 r. dla 14 mieszkańców 6 osób opiekunami byli członkowie rodziny, dla 7 pracowników DPS i dla jednej osoby kurator wyznaczony przez sąd oraz w 2023 r. dla 13 osób 6 opiekunami byli członkowie rodziny i 7 pracowników DPS.

Ponadto pełną zdolność do czynności prawnych posiadało: w 2021 r.- 225 osób, w 2022 r. – 231 osób oraz w 2023 r. – 219 osób.

<sup>14</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>15</sup> Uchwała Nr XL/238/2013 Rady Powiatu w Pułtusku z dnia .r. w sprawie nadania Statutu Domowi Pomocy Społecznej w Obrytem.

<sup>16</sup> Decyzja wojewody mazowieckiego z dnia 23.10.2001 r. Nr 9013/11/2001 zm. Decyzja Wojewody z dnia 16.01.2007 r. Nr 7/2007.

<sup>17</sup> Blok A-103, Blok B-43, Blok D- 68, Blok B,C-80;

<sup>18</sup> Blok A-103, Blok B-45, Blok D-70, Blok B,C-78;

<sup>19</sup> Blok A-97, Blok B-40, Blok D-69, Blok B,C-80;

<sup>20</sup> Decyzja Wojewody nr WPS.II.AG/9013/17/07 z dnia 16.01.2007 r. na 290 miejsc;

<sup>21</sup> Przyjętym Uchwałą Zarządu Powiatu w Pułtusku z 30.03.2020 r. Nr 265/2020;

(akta kontroli tom I str. 98)

W okresie objętym kontrolą liczba zgonów mieszkańców DPS wynosiła odpowiednio:

- w 2021 r. 25 osób, z których 20 zmarło w DPS a 5 w szpitalu;
- w 2022 r. 24 osoby, z których 14 zmarło w DPS a 10 w szpitalu;
- w 2023 r. 32 osób, z których 20 zmarło w DPS a 12 w szpitalu oraz do dnia 29 lutego 2024 r. 2 osoby zmarły w DPS.

Najwyższa umieralność występowała w grupie wiekowej 56-65 lat i dotyczyła mieszkańców przebywających w DPS powyżej 5 lat.

(akta kontroli tom I str.99)

W DPS obowiązywał regulamin organizacyjny, wprowadzony uchwałą nr 265/2020 Zarządu Powiatu w Pułtusku<sup>22</sup>. Wskazano w nim m.in. organizację i szczegółowe zasady funkcjonowania Domu. W § 8 Regulaminu określono rodzaje usług świadczonych przez DPS. W zakresie potrzeb bytowych Dom zapewnia m.in.: miejsce zamieszkania, wyżywienie, utrzymanie czystości, odzież i obuwie. W zakresie usług opiekuńczych zapewnia m.in.: udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnację, niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych. Usługi wspomagające oferowane przez DPS to: umożliwienie udziału w terapii zajęciowej, podnoszenie sprawności i aktywizowanie mieszkańców, umożliwienie zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych, zapewnienie warunków do rozwoju samorządności mieszkańców, stymulowanie nawiązywania kontaktów, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną, działania zmierzające do usamodzielnienia mieszkańca, w miarę jego możliwości, szczególnie mającej charakter terapeutyczny, w przypadku osób spełniających warunki do takiego usamodzielnienia, zapewnienie bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych, finansowanie mieszkańcowi nieposiadającemu własnego dochodu, wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego, zapewnienie przestrzegania praw mieszkańców oraz dostępności do informacji o tych prawach, sprawne załatwianie wnoszonych skarg i wniosków mieszkańców. Zgodnie ze schematem organizacyjnym, Domem kieruje Dyrektor, powołany przez Zarząd Powiatu przy pomocy zastępcy dyrektora ds. opiekuńczo-terapeutycznych, kierownika ds. gospodarczo-technicznych, głównego księgowego, kierownika działu gospodarczego oraz samodzielnych stanowisk<sup>23</sup>. W skład struktury organizacyjnej Domu wchodzi: Dział finansowo-księgowy, dział opiekuńczo-terapeutyczno-medyczny, dział gospodarczy i samodzielne stanowiska.

(akta kontroli tom I str. 23 -93)

1.2.W okresie epidemii COVID-19, zgodnie z przekazywanymi przez wojewodę mazowieckiego wytycznymi Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej<sup>24</sup>, Dyrektor wprowadził instrukcje i procedury regulujące funkcjonowanie Domu w czasie pandemii. W dniu 12 marca 2020 r. zostało wprowadzone zarządzenie Dyrektora Domu w sprawie wzmoczonego reżimu sanitarnego zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz całkowitego zakazu odwiedzin i opuszczania terenu DPS przez mieszkańców przebywających w DPS w Obrytem w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w DPS<sup>25</sup>. Procedura obejmowała wykaz

<sup>22</sup> Uchwała Nr 265/2020 Zarządu Powiatu w Pułtusku z dnia 30 marca 2020 r. w sprawie uchwalenia Regulaminu Organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej w Obrytem, zmieniona uchwałą nr 465/2021 z dnia 23 czerwca 2021 r., nr 715/2022 r. z dnia 28 września 2022 r., nr 673/2022 z dnia 20 lipca 2022 r., nr 885/2023 z dnia 16 sierpnia 2023 r.

<sup>23</sup> stanowisko ds. bhp, ppoż i obrony cywilnej, stanowisko ds. obsługi administracyjno-biurowej, stanowisko ds. zamówień publicznych i kontroli wewnętrznej oraz informatyk;

<sup>24</sup> Rekomendacje z 2 marca 2020 r., 26 marca 2020 r. i 30 marca 2020 r.

<sup>25</sup> zm. z 19.02.2020 r. nr 2/2020, 30.03.2020 r. nr 3/2020, 03.04.2020 r. nr 6/2020, 17.04.2020 r. nr 8/202, 15.06.2020 nr 9/2020, 28.09.202 r. nr 19/2020, 20.10.2020 r. nr 20/2020, 30.04.2021 r. nr 6/2021,

działań, jakie należało podejmować w Domu w celu zapobiegania, rozpowszechniania i możliwości zaistniałej sytuacji kryzysowej związanej z wystąpieniem zachorowań, a także zasady postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia oraz postępowania wobec osób, które miały bliski kontakt z osobą zakażoną. W dniu 30 marca 2020 r. wprowadzono procedurę organizacji pracy i sprawowania opieki w DPS w celu ochrony i zminimalizowania zakażeń wirusem. Procedura obejmowała organizację miejsca pracy, obowiązki pracowników, wsparcie psychologiczne i medyczne oraz obowiązki pracodawcy. Dodatkowo, na bieżąco wprowadzano szereg instrukcji ograniczających kontakty, z mieszkańcami, zakazy odwiedzin i opuszczania Domu, wprowadzenie wydzielonych stref ochronnych, poprawiających bezpieczeństwo mieszkańców i pracowników o czasie epidemii takich jak: instrukcja higieny wydawania posiłków, wydzielenia stref oraz zasad poruszania się po terenie obiektu, bezpieczeństwa pracy, mycia i dezynfekcji budynków, pomiaru temperatury ciała i częstości oddechów u mieszkańców.

(akta kontroli tom I str.109-110 oraz str.113-122)

Wobec rozprzestrzeniania się wirusa, a co za tym idzie przekazywania kolejnych wytycznych przez wojewodę mazowieckiego, DPS na bieżąco reagował na zmiany. Od 28 września 2020 r. zarządzeniem Dyrektora nr 19/2020 ograniczono wyjścia mieszkańców, odwiedziny osób z zewnątrz, uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej, zmieniono harmonogram wydawania posiłków, tak aby odbywały się one rotacyjnie w małych grupach, wstrzymane zostały wyjazdy do rodzin. Ograniczono również przebywanie w strefie budynków mieszkalnych tylko dla mieszkańców oraz personelu niezbędnego do funkcjonowania DPS (garaże, budynki gospodarcze i kaplica), została zmieniona procedura związana z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, zawierająca instrukcje dotyczące: mycia i dezynfekcji budynków w okresie zagrożenia, pomiaru temperatury ciała osób wchodzących na teren Domu oraz stosowania środków ochrony osobistej, pomiaru temperatury ciała i częstości oddechów u mieszkańców, postępowania w przypadku podejrzenia u mieszkańców lub personelu zakażenia, przyjęcia mieszkańca do DPS w czasie trwania epidemii, wydzielenia stref bezpieczeństwa na terenie ośrodka i wydawania posiłków. W dniu 20 października 2020 r., Dyrektor wprowadził zaktualizowaną procedurę wraz z instrukcjami, dostosowaną do aktualnie panujących warunków epidemicznych. Utrzymano zakaz opuszczania DPS przez mieszkańców, nadal obowiązywało ograniczenie kontaktu, zakaz przemieszczania się między grupami i budynkami, izolacja po powrocie z leczenia szpitalnego na okres 10 dni. Ponadto, zalecono ograniczenie do minimum pracy personelu DPS, pracującego jednocześnie w innych podmiotach leczniczych.

(akta kontroli tom I str.129-131)

Dyrektor na bieżąco reagował na sytuację epidemiczną wprowadzając kolejne zmiany w procedurze związanej z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Zmiany polegały na zmniejszaniu obostrzeń dla osób zaszczepionych, stopniowemu przywracaniu kontaktów zewnętrznych, znoszenia kolejnych obostrzeń. W dniu 30 kwietnia 2021 r., zarządzeniem nr 6/2021, Dyrektor wprowadził Instrukcję przywrócenia kontaktów zewnętrznych mieszkańców DPS w Obrytem. Przywrócono możliwość świadczenia pracy w innych miejscach niż DPS. Przywrócono możliwość utrzymywania kontaktów w grupach mieszkańców i pracowników oraz swobodnego korzystania z terenu przyległego do DPS bez ograniczeń. Dopuszczono możliwość urlopowania i odwiedzin mieszkańców, przez członków rodzin i znajomych na świeżym powietrzu, a w przypadku braku możliwości odbycia wizyty na świeżym powietrzu – również w pokoju odwiedzin, z zachowaniem reżimu sanitarnego. Przywrócono możliwość wyjazdu mieszkańców do rodzin i znajomych oraz

poruszania się poza terenem Domu. Otwarto poszczególne oddziały opiekuńcze w celu umożliwienia kontaktu pomiędzy mieszkańcami. W okresie ograniczenia swobodnego wychodzenia poza teren DPS zagwarantowano mieszkańcom możliwość dokonywania potrzebnych zakupów (za pośrednictwem opiekunów) oraz uczestnictwa w nabożeństwach odprawianych w kaplicy Domu z zachowaniem limitu osób. W dniu 24 stycznia 2022 r. zarządzeniem nr 1/2022 ponownie ograniczono możliwość opuszczania przez mieszkańców terenu Domu, jedynie w uzasadnionych przypadkach, na podstawie imiennej przepustki, tj.: m.in. wyjście do sklepu, apteki, na pocztę. Kolejnym zarządzeniem nr 2/2022 z dnia 22 stycznia 2022 r. wprowadzono zakaz wyjazdów do rodzin i znajomych, zamknięto poszczególne oddziały opiekuńcze oraz wydłużono przerwy w wydawaniu posiłków na stołówce, przy zachowaniu reżimu sanitarnego.

W dniu 31 marca 2022 r. zarządzeniem nr 3/2022 zniesiono wszystkie zmiany w funkcjonowaniu Domu w okresie pandemii SARS-CoV-2. W Domu nie wystąpiły przypadki konieczności umieszczania mieszkańców w izolacji.

(akta kontroli tom I str.130-145.)

