



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 16 marca 2021 r.

ZP-KNPS.431.1.23.2020.AŁ

Pani
Aneta Lisiecka - Myszakowska
Dyrektor
Domu Seniora „Leśne Zacisze”
Kliczków 60

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

W dniach 17 i 18 sierpnia 2020 r. na podstawie art. 22 pkt 10 i art. 126 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1876 ze zm.), zwanej dalej „ustawą”, zespół inspektorów Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu w składzie: Anna Łata (przewodnicząca kontroli) i Sylwia Geppert (kontroler) przeprowadził kontrolę doraźną placówki zapewniającej opiekę całodobową osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku o nazwie „Dom Seniora Leśne Zacisze” w Kliczkowie, zwanej dalej „Placówką”, „Jednostką” lub „Domem”. Kontrolę przeprowadzono na podstawie Zarządzenia 220 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 5 sierpnia 2020 r., w związku z pismem Pełnomocnika Terenowego Rzecznika Praw Obywatelskich we Wrocławiu zwanego dalej „Rzecznikiem”, zawierającym informacje odnośnie braku odpowiedzi od prowadzącej Dom Seniora „Leśne Zacisze” w Kliczkowie, w sprawie realizacji zaleceń pokontrolnych, wydanych po przeprowadzonej kontroli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur jaka miała miejsce w Placówce w lutym 2020 r. Rzecznik, w związku z wynikami kontroli, wyraził obawy co do opieki sprawowanej w Jednostce, dlatego zwrócił się do Wojewody Dolnośląskiego o przeprowadzenie kontroli i wyjaśnienie kwestii stwierdzonych w toku kontroli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, ujawnionych także w toku kontroli Służb Wojewody Dolnośląskiego w marcu i wrześniu 2019 r. w tej Placówce.

Kontrolą objęto okres od lipca 2019 r. do dnia kontroli. Stwierdzony stan oceniono pod kątem zapewnienia miejsca pobytu oraz świadczenia mieszkańcom usług bytowych

i opiekuńczych, przestrzegania praw tych osób, prowadzenia szczegółowej dokumentacji osób przebywających w placówce oraz właściwego oznaczenia Jednostki.

W okresie objętym kontrolą Dyrektorem Placówki była Pani Aneta Lisiecka-Myszakowska, odpowiedzialna za realizację zadań podlegających kontroli, zwana dalej „Dyrektorem”, „Właścicielką”. Podczas kontroli dokumenty udostępniała i udzielała wyjaśnień Pani Brygida Pęczkowska, zwana dalej również „Pełnomocnikiem” – opiekunka, upoważniona telefonicznie przez Panią Anetę Lisiecką-Myszakowską do udzielania informacji w czasie jej nieobecności.

Działalność Jednostki w zakresie objętym kontrolą oceniono **negatywnie**.

Uzasadnieniem powyższej oceny jest ustalony w trakcie kontroli stan faktyczny i prawny zawarty w protokole kontroli z dnia 31 grudnia 2020 r., który nie został odebrany. Operator pocztowy dwukrotnie podejmował próbę doręczenia korespondencji adresatowi, pozostawiając zawiadomienia o pozostawieniu pisma w placówce pocztowej i możliwości jego odebrania.

W dniu 03.02.2021 r. operator pocztowy zwrócił pismo z adnotacją „zwrot – adresat nie podjął przesyłki w terminie”. W myśl art. 44 Kodeksu postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 256 ze zm.) doręczenie protokołu z kontroli uważa się za dokonane z dniem 27.01.2021 r.

W toku kontroli stwierdzono:

1.Przestrzeganie standardu usług bytowych:

a. w zakresie miejsca zamieszkania :

Potwierdzono, że Jednostka użytkuje pomieszczenia, na które nie ma zezwolenia oraz świadczy usługi większej liczbie mieszkańców, niż wynika to z zezwolenia Wojewody. Placówka, zgodnie z zezwoleniem, powinna użytkować parter budynku i świadczyć pobyt całodobowy 13 osobom w 5 pokojach. Faktycznie parter zamieszkiwało w dniu kontroli 13 mieszkańców, natomiast łóżek (miejsc) przygotowanych było dla 15 osób. Natomiast na I piętrze nie objętym zezwoleniem mieszkały 3 osoby, w różnym stopniu niepełnosprawne, wymagające wsparcia i opieki.

