



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

ZP-KNPS.431.1.3.2020.EJ

Wrocław, dnia 14 kwietnia 2020 r.

Pani

Anna Jędryczka-Hamera

Kierownik

Środowiskowego Domu Samopomocy

Dolnośląskiego Stowarzyszenia Aktywnej

Rehabilitacji „ART”

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

W dniach 23-24 stycznia 2020 r. na podstawie art. 22 ust. 9 i art.127 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz.1507 ze zm.), zwanej dalej „ustawą” zespół kontrolny w składzie: Elżbieta Jakubowska – inspektor wojewódzki, przewodnicząca kontroli i Małgorzata Staszczak – inspektor wojewódzki, kontroler z Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu przeprowadził kontrolę kompleksową Środowiskowego Domu Samopomocy Dolnośląskiego Stowarzyszenia Aktywnej Rehabilitacji „ART” we Wrocławiu przy ul. Nowowiejskiej 20f, zwanego dalej „Jednostką” lub „Domem”. Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 13 grudnia 2020 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na I półrocze 2020 r. Działalność Jednostki została oceniona pod kątem realizacji standardu usług, określonego w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 249, zwanego dalej „rozporządzeniem”), jak również kwalifikacji pracowników zespołu wspierająco-aktywizującego. Kontrolą objęto okres od 1 stycznia 2019 r. do 23 stycznia 2020 r.

W okresie objętym kontrolą osobą odpowiedzialną za realizację ww. zadań była Pani Anna Jędryczka-Hamera - Kierownik Środowiskowego Domu Samopomocy „ART” we Wrocławiu.

Działalność Jednostki w zakresie objętym kontrolą oceniam pozytywnie z nieprawidłowościami.

Uzasadnieniem powyższej oceny jest ustalony w trakcie kontroli stan faktyczny i prawny zawarty w protokole kontroli, podpisanym przez Kierownika Jednostki w dniu 12 marca 2020 r.

Środowiskowy Dom Samopomocy „ART” przy ul. Nowowiejskiej 20f we Wrocławiu, prowadzony jest przez Dolnośląskie Stowarzyszenie Aktywnej Rehabilitacji „ART” we Wrocławiu. Funkcjonowanie Jednostki określają Statut, Regulamin Organizacyjny oraz programy działalności Domu i plany pracy opracowane na każdy rok. W tym miejscu należy wskazać, że zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia nie ma potrzeby corocznego opracowywania programu działalności domu, a jedynie plany pracy domu, wymagane na każdy rok. Program działalności Jednostki jest stały i w przypadku zmian pożądane jest opracowanie dokumentu.

Ww. dokumenty zostały uzgodnione z Wojewodą Dolnośląskim oraz zatwierdzone przez jednostkę prowadzącą, tym samym spełniono zapis § 4 ust. 2 rozporządzenia.

Dom wsparcia dziennego przeznaczony jest dla 24 osób przewlekle psychicznie chorych (typ A).

W dniu kontroli do Jednostki skierowano 24 osoby, co jest zgodne z § 5 ust. 1 rozporządzenia. Stwierdzono zasadność skierowania osób zakwalifikowanych do tego typu Domu, zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia.

Dom działa 5 dni w tygodniu po 8 godz. dziennie. Zajęcia z uczestnikami odbywały się zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia.

Dyrektor Domu spełniał wymogi § 9 ust. 1 rozporządzenia dotyczące wykształcenia wyższego oraz doświadczenia zawodowego, posiadał 3-letni staż pracy w pomocy społecznej oraz specjalizację z zakresu organizacji pomocy społecznej, o których mowa w art. 122 ust. 1 ustawy.

Wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu wspierająco—aktywizującego spełniał standard określony w § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia. Czynności kontrolne potwierdziły, że członkowie zespołu wspierająco – aktywizującego posiadali odpowiednie wykształcenie.

Pracownicy zespołu zgodnie z § 11 ust. 1 rozporządzenia, spełniają wymagania w zakresie posiadania co najmniej trzymiesięcznego doświadczenia zawodowego polegającego na realizacji usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Stwierdzono, że osoby prowadzące treningi umiejętności społecznych posiadają przeszkolenie w zakresie wymienionym w § 11 ust. 2 rozporządzenia.

W okresie objętym kontrolą zorganizowano szkolenia co najmniej raz na 6 miesięcy w zakresie tematycznym związanym z funkcjonowaniem Domu, co odpowiada zapisom § 23 ust. 1 rozporządzenia.

W odniesieniu do standardu bytowego ustalono, że pozbawiony barier architektonicznych budynek Jednostki jest usytuowany w miejscu zapewniającym spokój i bezpieczeństwo uczestnikom. Stwierdzono, że do dyspozycji podopiecznych Domu jest 190,32 m² powierzchni użytkowej co sprawia, że na jednego uczestnika przypada 7,93 m². Biorąc powyższe pod uwagę, stwierdza się, że Jednostka nie spełnia standardu usług w zakresie metrażu określonego w § 18 ust. 2 rozporządzenia.

W trakcie oględzin ustalono, że Jednostka dysponuje następującymi pomieszczeniami: szatnią dla uczestników, biurem, gabinetem psychologa pełniącym funkcję pokoju wyciszeń, dwiema salami do zajęć wspierająco – aktywizujących, kuchnią i jadalnią stanowiącą również miejsce spotkań całej społeczności. Dom zapewnił wyposażenie w meble i sprzęt niezbędny do prowadzonych zajęć. Nie mniej stwierdzono, że pomieszczenie kuchenne wymaga remontu, w tym odmalowania ścian ze względu na brak wentylacji oraz wymianę zniszczonych mebli kuchennych, zlewozmywaka i lodówki. W opinii organu kontrolnego odbywające się tam treningi kulinarne uczestników, którzy samodzielnie wykonują czynności samoobsługowe, muszą odbywać się w sposób bezpieczny dla uczestników.