W czasie pandemii mieszkańcy mieli zapewnioną opiekę lekarza internisty i psychiatry. Konsultacje internistyczne odbywały się w postaci teleporad lub (jeśli wymagała tego sytuacja) w warunkach bezpośredniej obecności lekarza przy zachowaniu reżimu sanitarnego. Opieka psychologa była zapewniona w okresie od początku pandemii do 31 grudnia 2021 r., a następnie dopiero od dnia 7 października 2022 r., o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*

Wizyty w poradniach specjalistycznych odbywały się również w formie teleporady, z wyjątkiem sytuacji gdy stawiennictwo mieszkańca było obowiązkowe np. nagle urazy.

(akta kontroli tom I str.110)

Na potrzeby DPS, opracowano i wdrożono szereg wewnętrznych procedur i instrukcji regulujących zasady funkcjonowania Domu. Były to m.in. procedury dotyczące: zasad postępowania w stanach zagrożenia życia i zdrowia samowolnego oddalenia się mieszkańca, odwiedzin, organizowania wyjść mieszkańców poza teren DPS, skarg, zażaleń i wniosków, utrzymania higieny osobistej, postępowania podczas kąpieli i utrzymania czystości, dokonywania zakupów i postępowania z zakupami finansowanymi ze środków własnych mieszkańców<sup>26</sup>, postępowania ze środkami finansowymi mieszkańców oraz depozytami. W Domu została również wprowadzona<sup>27</sup> procedura postępowania w przypadku zgonu mieszkańca i organizacji pochówku, określająca tryb postępowania z ciałem zmarłego i związane z tym uprawnienia rodziny oraz rolę Domu i innych podmiotów po śmierci mieszkańca. Procedura przewidywała, że po upływie dwóch godzin o czasie stwierdzenia zgonu przez lekarza ciało zmarłego powinno zostać zabrane do chłodni. Do tego czasu ciało zmarłego pozostawało w pokoju, który zamieszkiwał. Współmieszkańcy na ten czas byli przeniesieni do pokoju gościnnego. Po zabraniu ciała zmarłego pokój został poddawany naświetlaniu specjalną lampą bakteriobójczą. Personel gruntownie mył i dezynfekował całe pomieszczenie i wszystkie łóżka. Przedmioty należące do zmarłego zabezpieczał personel dyżurny, a następnie porządkował je pracownik pierwszego kontaktu. Na życzenie mieszkańca, lub w przypadku gdy nie posiadał on rodziny, a także w sytuacji odmowy pomocy z jej strony, organizacją pogrzebu zajmował się pracownik socjalny Domu.

(akta kontroli tom I str. 165-166)

<sup>26</sup> Wprowadzone Zarządzeniem nr 14/2019 Dyrektora DPS w Obrytem z dnia 31.12.2019 r.

<sup>27</sup> Od dnia 31.12.2019 r.;

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 Obrytem<sup>28</sup>, 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.

Wprowadzone regulacje były zgodne z przepisami rozporządzenia w sprawie DPS oraz wymogami art. 55 ust. 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej i nie zawierały zapisów ograniczających prawa mieszkańców.

(akta kontroli tom I str. 146-216)

Od 31 stycznia 2024 r. Dyrektor wprowadził procedurę rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych<sup>29</sup>, zgodnie z którą w rejestrze musiały się znaleźć zdarzenia nadzwyczajne 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 ma przekazywać informacje zawarte w rejestrze staroście prowadzącemu Dom tj. Staroście Pułtuskiemu. Do czasu zakończenia czynności kontrolnych takie zdarzenia nie wystąpiły.

(akta kontroli tom I str. 189-197)

1.1. W latach 2021 -2023 w Domu funkcjonowały cztery zespoły opiekuńczo-terapeutyczne<sup>30</sup>, w których zatrudnionych było:

- na 31 grudnia 2021 r. było 108 osób zapewniających usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające (106,15 etatu), tj. 4 pracowników socjalnych (4 etaty), 4 kierowników (3 etaty), 11 pielęgniarek (10,75 etatu), 58 opiekunów (57,5 etatów), 72 pracowników gospodarczych i obsługi (71 etatów), jeden rehabilitant (1 etat), 10 terapeutów (9,4 etatu), 17 opiekunów medycznych (17 etatów) i jeden kapelan (0,5 etatu);
- na 31 grudnia 2022 r. było 109 osób zapewniających usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające (106,9 etatu), tj. 5 pracowników socjalnych (4 etaty), 3 kierowników (3 etaty), 11 pielęgniarek (10,75 etatu), 57 opiekunów (57 etatów), 72 pracowników gospodarczych i obsługi (71,5 etatu), jeden rehabilitant (1 etat), 10 terapeutów (9,4 etatu), 17 opiekunów medycznych (17 etatów) i jeden kapelan (0,5 etatu);
- na 31 grudnia 2023 r. było 108 osób zapewniających usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające (104,9 etatu), tj. 4 pracowników socjalnych (4 etaty), 3 kierowników (3 etaty), 11 pielęgniarek (10,75 etatu), 57 opiekunów (56 etatów), 69 pracowników gospodarczych i obsługi (68,25 etatu), jeden rehabilitant (1 etat),

<sup>28</sup> Stanowiący załącznik nr 3 do Regulaminu Mieszkańców DPS w Obrytem, wprowadzonego Zarządzeniem nr 6/2016 r. Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pułtusku z 20 lipca 2016 r.;

<sup>29</sup> Procedura wprowadzona Zarządzeniem nr 5/2024 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej z 31 stycznia 2024 r. w sprawie wprowadzenia Procedury rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych w Domu Pomocy Społecznej w Obrytem.

<sup>30</sup> Dalej: ZTO;

10 terapeutów (9,4 etatu), 17 opiekunów medycznych (17 etatów) i jeden kapelan (0,5 etatu).

Wśród pracowników spoza działu terapeutyczno – opiekuńczego funkcję pracownika pierwszego kontaktu pełnili: 3 kierowników (kierownik pralni, kierownik kuchni, kierownik zespołu opiekuńczego), 1 pracownik działu gospodarczego (magazynier), 1 pracownik administracji (sekretarka).

Według stanu na koniec każdego roku objętego kontrolą, wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, wynosił: w 2021 – 0,44, w 2022 – 0,44, w 2023 – 0,45. W poszczególnych latach, wskaźnik 0,5 pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego na jednego mieszkańca domu nie był spełniony stosownie do § 6 ust.2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie DPS, *o czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.*

Funkcja pracownika pierwszego kontaktu każdej z tych osób powierzona została na prośbę mieszkańca. Każdy z pracowników wyraził zgodę (ustną) na podjęcie się obowiązków wynikających z pełnienia funkcji pracownika pierwszego kontaktu. Żadna z tych osób nie otrzymuje wynagrodzenia z racji pełnionej funkcji PPK<sup>31</sup>, a wynikające z niej czynności wykonuje z własnej woli, w godzinach pracy, w czasie przerw lub po pracy oraz za każdym razem gdy przydzielony mieszkaniec zgłosi problem lub chęć rozmowy. Pokojowe nie pełnią funkcji pracowników pierwszego kontaktu. Praca wykonywana przez pokojowe i pracowników gospodarczych nie jest bowiem bezpośrednią pracą z mieszkańcem, jednak 30% ich czasu pracy wypełniają czynności związane z bezpośrednim kontaktem z mieszkańcami. W odniesieniu do kapelana i fryzjerki do wskaźnika wliczane jest 100% wymiaru czasu pracy.

(akta kontroli tom I str. 94-96 oraz tom II str. 1-2)

W okresie objętym kontrolą na umowę o pracę byli zatrudnieni pracownicy socjalni odpowiednio: w 2021 r. – 4 pracowników (4 etaty) na 294 mieszkańców, w 2022 r. – 5 pracowników (4 etaty) na 296 mieszkańców oraz w 2023 r. – 4 pracowników (4 etaty) na 286 mieszkańców. Liczba zatrudnionych pracowników socjalnych nie spełniała 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, *o czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli tom I str. 94)

W okresie od 1 stycznia 2021 r. do 3 grudnia 2021 r. dla mieszkańców dostępny był psycholog zatrudniony na podstawie umowy o pracę na 0,5 etatu. Psycholog był dostępny dla mieszkańców w każdy piątek od godz. 14.00, co oznaczało że był dostępny dla mieszkańców co najmniej 4 razy w miesiącu. Jeżeli mieszkańcy wyrażali chęć rozmowy z psychologiem i nie zostali przyjęci w piątek z powodu dużej ilości zgłoszonych osób, psycholog przyjmowała wtedy pozostałe osoby dodatkowo w sobotę. Zadaniowy system pracy umożliwiał psychologowi dostosowanie czasu poświęcanego mieszkańcom do zgłaszanych przez nich potrzeb

W okresie od 3 grudnia 2021 r. do 7 października 2022 r. Dom nie zatrudniał psychologa. Kolejną umowę z psychologiem zawarto na 0,25 etatu w dniu 7 października 2022 r. Opieka psychologiczna dostępna jest dla mieszkańców Domu w każdy piątek od godz. 14.00 oraz w razie potrzeby w sobotę.

---

<sup>31</sup> Pracownik pierwszego kontaktu;

W latach 2021-2024, na podstawie umowy o świadczeniu usług psychiatra był dostępny dla mieszkańców stacjonarnie, nie rzadziej niż dwa razy w miesiącu. Ponadto, w formie konsultacji telefonicznych, lekarz udzielił w 2021 r. – 182 konsultacje, w 2022 r. – 126 konsultacji, w 2023 r. – 71 konsultacji oraz w 2024 r. (do 30 kwietnia) – 34 konsultacje;

(akta kontroli tom I str. 217-243 oraz str. 262-263 )

Dyrektor wyjaśnił, że ze względów finansowych trudno było na stałe pozyskać lekarza psychiatrę oraz psychologa. Dom nie był w stanie zaoferować stawki, która byłaby satysfakcjonująca. W związku z tym specjaliści nie wyrażają chęci do podjęcia pracy na cały etat za proponowaną stawkę. Problemy zatrudnienia psychiatry i psychologa sygnalizowano w formie ustnej w jednostkach nadzorujących tj. PCPR i Starostwie Powiatowym w Pułtusk. Podczas trwania kontroli zamieszczono ogłoszenie o pracę na stanowisku psychologa w pełnym wymiarze czasu pracy, z terminem składania ogłoszeń do 14 maja 2024 r.

(akta kontroli tom I str. 222-224 )

1.4 Dom składał się z sześciu budynków pozbawionych barier architektonicznych, w tym z czterech mieszkalnych (A,B,C,D) dla przewlekle psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie z podziałem na bloki. Liczba miejsc w poszczególnych budynkach nie przekraczała 100. W budynkach mieszkalnych DPS znajdowały się pomieszczenia wskazane w § 6 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie DPS. W Domu znajduje się również pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia, wskazane w § 6 ust. 1 pkt 2 lit. g rozporządzenia w sprawie DPS. Dom nie posiada izolatki. W Domu znajdują się 2 palarnie oraz wyznaczone miejsca na zewnątrz budynku. Teren wokół budynku jest ogrodzony i zagospodarowany. DPS nie posiada żadnego monitoringu. Dom wyposażony jest w system przeciwpożarowy i sprawny system przyzywowo-alarmowy z indywidualnymi przyciskami, zamontowanymi przy łóżku każdego mieszkańca. Pomieszczenia mieszkalne oraz ciągi komunikacyjne były prawidłowo oznakowane znakami ostrzegawczymi oraz ewakuacyjnymi. Znaki były umieszczone nad drzwiami/przegrodami lub wzdłuż ciągów komunikacyjnych.

