



Poznań, dnia 14 września 2021 r.

WOJEWODA WIELKOPOLSKI

PS-Le.431.1.1.2021.4

Pani
Bożena Majorczyk
Dyrektor
Dom Pomocy Społecznej w Śremie
ul. Farna 16
63-100 Śrem

Zalecenia pokontrolne

Na podstawie art. 127 ust. 1 w związku z art. 22 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej¹ (zwanej dalej „ustawą”) oraz rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2020 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej², zespół inspektorów Wydziału Polityki Społecznej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, Delegatura w Lesznie, przeprowadził w dniach 14, 15, 16 i 21 czerwca 2021 r. kontrolę doraźną w Domu Pomocy Społecznej w Śremie, zlokalizowanym pod adresem: 63-100 Śrem, ul. Farna 16 (zwanym dalej „Domem” lub określanym skrótem „DPS”).

Zakres kontroli obejmował sprawdzenie realizacji wybranych elementów standardu usług świadczonych przez domy pomocy społecznej w okresie od 1 stycznia 2019 r. do dnia zakończenia kontroli oraz działania wcześniejsze, jeśli miały one związek z przedmiotem kontroli.

Ustalenia pokontrolne zostały szczegółowo opisane w protokole pokontrolnym, który został podpisany przez Panią bez zastrzeżeń w dniu 26 lipca 2021 r.

W toku kontroli ustalono, co następuje:

Dom działa m.in. na podstawie decyzji Wojewody Wielkopolskiego w sprawie wydania Powiatowi Śremskiemu, na czas nieokreślony, zezwolenia na prowadzenie Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych z liczbą 86 miejsc. W pierwszym dniu kontroli (tj. 14.06.2021 r.) lista mieszkańców Domu obejmowała 85 osób i zgodna była z limitem określonym w ww. zezwoleniu.

Jak ustalono, wśród mieszkańców Domu było 17 osób leżących, z czego u 9 osób stan zdrowia umożliwiał ich okresowe wysadzanie na wózek, a 8 osób nie opuszczało łóżek. Ponadto, 31 osób poruszających się przy pomocy przedmiotów ortopedycznych – w tym 22 osoby na wózkach inwalidzkich i tylko 37 osób poruszających się samodzielnie.

W zakresie wskaźnika zatrudnienia i kwalifikacji kadry ustalono, iż:

Dom w dniach kontroli zapewniał, dla 86 mieszkańców, wskaźnik zatrudnienia kadry zespołu terapeutyczno – opiekuńczego (ZTO) na poziomie 0,51 na mieszkańca.

¹ (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 ze zm.)

² (Dz. U. z 2020 r. poz. 2285)

Powyższe jest zgodne z wymogiem dotyczącym domów dla osób przewlekle somatycznie chorych, określonym w §6 ust. 2 pkt 3 lit. b rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej³ (zwanego w dalszej części wystąpienia *rozporządzeniem*). Skład ZTO w dniach kontroli obejmował 49 osób świadczących bezpośrednią pracę z mieszkańcami w ramach 43,625 etatu, a w zespole znaleźli się pracownicy pionów: terapeutyczno – opiekuńczego i administracyjno-technicznego, w zakresie proporcjonalnym do wymiaru czasu pracy, jaki poświęcają na bezpośrednią pracę z mieszkańcami lub dla mieszkańców.

Kwalifikacje formalne pracowników merytorycznych, w tym dyrektora, pracowników socjalnych, terapeutów, instruktora terapii zajęciowej, pielęgniarek, opiekunów i pokojowych, w dniach kontroli nie budziły zastrzeżeń⁴. Wymaganego doświadczenia zawodowego na stanowisku opiekun nie miała jedna pracownica, jednak jej stosunek pracy ustał w pierwszych dniach kontroli. Kompetencje zawodowe pracowników zespołu terapeutyczno – opiekuńczego były dodatkowo podnoszone poprzez udział w organizowanych przez Dom wewnętrznych i zewnętrznych szkoleniach z zakresu praw mieszkańców, metod pracy i kierunków prowadzonej terapii, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia. Jak jednak wykazała kontrola, na 51 osób wchodzących w skład zespołu terapeutyczno – opiekuńczego w ww. szkoleniach brała udział nieliczna grupa tych pracowników. W 2019 r. ze szkoleń o nadmienionej tematyce, skorzystało 4 pracowników, w 2020 r. – 8 pracowników oraz uczestnicy kilku posiedzeń zespołu, dla których pielęgniarki organizowały pogadanki w tematyce profilaktyki zdrowotnej u mieszkańców. W 2021 r. do dnia kontroli ze szkoleń o tematyce dotyczącej praw mieszkańca, kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcem skorzystało 8 pracowników zespołu terapeutyczno - opiekuńczego.

Dla 86 mieszkańców w DPS w dniach kontroli zatrudniano dwóch pracowników socjalnych i liczba ta, była zgodna z wymogiem określonym w §6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia.

W zakresie warunków bytowych, stwierdzono:

Otoczenie Domu pozbawione jest barier architektonicznych. Teren przy budynkach, wjazd na teren posesji i ścieżki prowadzące do wejść zostały utwardzone. Aranżacja terenu w otoczeniu Domu uwzględnia potrzeby osób na wózkach inwalidzkich. W skład infrastruktury Domu wchodzi m.in. 2 budynki, tj.: dwupiętrowy budynek główny – mieszkalny oraz zlokalizowany na jego tyłach, parterowy budynek administracji. Wejścia zostały zaopatrzone w podjazdy dla wózków inwalidzkich. W dwupiętrowym

³ Rozporządzenie 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.)

