



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 27 grudnia 2021 r.

ZP-KNPS.431.1.28.2021.EJ

Pani
Katarzyna Stolarek
Dyrektor
Domu Pomocy Społecznej
w Krośnicach

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

W dniach 15-17 września 2021 r. na podstawie art. 22 ust. 8 i art. 127 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268), zwanej dalej „ustawą” zespół kontrolerów Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu w składzie: Elżbieta Jakubowska, inspektor wojewódzki, przewodnicząca kontroli, Sylwia Geppert, inspektor wojewódzki, kontroler, przeprowadził kontrolę kompleksową w Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych przy ul. Kwiatowej 9 w Krośnicach, zwanym dalej „Domem” lub „Jednostką”, zgodnie z zatwierdzonym w dniu 24 czerwca 2021 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na II półrocze 2021 roku. Tematem kontroli była ocena realizacji standardu usług określonego w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 734, ze zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, obejmująca okres od 1 stycznia 2020 r. do 15 września 2021 r.

W okresie objętym kontrolą osobą odpowiedzialną za realizację ww. zadań była Pani Katarzyna Stolarek, Dyrektor Domu Pomocy Społecznej przy ul. Kwiatowej 9 w Krośnicach.

Działalność jednostki w okresie objętym kontrolą oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Uzasadnieniem powyższej oceny jest ustalony w trakcie kontroli stan faktyczny i prawny zawarty w protokole kontroli podpisanym przez Dyrektora Domu w dniu 23 listopada 2021 r., do którego nie wniesiono zastrzeżeń.

Decyzją Wojewody Dolnośląskiego Nr SSZ.II.0812/5/99 z dnia 7 grudnia 1999 r. ze zm. (ostatnia zmiana decyzja Nr PS-KNPS.9423.4.22011 z dnia 28 marca 2011 r.) Powiat Milicki uzyskał zezwolenie na prowadzenie Domu Pomocy Społecznej w Krośnicach przy ul. Kwiatowej 9. Jednostkę wpisano pod nr 5/1999 do wojewódzkiego rejestru domów pomocy społecznej. Dom przeznaczony jest dla 152 osób przewlekle psychicznie chorych.

Jednostka funkcjonuje w oparciu o Regulamin Organizacyjny Domu zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia.

Na podstawie analizy losowo wybranej dokumentacji stwierdzono, że na terenie Domu przebywały osoby kwalifikujące się do powyższego typu Domu.

Dyrektor Jednostki spełniła kryteria określone w art. 122 ust. 1 ustawy tj. posiada wymagany staż pracy w pomocy społecznej oraz specjalizację z zakresu organizacji pomocy społecznej.

W wyniku zmian organizacyjnych powstały w Jednostce nowe stanowiska tj. kierownik działu pielęgnacyjno-opiekuńczego oraz zastępca kierownika działu pielęgnacyjno-opiekuńczego. Osobom zatrudnionym na ww. stanowiskach podlegały pielęgniarki, asystenci osób niepełnosprawnych, opiekunowie i pokojowe. Stwierdzono, że stanowisko zastępcy kierownika działu pielęgnacyjno-opiekuńczego obsadzono spośród kadry pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Na ww. stanowisku zatrudniono jednocześnie w ramach pełnego etatu na stanowisku pielęgniarka i pełniąca obowiązki zastępcy kierownika działu pielęgnacyjno-opiekuńczego osobę z wykształceniem średnim. Osoba ta zatrudniona jest w Domu od 1992 r., natomiast pełni obowiązki zastępcy kierownika działu od kwietnia 2021 r. Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 25 października 2021 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (t.j. Dz. U z 2021 r. poz. 1960) kierownik działu jest zobowiązany posiadać wykształcenie wyższe (...), o odpowiednim kierunku umożliwiającym wykonywanie zadań na stanowisku (...). Wymogi określone w rozporządzeniu obowiązują także osoby, którym powierzono pełnienie obowiązków zastępcy kierownika działu. Zgodnie z art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1282 ze zm.) awans wewnętrzny może zostać dokonany jedynie w ramach tej samej grupy stanowisk, o których mowa w art. 4 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy. Biorąc pod uwagę art. 53 ust. 3 ww. ustawy, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2009 r., pracownicy którzy w dniu wejścia w życie ustawy nie spełniają warunku, o którym mowa w art. 6 ust. 4 pkt 2, mogą być nadal zatrudnieni na dotychczasowych stanowiskach. Przedstawiony przebieg zatrudnienia w Domu Pomocy Społecznej w Krośnicach ww. osoby na kierowniczym stanowisku urzędniczym, wskazuje że powierzono jej obowiązki zastępcy kierownika działu po dniu wejścia w życie ustawy

o pracownikach samorządowych. Dlatego w stosunku do tej osoby nie można zastosować ustawy o pracownikach samorządowych z wyłączeniem art. 6 ust. 4 pkt 2 ustawy.