Natomiast, w pomieszczeniu stołówki oraz w przejściu do jadalni dla osób z dysfunkcjami ruchowymi nie umieszczono oznaczeń traktu ewakuacyjnego oraz nie było właściwego zabezpieczenia włącznika systemu wentylacyjnego. Ze względu na rozmieszczenie pomieszczeń, nie były również widoczne oznaczenia znajdujące się w korytarzu głównym, co było niezgodne z § 4 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów i terenów<sup>32</sup>, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Dom jest dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych. Dom posiada sprawną windę osobową i 2 dźwigi towarowe do użytku pralni i kuchni. Pokoje mieszkalne wyposażono: w łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła, szafkę nocną dla każdego mieszkańca domu oraz odpowiednią do liczby osób mieszkających w pokoju liczbę wyprowadzeń elektrycznych. Pod względem wyposażenia pokoje mieszkalne odpowiadały standardowi określone w rozporządzeniu w sprawie DPS. Wszystkie pokoje mieszkalne spełniały wymogi dotyczące powierzchni przypadającej na mieszkańca. Dom dysponował 111 pokojami mieszkalnymi, w tym 2 pokojami jednoosobowymi, 41 pokojami dwuosobowymi, 58 pokojami trzyosobowymi oraz 10 pokojami czteroosobowymi. Na dzień oględzin wszystkie pokoje czteroosobowe były zamieszkałe przez trzech mieszkańców. W pokojach dla osób leżących znajdowały się parawany dla zapewnienia godności mieszkańca podczas zabiegów pielęgnacyjnych. Liczba łazienek i toalet dostosowana była do liczby mieszkańców

<sup>32</sup> Dz. U. z 2023 r., poz. 822;.

przebywających w placówce i była zgodna ze standardem określonym w § 6 ust. 1 pkt 4 lit a ww. rozporządzenia. W placówce znajduje się 17 łazienek przy pokojach mieszkalnych, wyposażonych w umywalkę, sedes i prysznic oraz 27 łazienek ogólnodostępnych, wyposażonych w prysznic lub wannę, umywalki i sedes. Łazienki i toalety są przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Łazienki wyposażone były w zamykane kabiny lub zasłonki zapewniające godność i intymność.

W Domu nie ma wydzielonego pokoju przeznaczonego do spotkań intymnych, na życzenie mieszkańców udostępniany jest w tym celu pokój gościnny.

Na głównej tablicy ogłoszeń, umieszczonej w holu głównym Domu, wywieszone były informacje o depozytach po zmarłych mieszkańcach.

Mieszkańcom Domu zapewniono pięć posiłków dziennie (śniadanie, drugie śniadanie, obiad, podwieczorek i kolację). Jadłospisy były czytelnie oznaczone i wywieszone na tablicach informacyjnych w poszczególnych budynkach oraz na stołówce. Obejmowały jadłospisy dla wszystkich mieszkańców jak i mieszkańców ze zleconymi przez lekarzy dietami. Posiłki dla mieszkańców przygotowywane są na miejscu i każdy ma możliwość wyboru zestawu oraz dodatkowej porcji, np. zupy czy drugiego dania. Godziny wydawania posiłków były zgodne z podanymi w jadłospisach, a czas wydawania posiłków wynosił dwie godziny (w czasie epidemii czas wydawania kolacji był krótszy – wynosił 1,45 godziny). Podstawowe produkty żywnościowe oraz napoje były dostępne dla mieszkańców całodobowo. Produkty przechowywane były w kuchenkach w poszczególnych budynkach (dostępne lodówki), a dodatkowo każdy z mieszkańców posiadał własną szafkę metalową, w której mógł przechowywać produkty spożywcze, słodczy, itd. Dyrektor oświadczył ponadto, że mieszkańcy mieli możliwość spożywania posiłków m.in. w pokojach mieszkalnych, a w razie potrzeby byli również karmieni.

Ręczniki były zmieniane raz w tygodniu, a bielizna pościelowa niezwłocznie lub nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie. Odzież, bielizna osobista, ręczniki i bielizna pościelowa prane były w pralni Domu. Odzież i bielizna osobista mieszkańców oznaczona jest inicjałami lub imieniem i nazwiskiem mieszkańca i jest prana co tydzień w wyznaczone dla poszczególnych bloków dni i godziny. Pranie ręczników i bielizny pościelowej odbywało się codziennie. W Domu nie prowadzono ewidencji wymiany pościeli i ręczników. Dyrektor wyjaśnił, że (...) nie prowadzi rejestru wymiany pościeli i ręczników. Zmiana pościeli odbywa się raz na dwa tygodnie, a ręczników 2-3 razy w tygodniu lub w razie potrzeby częściej zarówno pościeli jak i ręczników (...). W trakcie kontroli, od dnia 7 maja 2024 r. wprowadzono grafiki wymiany pościeli i ręczników, w których szczegółowo oznaczono wymiany dla każdego mieszkańca.

Mieszkańcom umożliwiono udział w zajęciach terapeutycznych (w budynku D była sala terapii zajęciowej), gdzie mogli korzystać z różnych form terapii (m.in. socjoterapii, zajęć manualnych, plastycznych, zajęć twórczych, konstrukcyjnych, relaksacyjnych, muzykoterapii, biblioterapii, filmoterapii, zajęć plastycznych, manualnych, muzykoterapii, ergoterapii). Mieszkańcy mieli dostęp do książek i prasy (biblioteczki w salach terapii zajęciowej). Na tablicach informacyjnych w każdym budynku umieszczono m.in.: informacje o warunkach bezpieczeństwa w czasie epidemii, informacje na temat udzielania pierwszej pomocy, informacje o możliwości składania skarg i wniosków, jadłospisy z godzinami podawania posiłków (w tym diety), informacje na temat nieodpłatnej pomocy prawnej, dane kontaktowe do Rzecznika Praw Obywatelskich. Mieszkańcy mieli możliwość udziału w imprezach kulturalnych i turystycznych, organizowane były dla nich m.in. święta i uroczystości okazjonalne. Zapewniono możliwość kontaktu z kapłanem i udział w praktykach religijnych w kaplicy.

W Domu<sup>33</sup> był dostępny gabinet rehabilitacyjny gdzie prowadzone były zajęcia usprawniające (fizykoterapii i kinezyterapii). Gabinet wyposażony był w lampę solux, aparat do terapii ultradźwiękowej, 3 aparaty isodynamic do elektrolecznictwa, laser biostymulacyjny, terapuls aparat do leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej częstotliwości), aparat akwawibron, bieżnię, dwa rowery stacjonarne, orbitrek, rotory do ćwiczeń, magnetronik,, drabinkę, lampę solux, lampę do laseroterapii, UGUL, magnetronik, rotory, rowerki do ćwiczeń, wioślarza, stolik do terapii manualnej, drabinkę, terapuls – znajduje się na korytarzu poza gabinetem.

Objęte oględzinami pomieszczenia DPS były czyste, wolne od nieprzyjemnych zapachów, a według oświadczenia Dyrektora, sprzątane były co najmniej dwa razy dziennie a w miarę potrzeby częściej.

Mieszkańcom Domu zapewniano pomoc w utrzymaniu higieny osobistej (kąpiel, golenie, strzyżenie – dokumentowane w kartach kąpieli mieszkańca). Dyrektor oświadczył, że wymiana pościeli i ręczników w pokojach odbywała się raz na dwa tygodnie oraz w miarę potrzeb. Dom zapewniał mieszkańcom środki czystości i środki higieniczne, w szczególności wskazane w § 6 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia w sprawie DPS. Dyrektor oświadczył, że wymiana pościeli i ręczników w pokojach odbywała się raz w tygodniu oraz w miarę potrzeb. W DPS nie prowadzono grafików sprzątania i wymiany pościeli i ręczników. W konsekwencji, nie było możliwe zweryfikowanie, czy DPS faktycznie wywiązuje się z ww. wymogów. Dom w miarę potrzeby zapewniał mieszkańcom środki czystości i środki higieniczne, w szczególności wskazane w § 6 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia w sprawie DPS. Od 7 maja br. wprowadzono oddzielne rejestry dla wymiany pościeli i ręczników, które faktycznie będą dokumentowały wykonywane przez pracowników czynności.

W toku oględzin stwierdzono, że Dom spełnia wymogi określone w § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DPS.

(akta kontroli tom I str. 244-247)

Analiza akt osobowych 20 pracowników wykazała, że wszyscy posiadali kwalifikacje niezbędne do zajmowania określonego stanowiska, w tym:

- a) pracownicy socjalni (pięcioro) – wszyscy posiadający kwalifikacje, o których mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o zmianie ustawy o pomocy społecznej<sup>34</sup> stanowiącego, że osoby, które do dnia 1 stycznia 2008 r. otrzymały dyplom uzyskania tytułu zawodowego w zawodzie pracownik socjalny, mogą wykonywać zawód pracownika socjalnego oraz kwalifikacje w zakresie wymagań określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 października 2021 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych<sup>35</sup> oraz przepisów odrębnych określających wymagania w zakresie wykonywania poszczególnych zawodów;
- b) pielęgniarki (11) – aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, jedna osoba: dyplom pielęgniarki specjalisty z pielęgniarstwa geriatrycznego;
- c) kierownik zespołu opiekuńczego – studia pedagogiczne – pedagogika pracy i organizacji, II stopień: doradztwo zawodowe i personalne (staż pracy w DPS 11 lata);
- d) starszy fizjoterapeuta – ukończone medyczne studium zawodowe (1994 r.) – aktualne prawo wykonywania zawodu z (2018) r.;

<sup>33</sup> W bloku D nr pom.32;

<sup>34</sup> Dz. U. z 2007 r. Nr 48 poz. 320.

<sup>35</sup> Dz. U. poz. 1960 od 1 listopada 2021 r., poprzednio Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. poz. 936, ze zm.).

- e) psycholog – dyplom magistra psychologii (psychologia kliniczna) – 2020 r.,
- f) opiekun medyczny – wykształcenie średnie, dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego z 2018 r.;

Wszyscy ww. pracownicy uczestniczyli w szkoleniach, o których mowa w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS. Szkolenie z zagadnień dotyczących praw mieszkańca przeprowadzone we wrześniu 2019 r. obejmowało swoim zakresem również inną tematykę (m.in. dotyczącą usług wspomagających, zadań pracowników pierwszego kontaktu), a szkolenie przeprowadzone we wrześniu 2022 r. obejmowało poza prawami mieszkańca także informacje dotyczące metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej oraz studium w zakresie profilaktyki i terapii zachowań trudnych mieszkańców. Wymagane szkolenia przeprowadzano z częstotliwością raz na dwa lata. Dodatkowo 13 marca w 2024 r. wszyscy pracownicy zespołu terapeutyczno-opiekuńczego odbyli szkolenie z zakresu pierwszej pomocy.

(akta kontroli tom II str. 3-5)

1.5. Zasady, tryb przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków określał rozdział § 13 regulaminu organizacyjnego Domu. Dom zapewniał przestrzeganie praw mieszkańców, dostępność do informacji o prawach i sposobie załatwiania skarg i wniosków, ich rodzin i opiekunów. Natomiast przyjęcia w sprawach skarg i wniosków odbywały się na bieżąco w godzinach pracy od 8.00-16.00 (codziennie).

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

(akta kontroli tom I str. 162 )

W okresie objętym kontrolą w rejestrze skarg i wniosków odnotowano łącznie pięć skarg, dwie w 2022 r., dwie w 2023 r. i jedną w 2024 r. Skargi zostały złożone przez jednego mieszkańca Domu i dotyczyły niewłaściwego zachowania innych mieszkańców DPS. W każdym przypadku zostały przeprowadzone rozmowy wyjaśniające zarówno z mieszkańcem, pozostałymi mieszkańcami Domu, jak i pracownikami DPS. Prawdliwość i terminowość załatwiania skarg i wniosków osób z zaburzeniami psychicznymi przebywającymi w Domu była sprawdzana podczas kontroli przeprowadzanych przez Sąd Rejonowy w Pułtusk. Kontrole nie wykazały nieprawidłowości w tym zakresie.