W kwestii warunków sanitarnych ustalono, że Jednostka dysponuje dwiema łazienkami osobną dla kobiet i mężczyzn. Każda z łazienek wyposażona jest w toaletę, dodatkowo w jednej znajduje się natrysk oraz uchwyty dla osób niepełnosprawnych. Zgodnie z § 18 ust. 5 lit. g rozporządzenia zalecana jest jedna toaleta dla nie więcej niż 10 uczestników. Jednostka zagwarantowała oddzielną toaletę dla personelu.

Zgodnie z art. 51 a ust. 2 ustawy Dom świadczy usługi w ramach indywidualnych i zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego oraz współpracuje na rzecz integracji społecznej uczestników z podmiotami, o których mowa w § 21 rozporządzenia.

Poddane analizie indywidualne plany wspierająco-aktywizujące uczestników potwierdziły, że wszyscy podopieczni objęci byli indywidualnym planem postępowania wspierająco – aktywizującego, w tym również w porozumieniu z uczestnikiem. Dla każdego podopiecznego dokonywano co najmniej raz na 6 miesięcy oceny osiągniętych rezultatów, zgodnie z § 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia. Plany były zindywidualizowane i skonkretyzowane,

odnosiły się również do potrzeb uczestnika, jego możliwości oraz zakresu i rodzaju świadczonych usług w Jednostce.

Zgodnie z zapisem § 24 ust. 1 i 2 rozporządzenia Dom zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zbiorczej oraz indywidualnej każdego uczestnika, w tym dokumentów, które mają zastosowanie przy opracowaniu indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego w celu dokumentowania świadczonych usług. Stwierdzono, że Jednostka prowadzi dokumentację indywidualną i zbiorczą określoną § 24 ust. 2 i 3 rozporządzenia, za wyjątkiem notatek pracowników zespołu dotyczących aktywności uczestnika, jego zachowań, motywacji do udziału w zajęciach, niezbędnych przy opracowaniu indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego. Stwierdzono, że omówienie realizacji planu i osiągniętych rezultatów dokonywane było poprzez sporadyczne notatki z rozmów z uczestnikami oraz notatki z treningu interpersonalnego.

Wpisów w ewidencji uczestników dokonywano chronologicznie według dat przyjęcia podopiecznych. Pracownicy zespołu dokumentowali swoją pracę w dziennikach, zgodnie z wymaganiami określonymi w § 24 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia.

W trakcie analizy jadłospisów stwierdzono, że podopieczni codziennie mają zapewniony gorący posiłek, tym samym spełniono obowiązek wynikający z § 15 rozporządzenia.

Nieprawidłowości stwierdzone w trakcie kontroli:

1. Powierzchnia użytkowa przypadająca na jednego uczestnika wynosi 7,93 m².
2. Pracownia kulinarna wymaga remontu, odmalowania ścian i wymiany mebli.
3. Jedna toaleta przypada dla więcej niż 10 uczestników.
4. Brak notatek pracowników zespołu wspierająco-aktywizującego dotyczących aktywności uczestnika, jego zachowań, motywacji do udziału w zajęciach mających zastosowanie przy opracowywaniu indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego.

Na podstawie art. 128 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1507 ze zm.) wydaje się następujące zalecenia pokontrolne wynikające ze stwierdzonych nieprawidłowości:

Ad. 1.

Dostosować liczbę uczestników ŚDS do obowiązującego standardu w zakresie powierzchni użytkowej jednostki.

Podstawa prawna: § 18 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 249).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 2.

Podjąć działania w kierunku zapewnienia możliwości korzystania z pracowni kulinarnej, w sposób odpowiedni do założonej funkcji, zapewniając uczestnikom bezpieczeństwo.

Podstawa prawna: § 18 pkt 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 249).

Termin realizacji zalecenia: 31 sierpnia 2020 r.

Ad. 3.

Dostosować ilość toalet z uwzględnieniem zapisów, aby 1 toaleta była przeznaczona dla nie więcej niż 10 uczestników.

Podstawa prawna: § 18 pkt 5 lit. g rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 249).

Termin realizacji zalecenia: 31 sierpnia 2020 r.

Ad. 4.

Dopracować dokumentację pracowników zespołu wspierająco-aktywizującego dotyczącą aktywności uczestnika, jego zachowań motywacji do udziału w zajęciach mającą zastosowanie przy opracowywaniu indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego.

Podstawa prawna: § 24 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 249).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

POUCZENIE

Zgodnie z art. 128 ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1507 ze zm.) kierownik jednostki podlegającej kontroli może w terminie 7 dni od dnia otrzymania zaleceń pokontrolnych zgłosić do nich pisemne zastrzeżenia do Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu. W przypadku niewniesienia zastrzeżeń do sformułowanych zaleceń pokontrolnych uprzejmie proszę o poinformowanie tutaj Wydziału, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego pisma, o sposobie wykorzystania wyników kontroli, realizacji powyższych zaleceń lub przyczynach braku ich realizacji.

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO


Danutę Zawillę
ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU
Zdrowia i Polityki Społecznej

KIEROWNIK ODDZIAŁU
Kontroli i Inspekcji w Pracy Społecznej
w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej


Ewelina Zigmunt