Świadczenie usług Placówki dla większej ilości osób niż wynika to z zezwolenia narusza zapisy art. 67 ustawy w zakresie przekraczania dopuszczonej decyzją Wojewody Dolnośląskiego liczby miejsc oraz prowadzenia działalności Placówki na I piętrze bez wymaganych zezwoleń.

Metraż pokoi objętych zezwoleniem budził zastrzeżenia w stosunku do ilości przebywających w nich osób. Stan ten uchybia treści art. 68 ust. 4 ustawy. Ponadto zaobserwowano brak drzwi do pokoju nr 1, w drzwiach pokoju nr 2 brakowało klamki, w pokoju nr 5 drzwi uszkodzone (dziura), przezroczyste szyby w drzwiach wejściowych do pokoi, na podjeździe przed budynkiem uszkodzenia. Część uszkodzeń została naprawiona lub usunięta, jak wynika ze złożonych oświadczeń i zdjęć przesłanych przez Właścicielkę po kontroli. Nie usunięto uszkodzeń podjazdu dla osób niepełnosprawnych przed budynkiem oraz nie uzupełniono klamek w oknach. Sytuacja ta świadczy o nieprzestrzeganiu prawa mieszkańców do życia w dobrych warunkach lokalowych oraz prawa do godności i intymności podopiecznych wynikających z art. 68 ust. 1 pkt 2a i 2c oraz art. 68 ust. 2 ustawy.

Pomimo zalecenia wydanego po kontroli we wrześniu 2019 r. o bezwzględny zakazie umieszczania w trzech pokojach, do których wejście jest jedynie z podwórka osób całkowicie zależnych, niedołącznych, stale leżących, w trakcie oględzin ujawniono pobyt 2 osób w pokoju nr 2. Ponadto ze względu na specyfikę położenia pokoi nr 1, 2 i 3, utrudniona jest komunikacja z opiekunami, którzy na stałe przebywają w części głównej budynku. Konieczne wydaje się zastosowanie urządzeń pozwalających na przywołanie opiekuna przez mieszkańca gdy tego potrzebuje. Oczekiwanie na przyjście pracownika w trakcie obchodu lub liczenie na wsparcie bardziej sprawnych współmieszkańców nie gwarantuje poczucia bezpieczeństwa mieszkańcom oraz respektowania przez Właścicielkę prawa do godnego traktowania. Sytuacja ta uchybia zapisom art. 68 ust. 1 pkt 1a, b i c oraz art. 68 ust 2 ustawy.

b. w zakresie żywienia :

Organizacja żywienia w Placówce nie spełnia standardu określonego w art. 68 ust. 6 pkt 2 ustawy. Placówka zapewniała co najmniej 3 posiłki główne dziennie i 2 posiłki dodatkowe, tj. śniadanie, II śniadanie, obiad, podwieczorek, kolację. Nie zachowana była jednak przerwa 4 godzinna między śniadaniem a obiadem, natomiast kolacja podawana była wcześniej niż o godz. 18⁰⁰. Pensjonariuszom nie zapewniono samodzielnego dostępu do posiłków i napoi przez całą dobę, bez konieczności każdorazowego proszenia o nie opiekunów. Wskazane byłoby zastosowanie wygodniejszego dla mieszkańców sposobu dostępu do dodatkowych napoi i posiłków bez konieczności angażowania do tego każdorazowo pracowników Jednostki, w szczególności wskazanie w Domu miejsca, w którym będą one dostępne całą dobę. Mieszkańcy nie wnosili uwag do żywienia, informowali że porcje są dla nich wystarczające oraz są zadowoleni z jakości posiłków.