(akta kontroli tom II str. 6)

W okresie objętym kontrolą w DPS, przeprowadzono łącznie 19 kontroli. I tak:

- w 2021 r. odbyły się trzy kontrole, jedną przeprowadził Sąd Rejonowy w Pułtusk (dalej: SR), a drugą PCPR oraz kompleksowa kontrola Państwowej Powiatowej Inspekcji Sanitarnej w Pułtusk<sup>36</sup> z działów żywienia, higieny pracy, higieny komunalnej oraz epidemiologii. Kontrola przeprowadzona przez PCPR oraz SR nie wykazały żadnych nieprawidłowości. Jedynie kontrola PPIS wskazała na konieczność wykonania szczepienia WZW typu B pracownikom pracującym przy zastosowaniu substancji chemicznych niebezpiecznych - zalecenie zostało wykonane po zakończeniu kontroli;

---

<sup>36</sup> Dalej: PPIS;

- w 2022 r. przeprowadzono łącznie siedem kontroli, w tym trzy kontrole PCPR (jedna okresowa oraz dwie doraźne), jedna kontrola SR, dwie kontrole PPIS, kontrola Wojewody Mazowieckiego, dotycząca jakości usług świadczonych przez Dom, stanu i struktury zatrudnienia, kwalifikacji pracowników oraz przestrzegania praw mieszkańców. Kontrole nie wykazały żadnych nieprawidłowości. Jedynie PPIS 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 sześć kontroli. Kontrola PCPR i kontrola SR, które nie wykazały żadnych nieprawidłowości.. PPIS przeprowadził dwie kontrole, z których pierwsza dotyczyła pionu żywienia, a druga zakresu higieny komunalnej. Kontrola PPIS z zakresu higieny komunalnej<sup>37</sup> wykazała wystąpienie bakterii Legionella w instalacji ciepłej wody w obiekcie. W wyniku kontroli wydano decyzję nakazującą m.in. podjęcie działań naprawczych w celu doprowadzenia jakości wody ciepłej z instalacji ciepłej wody w budynku DPS w Obrytem do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, dokonanie przeglądu technicznego sieci wodociągowej oraz sprawdzenie temperatury wody oraz doprowadzenie jakości wody ciepłej z instalacji ciepłej wody w budynku DPS w Obrytem do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi<sup>38</sup>. Kontrola PPIS z zakresu pionu żywności nie wykazała żadnych nieprawidłowości.

Ponadto, Starosta Pułtusi przeprowadził kontrolę stanu przygotowań DPS do realizacji zadań obronnych, która objęła okres 2018-2022. Kontrola wykazała pełne przygotowanie Domu do realizacji zadań obronnych<sup>39</sup>;

- w 2024 r. (do 30 maja) przeprowadzono trzy kontrole. Kontrolę przeprowadził PCPR SR oraz Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych<sup>40</sup>. Kontrola PCPR nie sformułowała zaleceń pokontrolnych.

(akta kontroli tom II str. 7-134)

1.6.W ramach funkcjonującej w DPS kontroli zarządczej<sup>41</sup>, formułowano cele, określano mierniki stopnia ich realizacji oraz monitorowano ich osiągnięcie<sup>42</sup>. Dyrektor dokonywał analizy i oceny działalności Domu w obszarze wsparcia udzielanego mieszkańcom oraz przestrzegania ich praw. Wybrane mierniki dotyczyły zadań, za pomocą których wyznaczone cele miały zostać osiągnięte.

Raz w roku dokonywano identyfikacji i analizy ryzyk, pod kątem ich przyczyn, skutków i istotności, określano istniejące i proponowane mechanizmy kontrolne, wskazywano osoby odpowiedzialne za ich wdrożenie. Dyrektor w terminie do 31 stycznia następnego roku składał raport z monitoringu ryzyka za rok poprzedni. Raz w roku

<sup>37</sup> Przeprowadzona 13.07.2023 r.,

<sup>38</sup> Dz. U. poz. 2294;

<sup>39</sup> Kontrola przeprowadzona przez pracowników Starostwa Powiatowego w Pułtusk;

<sup>40</sup> Na dzień zakończenia czynności nie wpłynęły protokoły z kontroli Sądu Rejonowego i ZUS;

<sup>41</sup> Zarządzeniem nr 8/2012 z 23 lipca 2012 r. Dyrektor wprowadził politykę zarządzania ryzykiem wewnętrznym a zarządzeniem nr 9/2012 z dnia 23 lipca 2012 r. ustalono regulamin kontroli zarządczej.

<sup>42</sup> Celem określonym w planie działalności na 2021, 2023 i 2024 r. w objętym kontrolą obszarze było zapewnienie mieszkańcom zapewnienie mieszkańcom świadczenia usług bytowych, opiekuńczych oraz wspomagających i edukacyjnych na poziomie obowiązujących standardów, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców, w oparciu o przyjęte wartości etyczne. Wykonanie wskazanych w 2021 celów (wyposażenie pokoi w nowe łóżka) zmierzono za pomocą miernika ilościowego – stopniem wykonania celu była ilość zakupionych łóżek w stosunku do ilości zaplanowanych do zakupu przy ustalaniu celu. Drugi z podanych celów (wyeliminowania błędów księgowych w jednostce) mierzono przy pomocy miernika jakościowego – wykonanie celu uznano za dokonane, jeżeli brak było błędów w księgach rachunkowych, które byłyby ujawnione przez wyniki przeprowadzonych audytów i kontroli. Celem na 2022, 2023 i 2024 było dostosowanie działań opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych do potrzeb mieszkańców, przez realizację zadań wyznaczonych do wykonania przez pracowników pierwszego kontaktu, opiekunki, pielęgniarki, pracowników socjalnych. podnoszenie kwalifikacji pracowników oraz poprawę przepływu informacji.

przeprowadzano też samoocenę systemu kontroli zarządczej, a na podstawie raportu z samooceny sporządzano informację o stanie kontroli zarządczej w DPS.

W DPS, zgodnie z postanowieniami zarządzenia nr 13/2019 w sprawie wprowadzenia Regulaminu Kontroli Wewnętrznej<sup>43</sup> zatwierdzono do realizacji roczne plany kontroli. W obszarze wsparcia udzielanego mieszkańcom w latach 2021-2023 zrealizowano ich trzy, żadna nie wykazała nieprawidłowości. Przeprowadzono również ocenę wyników badania ankietowego przeprowadzonego wśród pracowników Domu na potrzeby weryfikacji stanu kontroli zarządczej w jednostce za lata 2021, 2022 i 2023. Składano również oświadczenia częściowe dotyczące stanu kontroli zarządczej do Starostwa Powiatowego w Pułtusku za ww. lata.

(akta kontroli tom II str.135-220)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1.Liczba mieszkańców przebywających w Domu Pomocy Społecznej w Obrytem, według stanu na 31 grudnia w latach 2021-2022 wynosiła odpowiednio 294 oraz 296 i przekraczała limit miejsc, określony w zezwoleniu Wojewody tj. 290 osób. Dyrektor wyjaśnił, 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 cztery takie osoby, a w 2022 r. - sześć. Ponadto wpływ na przekroczenie limitu miały długotrwałe pobyty mieszkańców poza Domem, ze względu na toczące się postępowania sądowe ( 4 mieszkańców), którzy złożyli do sądu wnioski o zmianę postanowienia w celu powrotu do środowiska.

2.W pomieszczeniu stołówki oraz w przejściu do jadalni dla osób z dysfunkcjami ruchowymi nie umieszczono oznaczeń traktu ewakuacyjnego oraz nie było właściwego zabezpieczenia włącznika systemu wentylacyjnego. Ze względu na rozmieszczenie pomieszczeń, nie były również widoczne oznaczenia znajdujące się w korytarzu głównym, co jest niezgodne z § 4 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów i terenów.

Jak wyjaśnił Dyrektor coroczne kontrole Powiatowej Komendy Straży Pożarnej nie wykazały braku oznaczeń przejść-wyjść dróg ewakuacyjnych. Ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańców w miejscu zbiorowego żywienia, dotyczącego bezpiecznego przemieszczania się na ciągach komunikacyjnych podjęto niezwłoczne działania do zapewnienia poprawy bezpieczeństwa mieszkańców. W trakcie trwania kontroli oznakowano kierunki ewakuacji oraz przejścia prowadzące do wyjścia ewakuacyjnego poza teren stołówki. Zabezpieczono również włącznik systemu wentylacyjnego przed nieuzasadnionym użyciem przez osoby przebywające w pomieszczeniu stołówki.

3.W okresie objętym kontrolą Dom nie spełniał warunków efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających, określonych w § 6 ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie DPS, tj.

- nie zatrudniał w pełnym wymiarze czasu pracy co najmniej dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców (w 2021 r. - 4, w 2022 r. - 5, oraz w 2023 r. - 4 pracowników socjalnych - po 4 etaty w każdym ww. roku).

<sup>43</sup> z dnia 31.12.2019 r.

- nie zapewniał odpowiedniego kontaktu z psychologiem<sup>44</sup> (w okresie od 3 grudnia 2021 r. do 7 października 2022 r.) i lekarzem psychiatrą<sup>45</sup>.

Zgodnie z wyjaśnieniami, Dyrektor miał świadomość braków w obsadzie pracowników socjalnych w Domu. Wyjaśnił, że kontrole PCPR nie kwestionowały tego stanu rzeczy i nie stwierdzały nieprawidłowości w tym obszarze. DPS nie występował o dodatkowe środki na ten cel, gdyż nie było chętnych, wykwalifikowanych osób chcących podjąć pracę pracownika socjalnego.

W roku 2021 psycholog był zatrudniony na 0,5 etatu. Po zakończeniu przez niego pracy, w okresie od 3.12.2021 r. do 7.10.2022 r. Dom nie zatrudniał żadnego psychologa. Dopiero od 8.10.2022 r. ponownie zatrudniono psychologa na 0,25 etatu. Psycholog zrealizował następującą ilość konsultacji: 2021-0, 2022-10, 2023-22, 2024-13;

Jak wyjaśnił Dyrektor, w okresie kiedy był zatrudniony psycholog, opieka psychologiczna na terenie DPS była dostępna w każdy piątek, zwykle od godz. 14.00 oraz w razie potrzeby również w sobotę. Po zakończeniu pracy psychologa w 2021 r. przez okres od 3 grudnia 2021 r. do 7 października 2022 r. nie podejmowano żadnych skutecznych działań mających na celu zatrudnienie psychologa. Prowadzono jedynie rozmowy z osobą posiadającą wykształcenie psychologiczne, jednak nie zdecydowała się ona podjąć współpracy z DPS w Obrytem. Od 8 października wymiar czasu pracy psychologa to 0,25 etatu.