Ponadto z uwagi na zapewnienie właściwego zakresu usług opiekuńczo-wspomagających wskazane jest uporządkowanie Zarządzenia nr 11/03 z dnia 19 listopada 2003 r. w sprawie powołania zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, które nie jest tożsame z Regulaminem Organizacyjnym Domu.

Kwalifikacje pozostałych pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego nie budziły zastrzeżeń.

Działalność Jednostki prowadzona była w kompleksie trzech budynków wolnostojących tj. administracyjnym oraz dwóch budynkach mieszkalnych. Wokół Domu znajdował się teren rekreacyjny, z którego mogli korzystać mieszkańcy. W trakcie kontroli stwierdzono, że budynek Nr 2 posiadał czynną windę przystosowaną dla osób niepełnosprawnych, natomiast w budynku Nr 1 winda łącząca wszystkie kondygnacje była nieczynna w związku z awarią. Dyrektor przedłożyła dokument zgłoszenia naprawy ww. urządzenia. Na dzień kontroli trwały czynności ofertowe na dostawę podzespołów, wycenę i uruchomienie dźwigu. Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia Dom uznaje się za spełniający warunki jeżeli budynek i jego otoczenie nie mają barier architektonicznych, budynek Nr 1 ma zainstalowaną windę, natomiast z windy nie mogą korzystać mieszkańcy do czasu naprawy i uruchomienia urządzenia. Zatem niezbędne jest niezwłoczne naprawienie urządzenia i doprowadzenie do ciągłego działania windy.

Stwierdzono, że budynki wyposażone są w system alarmu przeciwpożarowego oraz system przyzywowo-alarmowy, znajdują się w nich wymagane przepisami ogólnodostępne pomieszczenia, a w pokojach mieszkalnych zagwarantowano metraż w myśl § 6 ust. 1 pkt 3 lit. a i c rozporządzenia.

Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia pokój mieszkalny w przypadku osób poruszających się samodzielnie jest przeznaczony dla nie więcej niż trzech osób, a w przypadku osób leżących jest przeznaczony dla nie więcej niż czterech osób. W dniu kontroli stwierdzono, że pokój czteroosobowy w budynku Nr 1 zamieszkiwały osoby poruszające się samodzielnie. A zatem osoby poruszające się samodzielnie winny być umieszczone w pokoju nie większym niż trzyosobowy.

Ponadto stwierdzono, że w opisanym powyżej pokoju czteroosobowym w ścianie działowej z dyżurką pielęgniarek/gabinetem medycznej pomocy doraźnej wyznaczono miejsce na przeszklenie, które w dniu kontroli było zasłonięte roletą. Stwierdzono, że w ww. pokoju umieszczano osoby, co do których zastosowano środek przymusu bezpośredniego. Wówczas mieszkańcy pokoju czteroosobowego opuszczali swój pokój. Stosownie do art. 55

ust. 2 ustawy należy dostosować organizację Domu, zakres i poziom świadczonych w nim usług do wymaganego standardu, uwzględniając prawo mieszkańców zamieszkujących pokój czteroosobowy do swobodnego w nim przebywania.

Wskutek pandemii Jednostka dodatkowo utworzyła miejsca przeznaczone na kwarantannę dla mieszkańców. Pokoje mieszkalne były wolne od nieprzyjemnych zapachów. Utrzymana była w nich czystość i porządek, za wyjątkiem pokoju w budynku Nr 1 o nr 2/2 na II piętrze oraz następujących pokoi w budynku Nr 2 tj. o nr: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11 i 12 na I piętrze, o nr: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14 i 15 na II piętrze, o nr: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 na III piętrze oraz o nr: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17 i 18 na IV piętrze, które wymagały odmalowania ścian, dodatkowo w łazience przy pokoju o nr 12 na IV piętrze brodzik wymagał wymiany.