c. w zakresie utrzymania czystości:

W trakcie kontroli potwierdzono, że stan higieniczny pomieszczeń Placówki nie był zadowalający a Jednostka realizuje nieprawidłowo standard dotyczący czystości. Placówka powinna zabezpieczać sprzątanie pomieszczeń w miarę potrzeby, nie rzadziej jednak niż raz dziennie. Zgodnie z oświadczeniem Pełnomocnika, pokoje i pomieszczenia ogólnodostępne sprzątane są codziennie, sprzątaczką przychodzi dwa razy w tygodniu, w pozostałe dni sprzątają opiekunki. Z grafików pracowników wynika, że do utrzymania czystości w Jednostce zatrudnione są 2 osoby, które pracują 6 dni w tygodniu. W każdą niedzielę dyżur nie jest obsadzony. Żadna z mieszkanek, z którymi przeprowadzono rozmowy nie potwierdziła codziennego sprzątania, jedna wręcz informowała, że w pokoju sprzątają same mieszkanki. Z różnic między przedstawionymi dokumentami a oświadczeniem Pełnomocnika w tej sprawie oraz informacji uzyskanych od mieszkanek na temat utrzymania czystości w Jednostce wynika, że nie jest zachowany standard wynikający z art. 68 ust. 6 pkt 6 ustawy, a pokoje i inne pomieszczenia nie są sprzątane każdego dnia.

2. Przestrzeganie standardu usług opiekuńczych w zakresie:

a. udzielania pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,

W toku czynności kontrolnych potwierdzono, że Jednostka zapewniała podopiecznym opiekę w dzień i w nocy (odpowiednio przez 2 i 1 osobę). Ponadto Dom zatrudnia również pielęgniarkę, wg oświadczenia 4 razy w tygodniu. Nie potwierdzają tego dokumenty, skontrolowane grafiki z trzech miesięcy (czerwiec - sierpień 2020 r.), które wskazują, że ilość dyżurów pielęgniarskich jest znacznie mniejsza. W czerwcu zamiast deklarowanych 16, w grafiku było 9 dyżurów. W lipcu zamiast deklarowanych 20, było 8 dyżurów, a w sierpniu zamiast deklarowanych 16, w grafiku było 7 dyżurów.

W odczuciu mieszkańców Placówki, opieka jest zapewniona, mieszkanki chwalą opiekę i pracowników. Mieszkańcy potwierdzili, że wszystkie osoby mają zapewnioną opiekę.

b. pielęgnacji w chorobie i pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych,

Stwierdzono, że Jednostka zapewniała podopiecznym pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych i pielęgnację, w tym w chorobie. Lekarz pierwszego kontaktu przyjmował pensjonariuszy w Przychodni SKOMED i w ramach wizyt domowych na terenie Placówki wg potrzeb (potwierdzają to zapisy w zeszycie korzystania z usług medycznych, w których znajdowały się wpisy pielęgniarki, wpisy lekarza oraz informacje

o przyjmowanych lekach). Na terenie Jednostki usługi medyczne zabezpieczała pielęgniarka (pracownik Domu), choć w wymiarze faktycznym mniejszym od deklarowanego przez Pełnomocnika, co ustalono na podstawie grafików pracy pielęgniarki. Ponadto pielęgniarka z Przychodni SKOMED obsługiwała mieszkańców w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

3. Realizacja usług z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb mieszkańców oraz praw człowieka, w szczególności prawa do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa.

Ustalono, że sposób świadczenia usług w Placówce nie uwzględniał w pełni stanu zdrowia, sprawności fizycznej i intelektualnej, indywidualnych potrzeby i możliwości mieszkańców. Podopieczni, którzy mieszkają w pokojach, do których wejście jest tylko z podwórka zamykani są w nich na noc. Nie mają możliwości wyjścia z pokoi, zasygnalizowania swoich potrzeb, a umieszcza się w tych pomieszczeniach osoby chore, niedołążne, w tym również stale leżące. Podobnie sytuacja wygląda na I piętrze budynku, gdzie przebywały trzy mieszkanki z problemami zdrowotnymi. Opiekunki odwiedzają mieszkańców tych pokoi kilka razy w ciągu nocy, co w sytuacji braku innej możliwości komunikowania się powoduje, że mieszkańcy na wiele godzin pozostawiani są bez opieki, co uchybia zapisom art. 68 ust. 1 pkt 1a, b i c oraz art. 68 ust 2 ustawy.