Dostępność lekarza psychiatry była znacznie ograniczona, ze względu na brak określenia dni i godzin przyjęć w DPS. Mieszkańcy mogli jedynie zapisywać się na wizyty do psychiatry, jednak nie mieli możliwości potwierdzenia terminów wizyt ani określonych godzin. Na próbie trzech spraw trzech mieszkańców DPS stwierdzono, że w okresie objętym kontrolą dwóch mieszkańców odbyło po dwie konsultacje, a trzeci cztery. Nie można było ustalić długości trwania tych wizyt, gdyż dokumentowanie ich odbywało się w formie list zbiorczych. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora zawarta z lekarzem psychiatrą umowa o świadczenie specjalistycznych usług psychiatrycznych określała, że psychiatra musi być dostępny osobiście dla mieszkańców nie rzadziej niż dwa razy w miesiącu, natomiast nie regulowała ilości dni ani godzin przewidzianych na wizyty lekarza w danym miesiącu. W dni, w które lekarz psychiatra wyznaczał swoją obecność na terenie Domu, personel pielęgniarski przygotowywał do konsultacji osoby wymagające rozmowy i badania przez lekarza psychiatrę oraz zgłaszały się osoby, które wyraziły chęć rozmowy z psychiatrą. Dodatkowo lekarz psychiatra realizował również doraźne konsultacje telefoniczne. Dotychczas żaden mieszkaniec, żaden członek personelu, ani żadna z kontroli, która miała miejsce w ostatnim czasie nie zgłosiły konieczności zwiększenia częstotliwości wizyt lekarza psychiatry, toteż realizowana w placówce opieka psychiatryczna uznawana była za wystarczającą. W okresie objętym kontrolą nie podejmowano działań zmierzających do zwiększenia dostępności lekarza psychiatry dla mieszkańców DPS.

4. Dyrektor DPS nie zapewnił osiągnięcia wymaganego poziomu wskaźnika zatrudnienia pracowników Zespołu T-O w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na jednego mieszkańca, czym naruszono § 6 ust. 2 pkt 3 lit. c rozporządzenia w sprawie DPS. Zgodnie z tym przepisem, wskaźnik ten, w domu przeznaczonym dla osób przewlekle psychicznie chorych, powinien wynosić nie mniej niż 0,5 na jednego

<sup>44</sup> Umowa z 30.07.2019 r. oraz umowa z 07.10.2022 r.

<sup>45</sup> Na podstawie zawartych umów z Indywidualną Specjalistyczną Praktyką Psychiatryczną Beata Ryszewska-Pokraśniewicz ul. Chopina 11 lok. 7U, 07-200 Wyszków- na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii nad mieszkańcami DPS w Obrytem. Umowa nr z 31.12.2020 r. nr DPS.ZP.264/UM28/2020, z 31.12.2021 r. nr DPS.ZP.264/UM28/2021, z 02.01.2023 r. nr DPS.ZP.264/UM1/2023;

mieszkańca. Faktycznie wskaźnik wynosił odpowiednio 0,44 (na 31 grudnia 2021 r.), 0,44 (na 31 grudnia 2022 r.), 0,45 (na 31 grudnia 2023 r.) Do wskaźnika Dyrektor wliczał w pełnym wymiarze czasu pracy pokojowe, które w zakresach czynności nie miały opieki nad mieszkańcami, ale utrzymywanie czystości i porządku w pokojach mieszkalnych, pomieszczeniach ogólnie dostępnych, ciągach komunikacyjnych, toaletach, pomieszczeniach gospodarczych, stołówce, (mycie podłóg, okien, wanien, umywalk, wc, ścian); stosowanie, przechowywanie oraz zabezpieczenie środków czystości oraz środków dezynfekcyjnych; wymianę bielizny i pościeli, racjonalne gospodarowanie środkami czystości, dbanie o powierzony sprzęt i narzędzia pracy, wpisywanie w rejestr usterek awarii i usterek.

Jak wyjaśnił Dyrektor, doliczano do liczby pracowników zespołu opiekuńczo-terapeutycznego pracowników zatrudnionych na stanowiskach gospodarczych i obsługi, których praca jest w bliskim kontakcie z mieszkańcami przez cały czas wykonywania przez nich obowiązków na swoim stanowisku, jednak bez określenia tych czynności w zakresie czynności pracowników. W DPS w Obrytem liczba zatrudnionych na stanowiskach gospodarczych i obsługi wynosiła: na 31.12.2021 r. – 72 (71 etatów), na 31.12.2022 r. – 72 (71,5 etatu) oraz na 31.12.2023 r. – 69 (68,25 etatu). Realizują oni swoje obowiązki na terenie wokół Domu oraz w blokach mieszkalnych, a obecność mieszkańców podczas wykonywania przez nich jest nieodzowna, rozmowy z mieszkańcami są elementem ich pracy. Z zakresów czynności nie wynika jakie usługi opiekuńcze pełnią w stosunku do mieszkańca, jednak to, że sprzątają ich pokoje, łazienki, pomieszczenia wspólne, dbają o otoczenie budynków (np. sadzą kwiaty, grabią, plewią), to jest to czas spędzony z mieszkańcami jako forma terapii przez pracę oraz obcowanie z przyrodą. Mieszkańcy przy ich udziale uczą się tym samym estetyki i dbałości o wygląd Domu. Niejednokrotnie też przejmują opiekę nad mieszkańcami, w nieprzewidzianych sytuacjach (złe samopoczucie, choroba, nagły wyjazd). Ponadto w większości są oni osobami pierwszego kontaktu mieszkańców, którzy sami ich wskazali, dlatego też chętnie z nimi spędzają czas.

(akta kontroli II str.1-2)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Choć wewnętrzne procedury zapewniały przestrzeganie praw mieszkańców, Dom nie spełniał warunków efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających, określonych w § 6 ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie DPS, tj. nie zatrudniał w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców oraz nie zapewniał odpowiedniej opieki psychologa i lekarza psychiatry. Ponadto, nie został zapewniony określony w § 6 ust. 2 pkt 3 lit. c rozporządzenia w sprawie DPS wymagany poziom wskaźnika zatrudnienia w zespole terapeutyczno-opiekuńczym. Dom spełniał warunki organizacyjne, które wpływały na bezpieczeństwo mieszkańców, w tym 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 pięć posiłków dziennie, a także możliwość otrzymania posiłku dodatkowego oraz posiłku zgodnego z zaleconą przez lekarza dietą. Zapewniono też cykliczność szkoleń pracowników Zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Przyjęte w związku z epidemią COVID-19 ograniczenia były proporcjonalne do stopnia zagrożenia i podobne do powszechnie wprowadzanych w kraju zaleceń.

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

Opis stanu faktycznego

2.1.Dyrektor Domu dnia 17 czerwca 2022 r. Zarządzeniem nr 6A/2022 w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi wprowadził procedurę postępowania w przypadku stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego w DPS w Obrytem. Załączniki do zarządzenia stanowią: karty zastosowania przymusu bezpośredniego, ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej, zgodnie ze wzorami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 16 maja 2022 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi <sup>46</sup> oraz rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego. Według pisemnej informacji uzyskanej od Dyrektora Domu, w DPS w Obrytem nie był stosowany przymus bezpośredni. W okresie objętym kontrolą, zgodnie z procedurą dotyczącą nieobecności w DPS<sup>47</sup>, mieszkańcy mieli prawo do czasowego opuszczenia Domu w celu, np. wyjścia, wyjazdu do rodziny, itp. Warunkiem wyjścia była konieczność odnotowania tego faktu przez mieszkańca w rejestrze nieobecności znajdującym się w gabinecie zabiegowym. Mieszkańcy mieli możliwość swobodnego wychodzenia poza teren Domu, nie było przypadków ograniczania wyjść przez lekarza psychiatrę. Mieszkańcy ubezwłasnowolnieni wychodzili pod opieką pracowników socjalnych lub opiekunów. Jeśli mieszkaniiec nie dopełnił tego obowiązku, nieobecność traktowana była jako samowolne oddalenie się z DPS. Przypadki samowolnych oddaleń mieszkańców odnotowywano w indywidualnej dokumentacji mieszkańców (raporty opiekuńcze i raporty pielęgniarские). W dokumentacji tej odnotowywano informacje o samowolnym oddaleniu, informacje o podjętych działaniach personelu jak również informacje o stanie mieszkańca po powrocie do placówki. W DPS obowiązywała również procedura postępowania w przypadku samowolnego oddalenia się mieszkańca<sup>48</sup>. Zgodnie z jej zapisami, jeśli dom opuścił mieszkaniiec, wobec którego istniało uzasadnione podejrzenie, że może zaginać, ze względu na stopień niepełnosprawności, brak orientacji w terenie i sytuację prawną, personel miał obowiązek natychmiast rozpocząć poszukiwania i niezwłocznie powiadomić odpowiednie służby (policję, straż miejską).

(akta kontroli tom I str.198-216, 159-161)

W latach 2021-2024 (do 26 lutego 2024 r.) w dokumentacji DPS odnotowano łącznie dziesięć spraw samowolnych oddaleń mieszkańców.

W roku 2021 odnotowano 3 przypadki samodzielnych oddaleń: w jednym przypadku mieszkaniiec został odnaleziony przez personel DPS (ubezwłasnowolniony całkowicie), natomiast w dwóch przypadkach zaginięcia zgłoszono policji obaj mieszkańcy w momencie ucieczki mieli pełną zdolność do czynności prawnych; mieszkańcy przebywali na rybach na terenie gminy. Zgłaszający oddalenie na policję podał m.in.: godzinę i okoliczności oddalenia z DPS, informacje o stanie zdrowia, rysopis i ubiór, a także możliwe kierunki oddalenia. W obu przypadkach policja odnalazła mieszkańców po sześciu godzinach. U mieszkańców przywiezionych przez policję pielęgniarka nie stwierdziła żadnych obrażeń. Nie stosowano także środków przymusu bezpośredniego a jedynie rozmowy z opiekunami i psychologiem

<sup>46</sup> Dz. U. poz. 1135;

<sup>47</sup> Procedura DS/7/2019 dotycząca nieobecności w Domu Pomocy Społecznej.

<sup>48</sup> Procedura DP/DU/1/11 obowiązująca do 1 września 2022 r., zmieniona procedurą 1/2022 obowiązującą od 1 września 2022 r.

W roku 2022 miały miejsce 3 oddalenia: w przypadku dwóch mieszkańców (jeden ubezwłasnowolniony częściowo, drugi całkowicie) policja odnalazła ich po 2 i 3 godzinach, a w przypadku trzeciego (całkowicie ubezwłasnowolniony), po zgłoszeniu do opiekuna prawnego i na policję, mieszkaniec sam powrócił do Domu. Nie stosowano także środków przymusu bezpośredniego a jedynie rozmowy z opiekunami i psychologiem.

W roku 2023 odnotowano 4 oddalenia: 3 mieszkańców (częściowo ubezwłasnowolnionych), którzy oddalili się od Domu zostali po 3 godzinach odnalezieni i przyprowadzeni przez pracowników DPS. Jeden mieszkaniec (nieubezwłasnowolniony) oddalił się o godz. 6.00 rano z Domu, do miejscowości w której ostatnio zamieszkiwał. Pracownik socjalny powiadomił policję, jednak mieszkaniec sam powrócił do DPS. Był wyziębiony i głodny. Został skierowany do lekarza internisty i psychiatry.

Po analizie zdarzeń przez zespół terapeutyczny nie dokonywano korekt IPW. Dyrektor, odnosząc się do samooddaleń wyjaśnił: (...)

W przypadku większości mieszkańców były to zdarzenia incydentalne, związane ściśle z problemem zaakceptowania i pogodzenia się z sytuacją w jakiej się znaleźli oraz problemem z dostosowaniem się do zasad związanych z funkcjonowaniem placówki (zgłoszenie chęci wyjścia poza teren Domu). Po każdorazowej zaistniałej tego typu sytuacji odbywały się rozmowy mieszkańców z psychologiem oraz zespołem terapeutycznym i następowała wnikliwa ocena zaistniałej sytuacji. Po ustaleniu przyczyn podejmowano ze skutkiem natychmiastowym działania mające na celu zapobieganie takim sytuacjom, jak również pomoc mieszkańcom w adaptacji. Mieszkańcom umożliwiono udział w dodatkowych formach spędzania czasu, czy uczestniczenia w warsztatach terapii zajęciowej. Właściwa ocena sytuacji jak i natychmiastowa pomoc pozwoliła na szybkie pogodzenie się z obecną sytuacją (pobyt w DPS) i nigdy nie powtórzyły się próby samowolnego oddalenia. W związku z tym, że były to, przypadki incydentalne, nie zostały naniesione zmiany w indywidualnych planach wsparcia mieszkańca (dalej: IPWM).

