



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 10 stycznia 2023 r.

ZP-KNPS.431.1.46.2022.AŁ

Pani
Sylwia Puta - Świercz
Dyrektor
Domu Pomocy Społecznej
„Jędrzek”
w Opolnie Zdroju

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

W dniach od 5 do 8 września 2022 r. na podstawie art. 22 ust. 8 i art. 127 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r., poz. 2268 ze zm.) zwanej dalej „ustawą”, inspektorzy Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu: Anna Łata - przewodnicząca kontroli i Elżbieta Jakubowska - kontroler, przeprowadzili kontrolę kompleksową w Domu Pomocy Społecznej „Jędrzek” w Opolnie Zdroju, ul. Parkowa 2, 59-920 Bogatynia.

Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 28 czerwca 2022 r. (ze zmianami) przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na II półrocze 2022 roku.

Tematem kontroli była ocena standardu usług określonych 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.), zwanym dalej „rozporządzeniem” oraz zgodności zatrudnienia pracowników z wymaganymi kwalifikacjami.

Kontrolą objęto okres od 1 stycznia 2021 r. do 5 września 2022 r. W okresie objętym kontrolą Dyrektorem placówki była Pani Sylwia Puta - Świercz, która odpowiadała za wykonanie zadań w zakresie kontrolowanych zagadnień.

Ustalenia kontroli – dokonane w oparciu o udostępnioną dokumentację, informacje i wyjaśnienia udzielone przez Dyrektora oraz pracowników Jednostki – zostały zawarte w protokole, do którego nie wniesiono zastrzeżeń.

Działalność Jednostki w zakresie objętym kontrolą oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Dom Pomocy Społecznej „Jędrak” w Opolnie Zdroju zapewnia całodobową opiekę oraz świadczenie usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie. Dom funkcjonuje w oparciu o Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej.

Liczba miejsc zgodnie z wydanym zezwoleniem wynosi 79, w dniu kontroli w Domu przebywały 74 osoby.

Dom pozostawał pod stałym nadzorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zgorzelcu.

Przeprowadzone działania kontrolne wykazały, że Dom Pomocy Społecznej w zakresie potrzeb bytowych nie spełniał wszystkich wymagań określonych w § 6 ust. 1 pkt 1-8 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 734 ze zm.), tj. w Budynku B znajdował się niesprawny schodolaz do przemieszczania między piętrami. Należy niezwłocznie przywrócić sprawność urządzenia. Ponadto jeden z pokoi mieszkalnych wymienne użytkowano jako pokój dziennego pobytu w sytuacji gdy pokój był zamieszkały przez mieszkańców. Z pokoju nr 3.07 w ciągu dnia korzystały inne, nie zamieszkujące w nim osoby a na noc stawał się pokojem mieszkalnym, co jest niezgodne z § 6 ust. 1 pkt 2 a i pkt 2 b, które nakazują zapewnienie odrębnych pomieszczeń.

W ramach usług opiekuńczych 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. Ustalono, że zdarza się, że kąpiele mniej sprawnych osób odbywają się w obecności i przy udziale innych mieszkańców, co jest naruszeniem prawa do intymności mieszkańców i należy zaprzestać takich działań, przestrzegając praw mieszkańców w tym zakresie.

W zakresie realizacji zapisu art. 58 ust. 3 ustawy stwierdzono, że Dom ponosił opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny za leki. Dom nie realizował natomiast dopłaty do pieluchomajtek, co jest niezgodne z obowiązującym ww. przepisem.

Jednostka udziela pomocy mieszkańcom w pozyskiwaniu dofinansowania przez NFZ do sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz turnusów rehabilitacyjnych.

Dom częściowo gwarantował świadczenie pracy socjalnej, przez zatrudnionego pracownika socjalnego (1 osoba na 1 etacie), co przy 79 miejscach i 74 faktycznych mieszkańcach Jednostki, nie spełnia wymogu wynikającego z § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia.

Ponadto Jednostka nie spełniła warunków w zakresie zapisów § 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w zakresie zatrudniania psychologa, Jednostka korzysta z usług psychologa bez umowy, jednak w Domu o takiej wielkości i profilu konieczne wydaje się zatrudnienie specjalisty tej specjalności i umożliwienie szerszego korzystania z jego usług zarówno przez mieszkańców, ich krewnych i pracowników Domu. Współpraca bez zawartej umowy powoduje, że nie wiadomo czego obie strony mogą od siebie oczekiwać, nie daje możliwości rozliczania pracy takiej osoby.

Jednostka organizowała w ramach usług wspomagających terapię zajęciową i zapewniała mieszkańcom rehabilitację społeczną. Dbano o zaspokojenie potrzeb kulturalnych i religijnych podopiecznych, jak również o rozwój samorządności mieszkańców, co jest zgodne z § 6 ust. 1 pkt 10 lit. d i e rozporządzenia. Pracownicy Jednostki podtrzymywali więzi podopiecznych z rodziną oraz społecznością lokalną mimo sytuacji pandemicznej i ograniczeń w tym zakresie.

W zakresie komunikacji wspomagającej i alternatywnej Jednostka obecnie nie ma mieszkańców, którzy potrzebują pomocy w tym zakresie, jednak jak ustalono pracownicy są przygotowani do podnoszenia sprawności i aktywizowania potencjalnych mieszkańców z problemami w komunikacji werbalnej, w myśl wymogu § 5 ust. 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia.

Dom zapewniał bezpieczne przechowanie przedmiotów wartościowych. Ponadto mieszkańcy mogli deponować pieniądze na indywidualnych kontach prowadzonych w ramach rachunku bankowego kontrolowanej Jednostki.