Dom zagwarantował warunki sanitarne przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, zgodnie z normą określoną w § 6 ust. 1 pkt 4 lit. a-b rozporządzenia tj. łazienki zapewniły możliwość korzystania z każdej przez nie więcej niż sześć osób, a w przypadku toalet przez nie więcej niż cztery osoby.

W zakresie wyżywienia i spełniania wymogu określonego w § 6 ust. 1 pkt 6 lit. b-f rozporządzenia potwierdzono zapewnienie mieszkańcom Domu 3 podstawowych posiłków dziennie oraz posiłki dietetyczne, posiłek dodatkowy wydawany w formie podwieczorku oraz II śniadanie wydawane dla cukrzyków.

Podczas wizytacji stwierdzono, że w kuchenkach oddziałowych znajdowały się podstawowe produkty żywnościowe oraz napoje. Wejście do kuchenek było tylko dla pracowników. Dyżurujący pracownik budynku Nr 1 poinformował kontrolujących, że kanapki przygotowywane są przez pracowników na prośbę mieszkańca. Samodzielnie mieszkańcy nie przygotowują dodatkowych posiłków z produktów Domu. Podczas kontroli mieszkańcy tego budynku informowali, że nie wiedzą, czy jest dostęp do posiłków dodatkowych oraz, czy mogą poprosić personel o dodatkową kanapkę. Informowano, że to co zostaje po posiłkach jest wydawane chętnym mieszkańcom. W celu prawidłowej realizacji standardu usług określonego w § 6 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia należy rozpowszechnić wśród mieszkańców informację o możliwości skorzystania z dodatkowych posiłków. Natomiast w budynku Nr 2 dyżurujący pracownik poinformował, że dodatkowe kanapki przygotowywane są na prośbę mieszkańców; roznoszone na poszczególne piętra; przygotowywane przez mieszkańców w jadalni z produktów Domu, udostępnianych na prośbę mieszkańca. W rozmowach mieszkańcy ww. budynku potwierdzili przygotowywanie przez pracownika na prośbę mieszkańca kanapek z produktów żywnościowych Domu oraz roznoszenie na poszczególne piętra kanapek, z tego co zostaje

z posiłków. Nikt nie potwierdził faktu samodzielnego przygotowywania w jadalni kanapek z produktów Domu. Informowano o możliwości przygotowywania posiłków przez mieszkańców z produktów prywatnych. Podopieczni zapewnili kontrolujących, że ilość wydawanych posiłków jest wystarczająca, a posiłki są smaczne. Podczas wizytacji stwierdzono, że napoje były dostępne w pomieszczeniach ogólnych, z których mogli samodzielnie korzystać mieszkańcy. Dodatkowo w ramach działalności Domu w budynku Nr 2 funkcjonował KLUB, w którym pod opieką terapeuty odbywało się wspólne parzenie kawy i herbaty. Stwierdzono, że na odbywających się spotkaniach Samorządu Domu mieszkańcy nie zgłaszali nieprawidłowości dotyczących organizacji i dostępności wydawanych posiłków oraz jakości wyżywienia. Stwierdzono, że w ramach otrzymywanych darowizn Jednostka przekazywała do użytku mieszkańców artykuły spożywcze. Niemniej organizacja Jednostki, zakres i poziom świadczonych przez nią usług musi uwzględniać m.in. wolność oraz stopień fizycznej i psychicznej sprawności o czym mowa w art. 55 ustawy. Zapis § 5 ust. 1 pkt 3 lit. f rozporządzenia zobowiązuje Jednostkę do zagwarantowania mieszkańcom Domu usamodzielnienia. Stwierdzono, że najmłodszy mieszkaniec Domu ma 29 lat, najstarszy 92 lata. Wśród osób są mieszkańcy wykazujący się pełną zdolnością samoobsługi w przygotowaniu posiłków. Dlatego należy im umożliwić samodzielne przygotowanie posiłku z udostępnionych przez Dom produktów żywnościowych. Pozostałym zaś mieszkańcom, których stan zdrowia na to nie pozwala i wymagają pomocy zagwarantować otrzymywanie posiłku dodatkowego.

Dom spełniał wymogi standardu określonego w § 6 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia w zakresie zapewnienia odzieży i obuwia.