(akta kontroli tom II str. 222-223)

2.2.W prowadzonym od 1 stycznia 2024 r. rejestrze zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS w Obrytem nie odnotowano żadnych wydarzeń nadzwyczajnych. Przedstawiony do kontroli rejestr zawierał dane określone w art. 55c ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<sup>49</sup> tj. imię i nazwisko osoby zgłaszającej, datę zgłoszenia, opis i miejsce zdarzenia, informację o podjętych działaniach następczych.

(akta kontroli tom I str.196-197 )

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

(akta kontroli tom II str. 231-232)

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

- dwóch mieszkańców posiadało pełną zdolność do czynności prawnych, jeden był częściowo ubezwłasnowolniony, a dwóch było całkowicie ubezwłasnowolnionych.

---

<sup>49</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 901, ze zm.

Opiekunami prawnymi ubezwłasnowolnionych mieszkańców, na mocy postanowienia sądu, byli pracownicy DPS oraz w jednym przypadku członek rodziny. Trzech mieszkańców wnioskowało o umieszczenie w Domu, a dwóch przebywało w nim na mocy postanowienia sądu. Dwóch mieszkańców zostało przywiezionych do DPS bezpośrednio po zakończeniu leczenia 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. Dom nie posiadał dokumentacji potwierdzającej przeprowadzenie badań. 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;

- czterech mieszkańców zajmowało pokoje trzyosobowe, (w tym: jeden mieszkaniec, który był osobą leżącą), a jeden mieszkaniec sprawny ruchowo zajmował pokój dwuosobowy. Trzech z pięciu mieszkańców miało indywidualne potrzeby dietetyczne, które były zaspokajane przez DPS<sup>50</sup>;

- mieszkańcy korzystali zarówno z usług lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jak i leczenia specjalistycznego w tym m.in. z poradni żywieniowej, neurologicznej, ortopedycznej. Osoba leżąca, która miała odleżyny i której lekarze zalecili stosowne leczenie, była nim objęta. Ponadto, z raportów pielęgniarских wynika, że stosowano profilaktykę przeciwoleżynową polegającą m.in. na zmianie pozycji ciała, odbarczaniu ucisku, mieszkaniec posiadał łóżko wyposażone w materac przeciwoleżynowy;

- dwóch z pięciu mieszkańców, objętych badaniem kontrolnym, samodzielnie wypłacało środki finansowe, a trzem zakupy robili na ich życzenie opiekunowie prawni. W tym celu z konta depozytowego pobierano środki finansowe w wysokości od 40 do 500 zł. Zakupy na potrzeby mieszkańców DPS dokumentowano paragonami a ich zasadność badana była przez trzyosobową komisję. Opiekunowie prawni składali do sądu sprawozdania dotyczące osób pozostających pod ich opieką oraz rachunki z zarządu ich majątkiem.

(akta kontroli tom II str. 233)

W związku z wyborami samorządowymi odbywającymi się w dniach 7 kwietnia oraz 21 kwietnia 2024 r. każdy z mieszkańców Domu miał zagwarantowaną możliwość realizowania swojego prawa do głosowania w wyborach. Na potrzeby zabezpieczenia prawa do głosowania dla osób przebywających w DPS, powołana została osobna obwodowa komisja wyborcza, która miała siedzibę na terenie placówki. O sposobie głosowania mieszkańcy zostali poinformowani poprzez wywieszenie odpowiedniej informacji na tablicy ogłoszeń w holu głównym (odpowiednio wcześniej, tj: 22 marca 2024 r.) oraz poprzez informowanie mieszkańców przez pracowników personelu. Informacja zawierała treść ogłoszeń obwodowej komisji wyborczej w Obrytem z dnia 15 marca 2024 r. o zarejestrowanych kandydatach na wójta gminy Obryte, kandydatach na radnych w wyborach do Rady Gminy Obryte, kandydatach na

---

<sup>50</sup> Dieta lekkostrawna;

radnych w wyborach do sejmiku wojewódzkiego oraz kandydatach na radnych do rady powiatu. Wybory odbyły się w godz. od 7.00 do 21.00. Dla komisji zasiadającej w DPS wydzielono specjalne pomieszczenie, w którym umieszczona została urna oraz pomieszczenie zapewniające tajność głosowania. Pracownicy Domu na prośbę mieszkańców, udzielali pomocy przy sprawdzeniu danych w spisie wyborców, sprawdzeniu nazwisk kandydatów na listach do głosowania, np. pomagając odczytać nazwiska, dotarciu do miejsca głosowania mieszkańcom mającym problemy z poruszaniem się, zapewniając mieszkańcom możliwość samodzielnego oddania głosu i zachowania zasady tajności.

(akta kontroli tom II str. 234)

2.4. W latach 2021-2024 (stan na 13 maja 2024 r.) zabezpieczenie antykoncepcyjne podawane było 12 mieszkankom<sup>51</sup> DPS w Obrytem. Preparaty antykoncepcyjne podawane były przez lekarza ginekologa. Informacje o dożylnym podaniu preparatu antykoncepcyjnego Depo-Provera co 12 tygodni odnotowywane było w raportach pielęgniarskich. Przed rozpoczęciem terapii antykoncepcyjnej mieszkanki odbywały wizyty u lekarza ginekologa i pozostawały pod stałą opieką poradni ginekologicznej. Dyrektor nigdy nie wymagał od przedstawicieli ustawowych ubezwłasnowolnionych całkowicie mieszanek DPS zgody właściwego sądu opiekuńczego na stosowanie zabezpieczenia antykoncepcyjnego. *O czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli tom II str. 235-237)

2.5. Według stanu na 31 grudnia lat 2021-2023 liczba mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się<sup>52</sup> (w tym leżących) wynosiła odpowiednio: 43 osób (tj. 14,6% wszystkich mieszkańców Domu, w tym 11 leżących), 45 osób (tj. 15% wszystkich mieszkańców DPS, w tym 8 leżących), 40 osób (tj. 13,9% wszystkich mieszkańców Placówki, w tym 15 leżących). W DPS wydzielony jest specjalny blok (B) gdzie znajdują się wyłącznie mieszkańcy leżący lub mający problemy z poruszaniem się. Posiada on własny gabinet pielęgniarski, kierownika bloku oraz jadalnię i pomieszczenie socjalne.

(akta kontroli tom I str. 97 oraz tom II str. 238)

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. W DPS był prowadzony miesięczny grafik kąpieli i golenia mieszkańców oraz rejestr usług fryzjerskich.

(akta kontroli tom I

str.155-195)

Analiza grafików kąpieli, goleń oraz korzystania z usług fryzjerskich, trzech mieszkańców, którzy mieli ograniczoną możliwość poruszania się, z dwóch miesięcy każdego roku objętego kontrolą<sup>53</sup> 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 12. W badanym okresie z usług fryzjerskich skorzystali wszyscy mieszkańcy.

(akta kontroli tom III str. 61-65)

<sup>51</sup> 5 mieszanek było ubezwłasnowolnionych całkowicie;

<sup>52</sup> Mieszkańcy zajmowali odrębny blok „B”;

<sup>53</sup> Miesiące: marzec, kwiecień 2021 r., październik, listopad 2022 r., lipiec, sierpień 2023 r., styczeń, luty 2024 r.

Dyrektor wyjaśnił, że usługi fryzjerskie wykonywane były przez fryzjera zatrudnionego na umowę o pracę. 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.31-32 oraz 37-38 )

Analiza raportów pielęgniarских oraz wpisów w książce zabiegowej, w odniesieniu do trzech mieszkańców o ograniczonej możliwości poruszania się, z jednego miesiąca każdego roku objętego kontrolą<sup>54</sup>, w zakresie profilaktyki oraz leczenia odleżyn wykazała, że tylko jedna mieszkanka posiadała zalecenia ze szpitala o dalszym sposobie leczenia odleżyn w okolicy krzyżowej. Zapisy w raportach pielęgniarских oraz w książce zabiegowej świadczą o stosowaniu otrzymanych zaleceń, a także o dokumentowaniu wykonanych czynności.

Jak wyjaśnił Dyrektor, profilaktyka przeciodleżynowa jest oczywistym elementem pracy z osobami niepełnosprawnymi, zwłaszcza tymi, które mają problemy z poruszaniem się lub są całkowicie unieruchomione na łóżku. (...) na 12 osób leżących<sup>55</sup> tylko jedna mieszkanka dotknięta jest zmianą w postaci odleżyn. Każdy mieszkaniec, który z uwagi na swoje schorzenie lub wiek staje się osobą leżącą ma zapewniony materac przeciodleżynowy, częstą zmianę pościeli, wietrzenie, regularną zmianę pozycji oraz oględziny ciała (...).

(akta kontroli tom III str. 31 oraz 39-45)

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

- 11 pielęgniarek zatrudnionych na umowę o pracę, trzy w formie umów cywilnoprawnych (2021 r.);
- 11 pielęgniarek zatrudnionych na umowę o pracę (2022 r)
- 11 pielęgniarek zatrudnionych na umowę o pracę, jedna w formie umowy cywilnoprawnej (2023 r.);
- 12 pielęgniarek zatrudnionych na umowę o pracę (stan na 29 lutego 2024 r.).

(akta kontroli tom I str. 94 oraz tom II str. 46-60)

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

- 12 osób, w tym 10 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.);
- 16 osób, w tym 12 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 2022 r.);
- 15 osób, w tym 12 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.);

<sup>54</sup> Miesiące: marzec 2021 r., październik 2022 r., sierpień 2023 r., styczeń 2024 r.

<sup>55</sup> Stan na dzień 31,12,2023 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.).

Pielęgniarki zatrudnione w Domu były odpowiedzialne m.in. za przygotowywanie, rozkładanie i podawanie leków mieszkańcom, podawanie iniekcji, kontrolowanie poziomu cukru, temperatury, ciśnienia i tętna, podawanie leków wziewnych, żywienie przez PEG, pobieranie krwi<sup>56</sup>. Ponadto do ich czynności należało również prowadzenie dokumentacji medycznej mieszkańców, w tym m.in. książki gabinetu zabiegowego, teczek z dokumentacją psychiatryczną, historii choroby (podstawowej opieki zdrowotnej), raportów z dyżuru dziennego i nocnego.

(akta kontroli tom III str. 28-31)

Analiza grafików pracy pielęgniarek z okresu 2021-2024 (do 31 marca), w zakresie obsady dyżurów dziennych i nocnych, jak również raportów pielęgniarskich wykazała, że w całym okresie objętym kontrolą, w obu blokach mieszkalnych DPS pełnione były dyżury pielęgniarskie, zarówno w porze dziennej jak i nocnej.

(akta kontroli tom III str. 66-82)

Zastępca Dyrektora DPS wyjaśniła, że w związku z brakiem jednoznacznych wytycznych w zakresie minimalnego zatrudnienia oraz braków w obsadzie ustalono<sup>57</sup>, że do zapewnienia mieszkańcom DPS właściwej opieki pielęgniarskiej potrzebne jest:

- w porze dziennej (przy założeniu, że w bliskiej odległości od DPS znajduje się ośrodek zdrowia a w przypadkach nagłych wyzywa się zespół pogotowia ratunkowego), dyżurowanie trzech pielęgniarek, z czego przynajmniej dwie muszą realizować dyżur w ramach umowy o pracę;
- w porze nocnej (przy założeniu, że w przypadkach wymagających konsultacji lekarskiej siedziba NPL znajduje się w odległości 12 km od DPS, a w przypadkach nagłych wyzywa się zespół pogotowia ratunkowego), dyżurowanie dwóch pielęgniarek, przy czym minimum jedna musi realizować dyżur w ramach umowy o pracę.