Potwierdzono, że mieszkańcy faktycznie nie mogą samodzielnie opuścić Placówki mimo, że nikt z nich nie ma formalnie ograniczonej możliwości opuszczania terenu Placówki na podstawie zaświadczenia lekarza, co jest niezgodne z art. 68 ust. 2a-2h ustawy

W pokojach objętych zezwoleniem w dniu kontroli nie umieszczono mieszkańców ponad dopuszczalną liczbę 13 osób, ale jeden z pokoi nie był zamieszkały, a w innym 3 osobowym zamieszkiwały 4 osoby. W dwóch pokojach były dostawione łóżka ponad dopuszczalną ich liczbę, narażając mieszkańców na niewygodę, ścisk i brak intymności. Dodatkowo umieszczono 3 osoby w części nie objętej zezwoleniem. Łącznie na powierzchni przeznaczonej do użytkowania dla 13 osób przebywało 16 mieszkańców.

Zamykanie pensjonariuszy na całą noc, w sytuacji rzadkich wizyt opiekunki w godzinach nocnych, brak możliwości samodzielnego opuszczania Placówki oraz przyjmowanie osób ponad stan bez jednoczesnego zapewnienia dodatkowej opieki świadczy o braku poszanowania prawa do godności, wolności i poczucia bezpieczeństwa mieszkańców, co narusza warunki określone w art. 68 ust. 2 i art. 68 ust. 2a-2h ustawy.

4. Dokumentacja mieszkańców, pracownicza oraz dostęp do informacji o Placówce:

a. prowadzenie szczegółowej dokumentacji osób przebywających Placówce,

W Jednostce nie przechowuje się dokumentów mieszkańców innych niż te dotyczące korzystania ze świadczeń medycznych na terenie Placówki.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami Jednostka powinna prowadzić szczegółową dokumentację osób przebywających w placówce, zawierającą:

- a) umowę o świadczenie usług w placówce,
- b) dane identyfikacyjne osób przebywających w placówce, takie jak: imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, numer PESEL lub numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby w przypadku braku numeru PESEL,
- c) imię i nazwisko opiekuna prawnego lub kuratora osoby przebywającej w placówce, jeżeli został ustanowiony,
- d) informacje dotyczące stanu zdrowia osoby przebywającej w placówce, w szczególności:
 - informacje o wydanych orzeczeniach,
 - zalecenia lekarskie,
 - ewidencję przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki, ze wskazaniem daty i zakresu tych świadczeń oraz danych świadczeniodawcy udzielającego świadczeń zdrowotnych,
 - ewidencję przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka,
- e) dane kontaktowe, takie jak: adres zamieszkania i numer telefonu najbliższej rodziny, opiekuna prawnego lub innych osób wskazanych przez osobę przebywającą w placówce,
- f) postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie w placówce - w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie,
- g) zaświadczenia lekarza wskazujące zasadność ograniczenia osobom przebywającym w placówce możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki,
- h) ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki,
- i) orzeczenia sądu opiekuńczego dotyczące ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki;

Powyższe dokumenty i informacje powinny znajdować się na terenie Placówki, uzupełniane na bieżąco. Dokumentacja powinna być przechowywana w miejscu bezpiecznym, a nie jak to miało miejsce z dokumentacją dot. świadczeń medycznych i leków, które znajdowały się w otwartym, dostępnym dla postronnych osób pomieszczeniu. Zaleca się przechowywanie w wersji papierowej dokumentacji osób przebywających w Placówce

przynajmniej w szafach zamykanych na klucz, ustawionych w zamykanych pomieszczeniach, aby dostęp do nich miały jedynie osoby uprawnione. Przechowywanie dokumentacji poza terenem Jednostki nie jest prawidłowe. Informacje te mają być pomocne w pracy z mieszkańcami, ułatwiać ją i systematyzować. Brak dokumentacji mieszkańców w Placówce uchybia zapisom art. 68a pkt 1 ustawy.