W kwestii zapewnienia środków czystości i środków higienicznych, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia, osoba poinformowała kontrolujących, że Jednostka nie zapewnia papieru toaletowego, dlatego we własnym zakresie zakupuje ww. artykuł. Pozostałe osoby informowały, że papier toaletowy otrzymują raz w miesiącu oraz, że jest uzupełniany przez opiekunów. W przypadku mieszkańca zgłaszającego brak ww. artykułu analiza dokumentacji potwierdziła brak przydziału w okresie od czerwca do września 2021 r. oraz wykazała nieregularny przydział w 2020 r. W przypadku pozostałych mieszkańców stwierdzono, że w okresie od czerwca do lipca 2021 r. część mieszkańców otrzymała po 12 rolek papieru toaletowego, natomiast od sierpnia do dnia kontroli 2021 r. po 20 szt. ww. artykułu. Stwierdzono, że otrzymywane artykuły mieszkańcy potwierdzali podpisem. Dyrektor wyjaśniła, że wcześniej papier toaletowy wydawano mieszkańcom raz w miesiącu po 8 rolek. Z uwagi na to, że mieszkańcy odsprzedawali swoje zapasy innym mieszkańcom oraz papier zalegał w pokojach mieszkalnych, wprowadzono wydawanie ww. artykułu

na prośbę mieszkańca z dyżurek opiekunów. Ponadto Dyrektor uszczegółowiła, że opiekunowie systematycznie uzupełniają braki papieru w łazienkach mieszkańców podczas codziennego sprzątania. Na zadane mieszkańcowi pytanie *Czy zgłaszała ww. potrzeby pracownikom?* osoba oświadczyła, że nie prosiła opiekunów, ponieważ nie wiedziała o takiej możliwości. W celu prawidłowej realizacji standardu usług określonego w § 6 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia należy rozpowszechnić wśród wszystkich mieszkańców informację o możliwości otrzymywania środków czystości. W pozostałym zakresie Dom zagwarantował mieszkańcom środki higieniczne oraz czystości. Sukcesywnie doposażył mieszkańców m.in. w koce, kołdry, poduszki, prześcieradła, podkłady, ręczniki oraz zakupił materace na łóżka. Stwierdzono, że w ramach otrzymywanych darowizn Jednostka przekazywała do użytku mieszkańców środki czystości oraz środki higieniczne.

W ramach usług mieszkańcy mieli zapewnioną pielęgnację, pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, załatwianiu spraw osobistych, a także dostęp do podstawowych i specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów, zgodnie z art. 58 ustawy.

Jednostka pokrywała częściową odpłatność do wysokości limitu ceny oraz opłaty ryczałtowej przewidziane w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co spełniło wymogi art. 58 ust. 3 ustawy. Na dzień kontroli stwierdzono, że mieszkańcy nie ponosili odpłatności zakupu wyrobów medycznych tj. pieluchomajtek, majtek chłonnych jednorazowych i podkładów, co wynikało z ceny, która nie przekraczała limitu. Dodatkowo mieszkańcy o niskich dochodach otrzymywali środki higieniczne w ramach darowizny. Jednostka zapewniła mieszkańcom pomoc w zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

W zakresie usług wspomagających aktywność mieszkańców w wyniku trwającej pandemii odbywała się w ograniczonej formie. Jednostka przestrzegała w tym zakresie zaleceń sanitarnych oraz rekomendacji Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. W początkowym okresie odwiedzin mieszkańców zastąpiono dostępem do urządzeń umożliwiających kontakt z bliskimi. Złagodzenie procedur umożliwiło odwiedzin mieszkańców, wyjścia oraz urlopowania mieszkańców. Stworzono warunki do uczestnictwa w terapii zajęciowej oraz rehabilitacji ruchowej. Spotkania integracyjne odbywały się w małych grupach lub indywidualnie. Dbano o zaspokojenie potrzeb kulturalnych i religijnych, zapewniono warunki do rozwoju samorządności, a także umożliwiono kontakt z Dyrektorem Domu, co spełniło wymóg § 6 ust. 1 pkt 10 rozporządzenia.