W trakcie kontroli ustalono, że nie we wszystkich dniach zapewniono, minimalną obsadę pielęgniarską. W 2023r. w ciągu 44 dni<sup>58</sup> na dyżurach pielęgniarskich brakowało jednej lub dwóch pielęgniarek w stosunku do minimalnych norm przyjętych w DPS dla zapewnienia niezbędnej opieki.

---

<sup>56</sup> W Domu obowiązywała również, wprowadzona 31 grudnia 2019 r., procedura rozkładania leków, zgodnie z którą pielęgniarka dyżurująca była zobowiązana aktualizować indywidualne karty zleceń dla każdego mieszkańca na podstawie zleceń lekarskich Aktualizacji, po każdej konsultacji lekarskiej, miała podlegać również tabela z wykazem przyjmowanych leków i ich dawkowaniem, a pielęgniarka ponosiła odpowiedzialność za prawidłowe ułożenie i rozdanie leków. Ponadto ustalono, że leki przygotowywane i podawane były przez pielęgniarki dyżurne. Na dyżurze nocnym leki podawała pielęgniarka.

<sup>57</sup> W dniu 4 stycznia 2021 r. Dyrektor powołał zespół ds. analizy zatrudnienia w DPS, który określił minimalną liczbę pielęgniarek na poszczególnym dyżurze w stosunku do liczby mieszkańców;

<sup>58</sup> Dotyczyło to 1.01, 15.01, 29.01, 12.02, 19.02, 19.03, 1.04, 2.04, 5.04, 9.04, 10.04, 13.04, 23.04, 30.04, 7.05, 14.05, 28.05, 4.06, 11.06, 25.06, 1.07, 2.07, 9.07 (tylko 3, jedna na zmianie dziennej), 15.07, 16.07, 22.07 (tylko 3, jedna na zmianie dziennej), 23.07 (tylko 3, jedna na zmianie dziennej), 30.07, 6.08, 13.08, 15.08, 20.08, 27.08, 17.09, 1.10, 1.11, 12.11, 19.11, 26.11, 30.11, 3.12, 24.12, 25.12, 26.12.

Dyrekcja DPS podejmowała działania w celu pozyskania dodatkowych pielęgniarek. Zamieszczano ogłoszenia w prasie lokalnej o poszukiwaniu pracowników jednak bezskutecznie.

(akta kontroli tom III str. 83-85)

Analiza raportów pielęgniarskich z okresu 2021-2024 (do 29 lutego) wykazała,

- w raportach pielęgniarskich, jak również w żadnej innej dokumentacji nie odnotowywano podania mieszkańcom każdej, codziennej dawki leku zleconej przez lekarza;
- pielęgniarki nie prowadziły teczek z dokumentacją psychiatryczną mieszkańców, 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.

Z dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarki nie można odczytać potwierdzenia podania leków mieszkańcom. Pielęgniarki prowadzą jedynie kartę rozchodu leków lecz tam dokumentowany był tylko rozchód zlecanych leków bez jakiegokolwiek podpisu, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom III str.140-154, 192-216 oraz 231-247)

2.6. Analiza dokumentacji medycznej trzech mieszkańców, dokonana przez biegłą lekarz psychiatrę wykazała, że korzystanie ze świadczeń lekarskich przez mieszkańców adekwatnie do zaleceń lekarskich nie było udokumentowane. W raportach pielęgniarskich brak jest informacji dotyczących przyjmowania leków stałych od lekarza psychiatry, sposobu ich dawkowania, stosowania zamienników leków, systematycznego odnotowywania zmiany dawkowania leków. Brak jest szczegółowego udokumentowania podawania leków doustnych zarówno co do ich dawek jak i dat, w związku z czym nie można stwierdzić czy zalecenia wdrażano niezwłocznie, ani po upływie jakiego czasu. Brak jest także dokumentacji dotyczącej podawania leków w iniekcjach.

Brak jest informacji dotyczących stosowania zamienników leków. Niedokumentowanie podania każdej dawki uniemożliwiło monitorowanie przebiegu procesu leczenia, jego skuteczności, częstotliwości odmawiania przyjmowania leków przez mieszkańców, ryzyka pogorszenia stanu psychicznego lub somatycznego.

(akta kontroli tom II str. 86-247 )

2.7. Zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DPS, Dom funkcjonuje w oparciu o indywidualne plany wsparcia mieszkańca<sup>59</sup> Domu, opracowywane z udziałem każdego mieszkańca, jeżeli udział ten jest możliwy ze względu na stan zdrowia tego mieszkańca i gotowość do uczestnictwa w nim.

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 oraz ocenę realizacji planu. Na trzecią część składała się natomiast dokumentacja

---

<sup>59</sup> Dalej także: IPW bądź plan.

z zaplanowanych i przeprowadzonych rozmów z mieszkańcami. Analiza 28 indywidualnych planów wsparcia, z lat 2021-2024, dla pięciu mieszkańców DPS wykazała, że we wszystkich badanych przypadkach mieszkańcom w momencie przyjęcia przedstawiono regulamin praw i obowiązków, a mieszkańcy skorzystali z prawa wyboru pracownika pierwszego kontaktu i takiego wyboru dokonywali samodzielnie bądź zrobił to ich opiekun prawny.

Stosownie do § 2 ust. 4 rozporządzenia w sprawie DPS w terminie sześciu miesięcy od dnia przyjęcia opracowano indywidualny plan wsparcia dla każdego mieszkańca. W badanych przypadkach każdorazowo do realizacji indywidualnego planu wsparcia zostały wyznaczone odpowiednie osoby (z ZTO).

W indywidualnych planach wsparcia badanych mieszkańców uwzględniono pomoc w utrzymaniu higieny osobistej (kąpiel, toaleta, mycie zębów, golenie), co było zgodne z § 6 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia w sprawie DPS.

Realizacja planów była podsumowywana i omawiana podczas posiedzeń zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, w których uczestniczyli również mieszkańcy. W protokołach z posiedzeń znajdowały się podpisy członków zespołu, a także mieszkańców w nich uczestniczących.

W planach nie określano wymiaru czasu trwania poszczególnych zajęć bądź usług, 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 psychicznymi<sup>60</sup>, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;

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

(akta kontroli tom III str. 248-267)

2.8. Na podstawie § 9 regulaminu organizacyjnego, zarządzeniem nr 9/2014 Dyrektora DPS<sup>61</sup>, wprowadzony został regulamin postępowania z depozytami wartościowymi mieszkańców Domu<sup>62</sup>, w którym uregulowano zasady przyjmowania, ewidencjonowania i likwidacji depozytów. 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 miały podlegać, likwidacji zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Zgodnie z § 18 Rdw Dyrektor raz w roku miał 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 III str. 268-288)

Według stanu na dzień 29 lutego 2024 r. na rachunku bankowym DPS znajdowały się środki pieniężne w wysokości 3 834,8 tys. zł, pochodzące z 636<sup>63</sup> depozytów mieszkańców, w tym 771,3 tys. zł należące do zmarłych 362 mieszkańców przed dniem 1 stycznia 2021 r.

<sup>60</sup> Dz.U. poz. 250. Dalej także: rozporządzenie w sprawie rehabilitacji społecznej.

<sup>61</sup> Zarządzenie nr 9/2014 z dnia 6 października 2014 r.,

<sup>62</sup> Dalej zwany: Rdw,

<sup>63</sup> 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).

W okresie objętym kontrolą<sup>64</sup> wpłacono 31 depozytów w łącznej kwocie 167,4 tys. zł. Były one wypłacane były osobom uprawnionym (spadkobiercom) na podstawie prawomocnych postanowień sądowych, potwierdzających nabycie spadku lub poświadczeń dziedziczenia. Nie występowano do sądu o stwierdzenie likwidacji niepodjętych depozytów, zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy o likwidacji depozytów,  
(akta kontroli tom III str. 289)

Szczegółowa analiza działań podejmowanych przez DPS w stosunku do depozytów po zmarłych 16 mieszkańcach w okresie 2003 – 2017 w łącznej kwocie 87 tys. zł wykazała:

- w 7 przypadkach, zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów DPS wezwał osoby uprawnione do odbioru depozytu w terminie 3 lat od dnia doręczenia wezwania oraz pouczył je o skutkach jego niepodjęcia, w tym w jednym przypadku wezwanie nie zostało odebrane,
- pomimo upływu 3 lat od daty odbioru sześciu wezwań, nie wystąpiono na podstawie art. 9 ust. 1 wyżej powołanej ustawy, do sądu z wnioskiem o stwierdzenie likwidacji niepodjętego depozytu oraz nie przekazano depozytów naczelnikowi właściwego urzędu skarbowego, dotyczyło to depozytów w łącznej kwocie 39,2 tys. zł;
- w dziesięciu przypadkach na kwotę 47,8 tys. zł nie wzywano do odbioru depozytu zgodnie z art. 6 ust. 5 ustawy o likwidacji depozytów, gdy uprawniony nie był znany bądź nie doręczono wezwania do odbioru.

(akta kontroli tom III str. 289-299)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W przypadku pięciu mieszkańców Dyrektor nie wyegzekwował terminowego wystawienia zaświadczenia o stanie zdrowia psychicznego, potwierdzającego konieczność dalszego ich pobytu w DPS, gdyż wystawiono je z naruszeniem sześciomiesięcznego terminu, o którym mowa w § 38 ust. 1 i 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Dyrektor wyjaśnił, że nie wyegzekwowano cykliczności o której mowa w art. 38 ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zgodnie ponieważ lekarz psychiatra nie udostępniał DPS dokumentacji medycznej mieszkańców. W zasobach Domu znajdują się listy mieszkańców, dla których lekarz psychiatra stwierdził zasadność dalszego pobytu w DPS. W sytuacji, gdy jest niezbędne uzyskanie takiej informacji, występuje do lekarza psychiatry o udostępnienie dokumentacji medycznej.

NIK zwraca uwagę, że ww. przepis wskazuje, że badania uzasadniające dalszy pobyt mieszkańca w DPS przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy. Dyrektor w podpisanej z lekarzem umowie powinien zatem zapewnić sobie narzędzia, które pozwolą na weryfikację, czy ww. częstotliwość jest przestrzegana.

2. Pielęgniarki nie dokumentowały podania mieszkańcom każdej dawki leku zleconej przez lekarza, co uniemożliwiało monitorowanie przebiegu procesu leczenia, jego skuteczności oraz ryzyka pogorszenia stanu psychicznego lub somatycznego.

Kierownik zespołu opiekuńczego wyjaśnił, że pielęgniarki nie wprowadzały stosownych zmian i nie były aktualizowane informacje dotyczące leków i ich dawkowania. Leki i ich dawki zlecone przez lekarza są odnotowane na wózkach lekowym, w odrębnych przegródkach lekowych. Po każdej zmianie zaleceń, zmiany

---

<sup>64</sup> Do 29 lutego 2024 r.

w przegródkach są nanoszone na bieżąco. Obecnie opracowywana jest szczegółowa procedura, dotycząca tego zakresu.

(akta kontroli tom III str. 300)

Zdaniem NIK, odnotowanie na wózku lekowym poszczególnych dawek leków nie jest potwierdzeniem podania leków mieszkańcom i zastosowania się do zmian zaleceń lekarza.

3. Pielęgniarki nie prowadziły indywidualnych teczek zawierających dokumentację dotyczącą leczenia psychiatrycznego mieszkańców, tj. potwierdzenia dat odbycia konsultacji psychiatrycznych, zaleceń dotyczących dalszego leczenia, z podaniem nazw leków, dawki substancji czynnej w preparacie i dziennego dawkowania, ewentualnych wyników zleconych przez lekarza psychiatrę badań, kart informacyjnych leczenia szpitalnego w oddziałach psychiatrycznych oraz wydawanych zaświadczeń.