b. prowadzenie dokumentacji pracowniczej

Stwierdzono, że w Jednostce nie przechowuje się dokumentów pracowniczych. Po zakończeniu kontroli Właścicielka dostarczyła umowy zawarte z pracownikami i zleceniobiorcami, nie udokumentowała jednak wykształcenia i stażu pracy w zawodzie poszczególnych osób.

Należy zatem stworzyć podręczną dokumentację kadrową osób pracujących w Placówce, w której będą dokumenty umożliwiające weryfikację pod względem wykształcenia, przygotowania zawodowego, rodzaju umowy o pracę i jej wymiaru, ewidencji czasu pracy i posiadanego doświadczenia zawodowego tych osób, zgodnie z art. 68a ust 4 i 5 ustawy.

c. dostęp do informacji o prowadzonej działalności

Na zewnątrz budynku umieszczono informację z błędnym numerem wpisu do rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę prowadzonym przez Wojewodę Dolnośląskiego. Ponadto na elewacji budynku, zamiast na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku, umieszczono informacje dotyczące zakresu działalności prowadzonej w placówce, podmiotu prowadzącego placówkę, w tym informacje o siedzibie lub miejscu zamieszkania podmiotu. Powyższe wskazuje na uchybienia zapisom art. 68a pkt 2 i 3 ustawy dot. oznaczenia Jednostki.

Realizacja zaleceń pokontrolnych wydanych po kontroli Mechanizmu Prewencji Tortur - na podstawie ustnych wyjaśnień Pani Anety Lisieckiej – Myszakowskiej

W raporcie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur po wizytacji Placówki Całodobowej Opieki Domu Seniora „Leśne Zacisze” w Kliczkowie przeprowadzonej w dniach 17 – 18 lutego 2020 r. Dyrektorowi Placówki zalecono:

1. *Przyjmowanie do placówki osób ubezwłasnowolnionych całkowicie, wyłącznie w przypadku przedstawienia przez opiekuna prawnego zezwolenia sądu opiekuńczego, o którym mowa w art. 68c ustawy;*

2. *Przechowywanie w dokumentacji placówki zezwolenia sądu opiekuńczego (art. 68a pkt 1 lit. f ustawy);*

3. *Uzupełnienie dokumentacji mieszkańców ubezwłasnowolnionych przebywających już w placówce o takie zezwolenie;*

W trakcie kontroli niemożliwe było zweryfikowanie na podstawie dokumentów czy w Jednostce przebywają osoby ubezwłasnowolnione, ponieważ w Placówce nie było dokumentów mieszkańców. Według oświadczenia Właścicielki, w chwili obecnej nie ma osób ubezwłasnowolnionych w Jednostce. Konieczne zatem jest prowadzenie i przechowywanie teczek z dokumentami mieszkańców zawierającymi takie informacjami na terenie Placówki zgodnie z art. 68a pkt 1 ustawy oraz art. 68 ust. 2a-2h.

4. *Dostosowanie liczby mieszkańców placówki do aktualnego zezwolenia na jej prowadzenie (art. 67 ustawy);*