W Domu obowiązywało zarządzenie Dyrektora w sprawie procedury zastosowania przymusu bezpośredniego. Stwierdzono, że przymus bezpośredni w formie unieruchomienia

był stosowany w pokoju mieszkalnym czteroosobowym. Ustalono, że unieruchomienie mieszkańca było dokumentowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2018 r. poz. 2459). Niemniej z uwagi na zapis art. 55 ust. 2 ustawy wskazane jest dostosowanie organizacji Domu, zakresu i poziomu świadczonych w nim usług do wymaganego standardu, uwzględniając prawo mieszkańców zamieszkujących pokój czteroosobowy do swobodnego w nim przebywania.

Na terenie Domu powołano zespół terapeutyczno-opiekuńczy, zwany dalej „Zespołem”, który realizował zadania określone w § 2 i § 3 rozporządzenia.

Usługi opiekuńcze i wspomagające świadczone były w oparciu o indywidualne plany wsparcia, zwane dalej „Planem”. Za prowadzenie planów Dyrektor wyznaczył osoby odpowiedzialne z Zespołu. Na podstawie analizy losowo wybranej dokumentacji stwierdzono, że plany były opracowywane przez Zespół w porozumieniu z mieszkańcem, co spełniło wymogi § 2 ust. 3 oraz § 3 ust. 1 rozporządzenia. Niemniej ustalono, że w realizacji planu wsparcia nie każdy z realizatorów sporządzał notatki. Wskazane jest, aby pracownicy wyznaczeni do realizacji działań wspierających systematycznie dokumentowali swoją pracę, gdyż pozwoli to rzetelnie ocenić efekty usług świadczonych przez Jednostkę. Ponadto w dwóch przypadkach stwierdzono, że realizacja planu nie odnosiła się do założonych celów, co może świadczyć o błędnym określeniu celów lub potrzebie zmiany planu zgodnego z indywidualnymi potrzebami mieszkańców.

Stwierdzono, że wszyscy mieszkańcy mieli wskazanego pracownika pierwszego kontaktu, co jest zgodne z § 3 ust. 2 rozporządzenia.

W planach nie był ustalony godzinowy wymiar zajęć rehabilitacji społecznej, o których mowa w § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lutego 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2014 r., poz. 250), zwanego dalej „rozporządzeniem¹”. Stwierdzono, że realizacja zajęć była dokumentowana w dziennikach zajęć, w których odnotowywano rodzaj i tematykę zajęć. Dzienniki zawierały imiona i nazwiska mieszkańców obecnych na zajęciach oraz imię i nazwisko prowadzącego zajęcia. Zgodnie z § 6 ust. 1-2 rozporządzenia¹, każdy pracownik ww. zespołu jest zobowiązany do dokumentowania prowadzonych zajęć indywidualnych i grupowych w dziennikach, odnotowując w szczególności: rozkład tygodniowy i czas trwania zajęć, rodzaj i tematykę zajęć oraz imię i nazwisko prowadzącego zajęcia; imiona i nazwiska mieszkańców obecnych na zajęciach oraz informacje służące okresowej ocenie realizacji indywidualnych planów jak

absencja i jej przyczyny, ocenę współpracy z terapeutą, aktywne lub bierne uczestnictwo w zajęciach czy skracanie i wydłużanie uczestnictwa w zajęciach.

W ramach realizacji rehabilitacji społecznej mieszkańcom zapewniono zajęcia z psychologiem, co jest zgodne z § 4 pkt 2 rozporządzenia. W ramach zajęć organizowano badania psychologiczne, terapię i poradnictwo psychologiczne, natomiast pracownikom Zespołu zapewniono współpracę, zarówno w opracowaniu, jak i realizacji planów.

Z informacji uzyskanych wynika, że nie ma mieszkańców, którzy mogliby podjąć zatrudnienie w warunkach pracy chronionej lub na przystosowanym stanowisku pracy. W ramach zajęć terapeutycznych organizowano zajęcia informatyczne.

W Jednostce nie ma opracowanych zasad funkcjonowania stosowania nagród rzeczowych za aktywne uczestnictwo w zajęciach określonych w § 7 rozporządzenia¹.

Jednostka podejmowała czynności w celu likwidacji niepodjętych depozytów oraz umożliwiała mieszkańcom przechowywanie przedmiotów wartościowych i środków pieniężnych. Na podstawie losowej próby stwierdzono, że na koncie znajdowały się środki po zmarłych mieszkańcach od ponad trzech lat, wobec których podejmowano czynności celem wezwania uprawnionych do odbioru depozytu, a w przypadku niepodjętego depozytu akta przekazywano do Sądu, co spełniło zapis art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów (Dz. U. z 2006 r., Nr 208, poz. 1537 ze zm.).