Kierownik zespołu wyjaśnił, że nie prowadzi teczek z dokumentacją psychiatryczną, bo ta znajduje się u lekarza psychiatry, który jej nie udostępnia personelowi pielęgniarskiemu.

Wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie. Sytuacja zdrowotna mieszkańca, który trafia do DPS jest znana personelowi pielęgniarskiemu oraz pracownikom socjalnym, zobowiązanym do przeprowadzania wywiadów środowiskowych. Nieudostępnienie dokumentacji przez lekarza, w ocenie NIK nie zwalnia personelu pielęgniarskiego od prowadzenia indywidualnej dokumentacji psychiatrycznej mieszkańca potwierdzającej w układzie chronologicznym w szczególności ww. dane. Pozwala to na monitorowanie procesu leczenia, zleconych przez lekarza leków i ich dawkowania, szybkości wdrażania nowych terapii i jej skuteczności. Przejrzystość, czytelność i brak rozproszenia indywidualnych informacji wpływa pozytywnie na zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom, którzy często obciążeni są chorobami współistniejącymi.

4. Dyrektor nie wyegzekwował od pięciu ubezwłasnowolnionych całkowicie mieszanek DPS zgody na podawanie im antykoncepcji, jak również od ich opiekunów prawnych wystąpienia do właściwego sądu opiekuńczego w celu uzyskania zgody na podawanie im leków antykoncepcyjnych. Było to naruszenie art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy<sup>65</sup> (kro), w zw. z art. 175 kro. Przepis ten stanowi, że opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby ubezwłasnowolnionej lub jej majątku. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora, DPS nigdy nie wymagał od przedstawicieli ustawowych ubezwłasnowolnionych całkowicie mieszanek zgody właściwego sądu opiekuńczego na stosowanie zabezpieczenia antykoncepcyjnego, bowiem taki wymóg nie był Dyrektorowi znany, a kontrolujące placówkę corocznie sądy nigdy nie zwróciły uwagi na konieczność podejmowania takich działań.

Zdaniem NIK, podanie antykoncepcji nie mieści się w katalogu spraw z zakresu zwykłego zarządu. Podanie leków antykoncepcyjnych stanowi ingerencję w osobistą sferę, związaną z ewentualnym posiadaniem lub nie potomstwa. Zgoda osoby ubezwłasnowolnionej nie ma w tym przypadku żadnego znaczenia. NIK, nie kwestionując potrzeby podania takiego zabezpieczenia, zwraca jednak uwagę, że w szczególności w sytuacji, gdy opiekunem prawnym jest pracownik DPS, sprawa wymaga obiektywnej i bezstronnej oceny okoliczności i zgody sądu.

---

<sup>65</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1359.

5. Pielęgniarki nie aktualizowały indywidualnych kart zleceń dla każdego mieszkańca na podstawie zleceń lekarskich oraz tabeli z wykazem przyjmowanych leków i ich dawkowaniem po każdej konsultacji lekarskiej.

Dyrektor wyjaśnił, że nadzór nad prawidłowością wykonywania przez pielęgniarki czynności z zakresu prowadzenia i aktualizowania kart zleceń dla każdego mieszkańca prowadzi Zastępca Dyrektora ds. opiekuńczo-leczniczych poprzez osobiste sprawdzanie sposobu realizacji zadań przez pielęgniarki i ewentualne ustne uwagi w przypadku stwierdzonych nieprawidłowości. Dyrektor nie formułował uwag co do sposobu realizowania nadzoru przez Zastępcę ds. opiekuńczo-leczniczych w tym zakresie.

Zdaniem NIK, monitorowanie procesu nadzoru nad prawidłowością wykonywania czynności z zakresu prowadzenia i aktualizowania kart zleceń dla każdego mieszkańca przez Zastępcę Dyrektora ds. opiekuńczo-leczniczych, powinno polegać na dokumentowaniu i ewidencjonowaniu sposobu realizacji tych zadań przez pielęgniarki.

6. W IPW nie wskazywano konkretnych działań, jakie były oferowane mieszkańcowi, ani nie określano wymiaru czasu trwania poszczególnych zajęć bądź usług, co naruszało wymogi § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej, ani. Zgodnie z ww. przepisem, rodzaj, zakres programowy oraz wymiar czasu zajęć są ustalane w indywidualnym planie wsparcia mieszkańca domu. Dyrektor wyjaśnił, 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 można było dokładnie przewidzieć ile czasu będzie trwała dana usługa pielęgnacyjna. Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że nie wpisywano konkretnych działań bądź zabiegów, bowiem rodzaj zabiegów osobiście i indywidualnie określał technik fizjoterapii w oparciu o potrzeby danego mieszkańca. Brak wskazania konkretnych działań wynikał również z faktu, że IPW jest elastyczny i dostosowany do potrzeb oraz możliwości danego mieszkańca.

7. W Regulaminu postępowania z depozytami wartościowymi mieszkańców oraz likwidacji depozytów w Domu Pomocy Społecznej w Obrytem, brak było zapisów dotyczących zasad powoływania i funkcjonowania trzyosobowej komisji, która badała zasadność dokonywania zakupów na rzecz poszczególnych mieszkańców Domu ze środków zgromadzonych na rachunku depozytowym, przez ich opiekunów prawnych. Brak precyzyjnego określenia zakresu uprawnień delegowanych poszczególnym osobom zarządzającym lub pracownikom, nie spełnia wymogów czwartego standardu kontroli zarządczej (delegowanie uprawnień) dla sektora finansów publicznych.

(akta kontroli tom III str. 268-287 )

Zastępca Dyrektora DPS wyjaśniła: że regulamin postępowania z depozytami Mieszkańców DPS Obryte jest w trakcie aktualizacji. Dokonywanie zakupów przy udziale trzyosobowej komisji wprowadzono (w praktyce) na potrzeby ujednolicenia postępowania w odniesieniu do zakupów dokonywanych ze środków własnych Mieszkańców DPS i zapewnienia przejrzystości tej czynności. Nie jest to komisja stała (w jej skład wchodziły osoby, które w dniu wypłaty pełnią dyżur, są obecne przy wypłacie i realizują zakupy na potrzeby Mieszkańców DPS).

(akta kontroli tom III  
str. 83-85 )

8. 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 sześciu depozytów oraz nie przekazano ich naczelnikowi

właściwego urzędu skarbowego w łącznej kwocie 39,2 tys. zł. Nie podjęto należytych działań w celu odbioru w dziesięciu przypadkach depozytów na łączną kwotę 47,8 tys. zł, tj. nie wzywano do odbioru depozytu zgodnie z art. 6 ust. 5 ustawy o likwidacji depozytów, gdy uprawniony nie był znany bądź nie doręczono wezwania do odbioru. Nie sporządzano protokołów z kontroli przeprowadzanych raz w roku przez Dyrektora DPS, dotyczących prawidłowości wypłacania depozytów po zmarłych mieszkańcach Domu, co było niezgodne z § 18 Regulaminu postępowania z depozytami wartościowymi mieszkańców oraz likwidacji depozytów w Domu Pomocy Społecznej w Obrytem, zgodnie z którym Dyrektor raz w roku przeprowadza kontrole wypłaconych depozytów, z której sporządzany jest protokół.

(akta kontroli tom II str. 268-278 oraz 289)

Były Dyrektor DPS wyjaśnił, że sprawdzał na bieżąco prawidłowość wypłaty depozytów osobom uprawnionym do ich odbioru. Z uwagi na nadmiar obowiązków czynność ta nie została udokumentowana w formie protokołu zgodnie z § 18 Regulaminu postępowania z depozytami wartościowymi mieszkańców DPS Obryte.

(akta kontroli tom III str. 303)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W DPS nierzetelnie prowadzono indywidualną dokumentację, związaną z procesem leczenia każdego mieszkańca, w tym: nie aktualizowano indywidualnych kart zleceń na podstawie zleceń lekarskich oraz tabeli z wykazem przyjmowanych leków i ich dawkowaniem po każdej konsultacji lekarskiej oraz nie dokumentowano podania każdej dawki leku, co mogło wpływać na bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców. Nie egzekwowano od opiekunów prawnych ubezwłasnowolnionych mieszkanki uzyskania zgody sądu na stosowanie antykoncepcji.

Dom zapewnił mieszkańcom możliwość swobodnego opuszczania DPS. W sytuacji samowolnego oddalenia się mieszkańca podejmowano działania zgodne z obowiązującą w Domu, procedurą. Mieszkańcy mieli również zapewnioną możliwość kontaktu z rodziną, zgodnie z rekomendacjami stopniowego znoszenia obostrzeń związanych z COVID-19. Przeprowadzano okresowe badania stanu zdrowia psychicznego mieszkańców, w zakresie uzasadniającym ich dalszy pobyt w DPS, choć nie zachowano, wymaganej cykliczności tych badań, o które mowa w § 38 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Indywidualne plany wsparcia sporządzone zostały nierzetelnie oraz z naruszeniem § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, tj. bez wskazania dat ich sporządzenia, określenia sposobu osiągnięcia i weryfikacji osiągniętych celów.

## 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 zezwoleniu Wojewody Mazowieckiego, tj. 290 osób.
2. Zapewnienie efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających, określonych w § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie DPS, tj. zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców, zapewnienie odpowiedniego kontaktu z

psychologiem i lekarzem psychiatrą oraz zatrudnienie w zespole terapeutyczno-opiekuńczym odpowiedniej liczby pracowników, zgodnie z wymaganym wskaźnikiem zatrudnienia.

3. Zapewnienie zabezpieczenia wszystkich pomieszczeń Domu, zgodnie § 4 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów i terenów.
4. Zapewnienie cykliczności przeprowadzania badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańców Domu w zakresie uzasadniającym ich pobyt w DPS.
5. Rzetelne prowadzenie indywidualnej dokumentacji związanej z procesem leczenia każdego mieszkańca, w tym: aktualizowanie indywidualnych kart zleceń na podstawie zleceń lekarskich oraz tabeli z wykazem przyjmowanych leków i ich dawkowaniem po każdej konsultacji lekarskiej oraz dokumentowanie podania każdej dawki leku.
6. Podjęcie działań w celu zapewnienia obsady pielęgniarzkiej adekwatnej do potrzeb wynikających z zamieszkiwania w DPS dużej liczby mieszkańców.
7. Określanie w IPW zarówno konkretnych działań/usług dedykowanych mieszkańcom, jak również czasu ich trwania.
8. Aktualizacja Regulaminu postępowania z depozytami wartościowymi mieszkańców oraz likwidacji depozytów w Domu Pomocy Społecznej w Obrytem, uwzględniająca zasady powoływania i działania komisji badającej zasadność dokonywania zakup na rzecz poszczególnych mieszkańców Domu
9. Ustalanie spadkobierców zmarłych mieszkańców DPS i następnie wzywanie ich po ich odbiór depozytów.
10. Podjęcie systematycznych i udokumentowanych działań w celu wypłaty środków po zmarłych mieszkańcach uprawnionym spadkobiercom lub likwidacji niepodjętych i ich przekazanie na rzecz Skarbu Państwa.
11. Przeprowadzanie przynajmniej raz w roku kontroli wypłacanych depozytów przez Dyrektora DPS i dokumentowanie tej czynności w formie protokołu.

## 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  
wykorzystania uwag  
i 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.

Kontroler  
Renata Szczęch  
Doradca prawny

-//-

.....  
podpis

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Warszawie  
p.o. Dyrektor  
Wiesława Bronisz

-//-

.....  
podpis