W razie śmierci mieszkańca, który pozostawił po sobie depozyt, Dom podejmował działania prowadzące do ustalenia spadkobierców po zmarłych mieszkańcach. Stwierdzono, że Jednostka podejmowała czynności związane z uregulowaniem spraw związanych z niepobranyymi spadkami po zmarłych, jednak wobec dużej liczby spraw, należy zintensyfikować te działania.

W kwestii respektowania praw mieszkańca stwierdzono, że Dom zapewniał dostęp do informacji na ten temat. Pensjonariusze mogli wnosić skargi i wnioski oraz mieli możliwość kontaktu z Dyrektorem Jednostki, co spełniło wymóg § 6 ust. 1 pkt 10 lit. f rozporządzenia. W rozmowach z kontrolującymi mieszkańcy nie wnosili uwag, które mogłyby świadczyć o nieprzestrzeganiu ich podstawowych praw za wyjątkiem dwóch osób,

które informowały, że pomagają w opiece nad mniej sprawnymi mieszkańcami, w tym wnoszeniu do nieprzystosowanego auta, kąpieniu mniej sprawnych osób, co nie jest właściwe z uwagi na prawa mieszkańców i ich bezpieczeństwo. Wszyscy rozmówcy poinformowali jednocześnie, że czują się w kontrolowanej Jednostce dobrze i bezpiecznie.

Rozmówcy podnosili również kwestie stanu technicznego użytkowanego przez Dom samochodu, który ich zdaniem jest katastrofalny i nie nadaje się do przewozu osób z niepełnosprawnościami. Zdaniem mieszkańców stan auta i jego niedostosowanie powoduje, że są oni niejako zobowiązani do pomocy personelowi (głównie kobiecemu) w przenoszeniu mniej sprawnych mieszkańców. Dom, w którym przebywają również osoby niesprawne fizycznie powinien posiadać udogodnienia do obsługi ich funkcjonowania (typu podnośniki, rampy dla niepełnosprawnych itp.) oraz dysponować pojazdem umożliwiającym transport osób niepełnosprawnych bez konieczności angażowania do tego osób postronnych.

Na terenie Domu powołany był zespół terapeutyczno - opiekuńczy, który realizował zadania określone w § 2 i 3 rozporządzenia. Wszyscy mieszkańcy posiadali opracowane indywidualne plany wsparcia (oprócz osoby hospitalizowanej), których realizację koordynował pracownik pierwszego kontaktu, co jest zgodne z § 2 ust. 4 i § 3 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia. Pod wszystkimi sprawdzonymi planami znajdowały się podpisy członków zespołu terapeutyczno– opiekuńczego i podpisy mieszkańców (o ile to możliwe).

Wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno – opiekuńczego spełniał wymogi określone w § 6 ust. 2 pkt 3 lit. d cytowanego rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej tj. miał wartość 0,5 na jednego mieszkańca Domu. Pracownicy ww. zespołu posiadali kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu. Ponadto kontrolujący potwierdzili, że Dyrektor Domu spełniał wymogi art. 122 ustawy, tzn. posiadał specjalizację w zakresie organizacji pomocy społecznej oraz wymagany staż pracy w pomocy społecznej.

Zespół Terapeutyczno-Opiekuńczy uczestniczył w okresie objętym kontrolą w szkoleniach dotyczących praw mieszkańca oraz kierunków prowadzonej terapii, 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 toku kontroli:

1. Niesprawny schodolaz w Budynku B Domu.
2. Użytkowanie pokoju mieszkalnego jednocześnie jako pokoju dziennego pobytu.

3. Dom nie dopłacał mieszkańcom do zakupu pieluchomajtek lub innych zamiennie używanych środków pomocniczych.
4. Nie zatrudniano pracowników socjalnych w wymiarze proporcjonalnym do liczby mieszkańców DPS.
5. Angażowano sprawniejszych mieszkańców do opieki i pielęgnacji nad mniej sprawnymi osobami w Domu.

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 ze zm.) wydaje się następujące zalecenia pokontrolne wynikające ze stwierdzonych nieprawidłowości:

Ad. 1.

Przywrócić sprawność techniczną schodolazu w Budynku B Domu.

Podstawa prawna: § 6 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 734).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 2.

Zaprzestać użytkowania pokoju mieszkalnego nr 3.07 jednocześnie jako pokoju dziennego pobytu.

Podstawa prawna: § 6 ust. 1 pkt 2 a i pkt 2 b rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 734).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 3

Pokrywać opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny, przewidziane w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podstawa prawna: art. 58 ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 2268 ze zm.).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

Ad. 4.

Zatrudnić pracowników socjalnych w wymiarze wynikającym z obowiązujących przepisów.

Podstawa prawna: § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 734).

Termin realizacji zalecenia: do 31 marca 2023 r.

Ad. 5.

1. Zaprzestać angażowania mieszkańców Domu do opieki i pielęgnacji nad współmieszkańcami.

Podstawa prawna: § 5 ust. 1 pkt 3 j rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 734).

Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie

2. Zorganizować szkolenie/warsztaty dla personelu oraz mieszkańców na temat praw mieszkańców Domu Pomocy Społecznej.

Podstawa prawna: § 5 ust. 1 pkt 3 j oraz § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 734).

Termin realizacji zalecenia: do 31 marca 2023 r.

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 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

Danuta Zawilla
ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU
Zdrowia i Polityki Społecznej

Do wiadomości:
Starosta Zgorzelecki

KIEROWNIK ODDZIAŁU
Zdrowia i Polityki Społecznej
w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej
G. G.
Buciana Zygmunt