Mieszkańcom zapewniono kontakt z psychologiem oraz z psychiatrą. Stwierdzono, że pracę socjalną świadczyło 3 pracowników socjalnych w pełnym wymiarze czasu pracy, co uchybia wymogom § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia. Warunkiem efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców. Tym samym, w przypadku domu pomocy społecznej, którego stan mieszkańców wynosi 152 osoby, powinno być zatrudnionych nie mniej niż czterech pracowników socjalnych, w tym jeden w wymiarze etatu proporcjonalnym do pozostałej ilości mieszkańców.

Zatrudnienie pracowników Zespołu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy nie zapewniło wskaźnika, o którym mowa w § 6 ust. 2 pkt 3 lit. c rozporządzenia tj. 0,5 na jednego mieszkańca domu dla osób przewlekłe psychicznie chorych. Po przeliczeniu wskaźnika zatrudnienia stwierdzono, że na dzień kontroli dwie osoby były długotrwale nieobecne (ponad 30 dni) tj. pierwsza osoba od grudnia 2019 r., druga osoba od marca 2021 r. Długotrwała nieobecność etatowego pracownika np. ze względu na urlop macierzyński, wychowawczy, wskazuje na konieczność okresowego zatrudnienia pracowników, którzy faktycznie będą spędzali czas z mieszkańcem i świadczyli pracę na ich rzecz. Tym samym na

dzień kontroli do wskaźnika zatrudnienia w Zespole wliczono 76 osób na 74,75 etatu, co daje wskaźnik 0,49.

Zespół terapeutyczno – opiekuńczy uczestniczył w latach 2020 – 2021 w szkoleniach dotyczących praw mieszkańca oraz kierunków prowadzonej terapii lub metod pracy, a także metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, tym samym został zrealizowany obowiązek wynikający z § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia.

Nieprawidłowości stwierdzone w trakcie kontroli:

1. Osoba na stanowisku pełniącego obowiązki zastępcy kierownika działu pielęgnacyjno-opiekuńczego posiada wykształcenie nieodpowiadające wymogom na kierowniczym stanowisku urzędniczym.
2. W budynku Nr 1 nie działała winda.
3. Pokój czteroosobowy w budynku Nr 1 zamieszkiwały osoby poruszające się samodzielnie.
4. W pokoju czteroosobowym w budynku Nr 1 w ścianie działowej z dyżurką pielęgniarek/gabinetem medycznej pomocy doraźnej znajdowało się przeszklenie.
5. Pokój czteroosobowy w budynku nr 1 wykorzystywano do umieszczania mieszkańców Domu, co do których zastosowano środek przymusu bezpośredniego. Wówczas „stali” mieszkańcy tego pokoju nie mogli w nim przebywać.
6. Pokój w budynku Nr 1 o nr 2/2 na II piętrze oraz pokoje w budynku Nr 2 tj. o nr: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11 i 12 na I piętrze, o nr: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14 i 15 na II piętrze, o nr: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 na III piętrze oraz o nr: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17 i 18 na IV piętrze wymagały odmalowania ścian, natomiast w łazience przy pokoju o nr 12 na IV piętrze brodzik wymagał wymiany.
7. W rozmowach mieszkańcy budynku Nr 1 informowali, że nie wiedzą czy jest dostęp do posiłków dodatkowych oraz, czy mogą poprosić personel o dodatkową kanapkę.
8. Mieszkańcom nie zapewniono możliwości samodzielnego przygotowania posiłków z produktów Domu.
9. Podczas kontroli mieszkaniac informował o braku przydziału papieru toaletowego.
10. W dwóch przypadkach realizacja planu nie odnosiła się do założonych celów.
11. W indywidualnych planach wsparcia mieszkańców nie był ustalony godzinowy wymiar zajęć rehabilitacji społecznej.
12. Realizacja zajęć nie była dokumentowana w dziennikach zajęć zgodnie z wymogami.
13. Brak zasad stosowania nagród rzeczowych za aktywne uczestnictwo w zajęciach.
14. Brak wymaganej liczby pracowników socjalnych.

15. Wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego był mniejszy niż 0,5 na jednego mieszkańca domu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

Na podstawie art. 128 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268) wydaje się następujące zalecenia pokontrolne wynikające ze stwierdzonych nieprawidłowości:

Ad. 1.

Bezwzględnie przestrzegać obowiązku zatrudniania osób spełniających wymogi kwalifikacyjne odpowiednio do zajmowanych stanowisk. Na stanowisku pełniącego obowiązki zastępcy kierownika działu pielęgnacyjno-opiekuńczego zatrudnić osobę zgodnie z wymaganymi kwalifikacjami. Zgodnie z protokołem uporządkować zatrudnienie osoby na stanowisku pielęgniarka i pełniącej obowiązki zastępcy kierownika działu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Podstawa prawna: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 października 2021 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1960).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 2.

Doprowadzić do uruchomienia windy w budynku Nr 1.

Podstawa prawna: § 6 ust 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 734 ze zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 3.

Osobom samodzielnie poruszającym się zapewnić miejsce w pokojach nie większych niż trzyosobowe.

Podstawa prawna: § 6 ust 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 734 ze zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 4. i Ad. 5.

Pokój czteroosobowy znajdujący się w budynku Nr 1 dostosować do wymaganego standardu. Zaprzestać umieszczania w pokojach mieszkalnych, w których przebywają mieszkańcy, podopiecznych, co do których zastosowano środek przymusu bezpośredniego.

Podstawa prawna: art. 55 ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 6.

Pokój w budynku Nr 1 o nr 2/2 na II piętrze oraz pokoje w budynku Nr 2 tj. o nr: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11 i 12 na I piętrze, o nr: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14 i 15 na II piętrze, o nr: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 na III piętrze oraz o nr: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17 i 18 na IV piętrze należy sukcesywnie odmalować, zachowując w nich estetykę, natomiast w łazience przy pokoju o nr 12 na IV piętrze wymienić brodzik.

Podstawa prawna: § 6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 734 ze zm.).

Termin realizacji zalecenia: 31 maja 2022 r.

Ad. 7.

W celu prawidłowej realizacji standardu usług określonego w § 6 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia należy rozpowszechnić wśród mieszkańców informację o możliwości skorzystania z dodatkowych kanapek z produktów Domu.

Podstawa prawna: § 6 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 734 ze zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 8.

Wprowadzić rozwiązanie umożliwiające mieszkańcom samodzielne przygotowywanie dodatkowych kanapek z produktów żywnościowych udostępnionych przez Dom.

Podstawa prawna: § 5 ust. 1 pkt 3 lit. f rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 734 ze zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 9.

W celu prawidłowej realizacji standardu usług określonego w § 6 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia należy rozpowszechnić wśród wszystkich mieszkańców informację o możliwości otrzymywania środków czystości w postaci przydziału papieru toaletowego.

Podstawa prawna: § 6 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 734 ze zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 10.

Realizacja wyznaczonego w planie celu powinna odnosić się do indywidualnych potrzeb mieszkańca.

Podstawa prawna: § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 734 ze zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 11.

W indywidualnych planach wsparcia mieszkańców określać godzinowy wymiar czasu zajęć rehabilitacji społecznej.

Podstawa prawna: § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2014 r. poz. 250).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 12.

Dokumentować realizację zajęć rehabilitacji społecznej zgodnie z wymogami.

Podstawa prawna: § 6 ust. 1-2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lutego 2014 roku w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2014 r., poz. 250).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 13.

Opracować zasady stosowania nagród rzeczowych za aktywne uczestnictwo mieszkańców w zajęciach.

Podstawa prawna: § 7 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lutego 2014 roku w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2014 r., poz. 250).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 14.

Zatrudnić pracownika socjalnego, co najmniej w wymiarze proporcjonalnym do pozostałej ilości mieszkańców.

Podstawa prawna: § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 734 ze zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.

Ad. 15.

Zwiększyć wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, który w domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych winien wynosić nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca domu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

Podstawa prawna: § 6 ust 2 pkt 3 lit. c rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 734 ze 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 2021 r. poz. 2268) 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 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

Danuta Zawilla
ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU
Zdrowia i Polityki Społecznej

Do wiadomości:

1. Starostwo Powiatowe w Miliczu
2. Aa.

KIEROWNIK ODDZIAŁU
Zdrowia i Polityki Społecznej
w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej

Ewelina Ziemani
Ewelina Ziemani