Właścicielka nie zrealizowała zalecenia. W trakcie kontroli kolejny raz przekroczona była liczba mieszkańców, ponownie mieszkańcy zamieszkiwali I piętro, nie objęte zezwoleniem. Ponadto Właścicielka informowała, że aby zrealizować wcześniejsze zalecenie pokontrolne o dostosowaniu liczby mieszkańców do wydanego zezwolenia przewiozła część mieszkańców do placówki działającej bez zezwolenia Wojewody w Osiecznicy. Przenoszenie mieszkańców z miejsca na miejsce, w tym do jednostki prowadzonej nielegalnie, utrzymywanie w Placówce liczby mieszkańców ponad liczbę wynikającą z zezwolenia wojewody, dostawianie łóżek w pokojach ponad limit wynikający z zezwolenia i metrażu pokoi świadczy o nie przestrzeganiu zezwolenia Wojewody i przedmiotowym traktowaniu mieszkańców. Powyższe świadczy o dalszym przekraczaniu dopuszczalnej liczby mieszkańców oraz o nieprzestrzeganiu prawa mieszkańców do życia w dobrych warunkach lokalowych oraz prawa do godności i intymności mieszkańca wynikających z art. 67 oraz art. 68 ust. 2 ustawy.

5. *Umieszczenie w widocznym miejscu tablicy informacyjnej, o której mowa w art. 68a pkt. 2 ustawy;*

6. Umieszczenie na tablicy ogłoszeń w widocznym miejscu w budynku informacji, o których mowa w art. 68a pkt.3 ustawy.

Zalecenie zostało wykonane częściowo. W trakcie kontroli oznaczenia Placówki nie było. W późniejszym czasie Właścicielka przesłała zdjęcia tablic (dwa wydruki w antyramach), obie zamontowano jednak na zewnątrz budynku na elewacji. Tablice powinny być zamocowane: jedna na budynku - zawierająca informację o rodzaju posiadanego zezwolenia oraz numer wpisu do rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Druga na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku, zawierająca informacje dotyczące zakresu działalności prowadzonej w placówce, podmiotu prowadzącego placówkę, w tym informacje o siedzibie lub miejscu zamieszkania podmiotu. Powyższe wskazuje na uchybienia dot. art. 68a pkt 2 i 3 ustawy dot. oznaczenia Jednostki.

7. Ograniczanie możliwości samodzielnego opuszczania przez mieszkańca terenu placówki tylko w przypadkach i na zasadach określonych w art. 68 ust. 2a-2h ustawy.

Zalecenie nie zostało zrealizowane. Mieszkańcy nie mogą samodzielnie opuszczać terenu Placówki mimo braku formalnego ograniczenia im tego na podstawie zaświadczenia lekarskiego. Właścicielka stoi na stanowisku, że nikomu nie ogranicza opuszczania Placówki, ale ze względów bezpieczeństwa mieszkańcy nie opuszczają samodzielnie jej terenu (zresztą osoby przebywające w Placówce wcale tego nie chcą, ani nie odczuwają tego jako niedogodność czy ograniczenie ich praw).

8. Założenie i prowadzenie rejestru stosowania przymusu bezpośredniego (art. 68a pkt 1 lit. d ustawy).

Według oświadczenia Właścicielki zalecenie zrealizowano. W trakcie kontroli Placówki nie było rejestru stosowania przymusu bezpośredniego. W trakcie wizyty w dniu 28 września 2020 r. w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu Właścicielka złożyła wyjaśnienia do protokołu o zrealizowaniu zalecenia pokontrolnego.

9. Założenie i prowadzenie ewidencji przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki i bieżące wpisywanie do niej wszystkich tego rodzaju świadczeń (art. 68a pkt 1 lit. d ustawy).

Zalecenie zostało zrealizowane. W trakcie kontroli ustalono, że rejestr został założony i jest dostępny w Placówce i uzupełniany.

Odnośnie pozostałych kwestii zamieszczonych w Raporcie, do których nie sformułowano zaleceń ustalono:

1. Przechowywanie rzeczy wartościowych przez mieszkańców w Placówce - Ustalono, że Właścicielka nie planuje zmieniać praktyki postępowania dot. przechowywania rzeczy wartościowych w Placówce.
2. Kwestia jednomiesięcznej kaucji mieszkańca ma zostać doprecyzowana w umowie.
3. System przyzywowy - Właścicielka nie planuje zmian w tej kwestii, jak twierdzi w Jednostce jest system przyzywowy.
4. Wskazanie mieszkańcom do kogo mogliby się zwrócić o pomoc, gdyby takiej potrzebowali - Właścicielka zobowiązała się zamieścić tego typu informacje w widocznym miejscu na tablicy ogłoszeń.
5. Brak możliwości składania skarg w Placówce - Właścicielka zobowiązała się do założenia rejestru skarg.
6. Pokój pielęgniarki i niezabezpieczone dokumenty oraz leki - Właścicielka zobowiązała się zakupić szafę do przechowywania dokumentacji medycznej i dokumentów podopiecznych oraz leków.
7. Podawanie leków w formie rozkruszonej lub rozpuszczonej bez zlecenia lekarskiego - Właścicielka zobowiązała się do zaprzestania takich działań bez wskazania lekarskiego.
8. Szkolenia dla personelu - Właścicielka oświadczyła, że będzie doszkalać personel.
9. Zapewnienie superwizji dla pracowników Domu - Właścicielka oświadczyła, że nie planuje superwizować pracowników.
10. Zatrudnienia psychologa - Właścicielka nie widzi takiej potrzeby, jak informowała lekarz psychiatra nigdy nikomu nie zalecił konsultacji psychologicznej.
11. Uszkodzone podjazdy przed budynkiem Placówki - Właścicielka zobowiązała się wyremontować podjazdy.

12. Wielkość łazienki i uszkodzenie sedesu przy pokoju nr 4 - Właścicielka oświadczyła, że w pokoju nr 4 umieszczane są osoby sprawne fizycznie, więc mała łazienka im nie przeszkadza oraz że dokonano niezbędnych napraw w łazience.

13. Organizacja czasu wolnego – kontrola wykazała, że czas wolny organizowany jest mieszkańcom w minimalnym zakresie lub nie jest organizowany wcale, co potwierdzają mieszkańcy. Sytuacja ta uchybia zapisom art. 68 ust 3 pkt 2 ustawy dotyczącym organizacji mieszkańcom czasu wolnego.

Nieprawidłowości stwierdzone w toku kontroli:

1. Prowadzenie Placówki dla większej liczby osób niż określona w zezwoleniu Wojewody Dolnośląskiego.
2. Niewłaściwy stan techniczny podjazdu przed budynkiem.
3. Zamykanie mieszkańców w pokojach, bez możliwości komunikacji osób zamieszkujących w pokojach przybudówki z dyżurującym pracownikiem, szczególnie w nocy.
4. Z uwagi na przekroczenie dopuszczalnej liczby mieszkańców pokój nr 2 miał metraż poniżej dopuszczalnych 6 m² na osobę i nie zapewniał powierzchni zagwarantowanej przepisami. Przez wstawienie dodatkowego łóżka do pokoju nr 1 (niezajętego w dniu kontroli) w pokoju było mało miejsca dla mieszkańców.
5. Placówka nie gwarantuje sprzątnięcia każdego dnia.
6. Nie jest zachowana 4 godzinna przerwa między śniadaniem a obiadem, natomiast kolacja podawana jest wcześniej niż o godz. 18⁰⁰.
7. Brak na umieszczonej na zewnątrz budynku tablicy nr wpisu do rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę. Brak wewnątrz budynku informacji o siedzibie podmiotu prowadzącego Placówkę.
8. Dokumentacja mieszkańców nie jest przechowywana na terenie Placówki.
9. Dokumentacja pracownicza osób zatrudnionych w Placówce nie jest przechowywana na terenie Placówki.
10. Mieszkańcom ogranicza się samodzielne opuszczanie Placówki bez decyzji organu prowadzącego, wydanej na podstawie zaświadczenia lekarskiego.
11. Placówka przedstawia ubogą ofertę spędzania czasu wolnego mieszkańców.

Na podstawie art. 128 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1876 ze zm.) wydaje się następujące zalecenie pokontrolne wynikające ze stwierdzonych nieprawidłowości:

Ad. 1.

Dostosować liczbę mieszkańców do wydanego zezwolenia i nie przekraczać dopuszczalnej liczby mieszkańców ponad 13 osób - stosownie do Decyzji Wojewody Dolnośląskiego z dnia 28 września 2016 r. Nr ZP- KNPS.9423.2.2016.MJ zmienionej decyzją ZP- KNPS.9423.1.5.2020.AŁ z dnia 5 marca 2020 r.

Podstawa prawna: art 67 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 2.

Utrzymywać pomieszczenia i infrastrukturę Placówki w dobrym stanie technicznym, umożliwiającym realizację prawa do godności i intymności mieszkańców.

Podstawa prawna: art. 68 ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 3.

Zorganizować całodobową opiekę mieszkańcom uwzględniającą ich stan zdrowia oraz warunki lokalowe Placówki. Zaprzestać umieszczania w trzech pokojach, do których wejście jest jedynie z podwórka osób całkowicie zależnych, niedołącznych, stale leżących, oraz zapewnić możliwość komunikowania się mieszkańców z pracownikami przebywającymi w części głównej budynku.

Podstawa prawna: art. 68 ust. 1 pkt 1a, b i c oraz art. 68 ust 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 4.

Zaprzestać umieszczania mieszkańców w pokojach niespełniających wymogów standardu dot. miejsca zamieszkania.

Podstawa prawna: art. 68 ust. 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 5.

Zapewnić sprzątanie pomieszczeń Placówki w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz dziennie.

Podstawa prawna: art. 68 ust. 6 pkt 6 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 6.

Wprowadzić zmiany w organizacji wydawania posiłków w Jednostce w ten sposób, żeby zapewnić co najmniej 4 godzinną przerwę między śniadaniem a obiadem oraz wydawać ostatni posiłek w ciągu dnia nie wcześniej niż o 18⁰⁰.

Podstawa prawna: art. 68 ust. 6 pkt 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 7.

Umieścić na budynku w widocznym miejscu tablicę informacyjną zawierającą prawidłowy numer wpisu do rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku. Ponadto umieścić na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku, w którym prowadzona jest placówka, informacje dotyczące: zakresu działalności prowadzonej w placówce oraz podmiotu prowadzącego placówkę, w tym o siedzibie lub miejscu zamieszkania podmiotu.

Podstawa prawna: art. 68a pkt 2 i 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 8.

Przechowywać dokumentację mieszkańców na terenie Jednostki, tj. w siedzibie podmiotu prowadzącego Placówkę, w Domu Seniora „Leśne Zacisze” Kliczków 60.

Podstawa prawna: art. 68a pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 9.

Utworzyć podręczną dokumentację kadrową osób pracujących w Placówce, zawierającą dokumenty umożliwiające weryfikację zatrudnionych osób pod względem wymiaru czasu pracy, przygotowania i doświadczenia zawodowego oraz przechowywać ją na terenie Jednostki, tj. w siedzibie podmiotu prowadzącego Placówkę - w Domu Seniora „Leśne Zacisze” Kliczków 60.

Podstawa prawna: art. 68a pkt. 4 i 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 10.

Ograniczać możliwość samodzielnego opuszczania przez mieszkańców terenu placówki tylko w przypadkach i na zasadach określonych w art. 68 ust. 2a-2h ustawy.

Podstawa prawna: 68 ust. 2a-2h ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 11.

Opracować i wdrożyć w życie plan urozmaiconego zagospodarowania mieszkańcom czasu wolnego oraz wskazać pracowników odpowiedzialnych za realizację zadania.

Podstawa prawna: art. 68 ust 3 pkt 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

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 2020 r., poz. 1876 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 tut. Wydziału, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego pisma, o sposobie wykorzystania wyników kontroli, realizacji powyższych zaleceń lub przyczynach braku ich realizacji.

KIL
Komisja
w Wydziale
Ewelina Zygmit

WYDZIAŁU
Zdrowia i Polityki Społecznej
6.202

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO
Danuta Zawilla
ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU
Zdrowia i Polityki Społecznej 14