⁴Tj.: zgodne były z przepisami dla stanowiska dyrektora i pracowników socjalnych – odpowiednio: art. 122 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 ze zm.); a w odniesieniu do pracowników ZTO: zapisami załącznika nr 3 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 936 ze zm.): tabela II F pkt I, *wszystkie jednostki stanowiska kierownicze urzędnicze*, poz. 9; *wszystkie jednostki stanowiska pomocnicze i obsługi*, poz. 29, 37, 47; tabela II F pkt III *Jednostki organizacyjne pomocy społecznej, stanowiska pomocnicze i obsługi*, poz. 11, 26, 51, 56, 60.

budynku mieszkalnym zainstalowano dwie windy osobowe, w tym jedną umożliwiającą transport osób leżących, ponadto - platformę dla niepełnosprawnych przy schodach wynikających z różnicy poziomów na II piętrze. Szerokość drzwi do pomieszczeń umożliwiała przejazd wózkiem inwalidzkim. Wewnątrz budynku w trakcie oględzin stwierdzono istnienie progów i podjazdów o znacznym nachyleniu mogących utrudniać dostęp osobom niepełnosprawnym w 5 pomieszczeniach sanitarnych Domu (tj.: dwóch łazienkach na parterze, dwóch na I piętrze i jednej na II piętrze). Powyższe świadczy o częściowej zgodności z wymogami określonymi w §6 ust. 1 pkt 1 lit. a-b rozporządzenia.

Budynek mieszkalny jest wyposażony w system przeciwpożarowy i przyzywowo-alarmowy zgodnie z wymogiem określonym w §6 ust. 1 pkt 1 lit c rozporządzenia. Wszystkie pomieszczenia Domu wyposażono w system alarmu przeciwpożarowego. W system przyzywowo – alarmowy wyposażone są pomieszczenia mieszkalne Domu oraz większość pomieszczeń sanitarnych, natomiast brak włączników stwierdzono: w toalecie ogólnodostępnej na parterze Domu, w łazience nr 109A na I piętrze budynku oraz łazience przy pokoju nr 211 na II piętrze budynku. W kwestii wykorzystania systemu przyzywowo – alarmowego z relacji mieszkańców Domu wynika, że reakcja personelu na dzwonek jest na ogół opóźniona, przez co mieszkańcy nie mają zaufania do tej formy komunikowania potrzeb.

Pokoje mieszkalne są przeznaczone dla nie więcej niż trzech osób, wyposażone są w łóżka, szafy, stoły, krzesła i szafki nocne oraz wyprowadzenia elektryczne w liczbie odpowiadającej liczbie osób zamieszkujących pokój. Wszystkie pokoje posiadają wymagany przepisem ustawy metraż w przeliczeniu na mieszkańca. Powyższe świadczy o zgodności z wymogiem określonym w §6 ust. 1 pkt 3 lit. a-c rozporządzenia. Zastrzeżenia w trakcie kontroli budził stan techniczny i stopień amortyzowania wyposażenia pokoi nr 6 i 107 oraz niewystarczająca ilość miejsca w szafie w pok. 15, skutkująca składowaniem przez mieszkańca odzieży na powierzchni wszystkich mebli w pomieszczeniu.

Liczba pomieszczeń sanitarnych przypadających na mieszkańca Domu spełnia wymogi standardu określonego w §6 ust. 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia z uwzględnieniem §3 rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 stycznia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 278 ze zm.). Pomieszczenia sanitarne wyposażone zostały w uchwyty, natryski wyposażono w siedziska i taborety kąpielowe oraz maty antypoślizgowe. Na każdym z pięter znajdowały się podnośniki/dźwigi do obsługi osób niepełnosprawnych oraz baseny pneumatyczne do wykonywania toalety w łóżku, na parterze znajdował się dodatkowo stojak do mycia głowy, a na I piętrze - wanna kąpielowa przenośna z otworem spustowym. Powyższe stanowi o spełnianiu przez Dom wymogu standardu określonego w §6 ust. 1 pkt. 4 lit. b rozporządzenia.

Zastrzeżenia w trakcie kontroli budziły: estetyka, stan techniczny i funkcjonalność elementów wyposażenia pomieszczeń sanitarnych. Pomieszczenia te nosiły ślady znacznego zużycia w zakresie stanu: ścian, podłóg oraz armatury łazienkowej. W łazienkach stwierdzono m.in.: liczne ślady po nawiartach, wyszczerbione płytki

podłogowe i ściennie, odklejające się płytki podłogowe, uszkodzone płytki przy natryskach, zużyte brodziki, zużyte węże natryskowe, uszkodzone klapy przy miskach ustępowych, wąskie kabiny prysznicowe, wysokie podesty brodzików, progi i podjazdy o znacznym nachyleniu. Na wyposażeniu łazienek nr 4 i 11 na parterze znajdowały się zużyte maty antypoślizgowe.

W dniach kontroli pomieszczenia Domu były sprzątane przez personel, jednak w trakcie oględzin zespół inspektorów zgłosił zastrzeżenia w kwestii czystości i estetyki pomieszczeń. W pokoju nr 6 panował zaduch i nieprzyjemny zapach, na stole w chwili przeprowadzania oględzin znajdowały się produkty żywnościowe – w tym danie rybne z kolacji wydawanej w dniu poprzednim. Zaduch odczuwalny był także w pokoju nr 16. Przykry zapach wyczuwalny był w pokoju nr 202, na korytarzach Domu, w szczególności na parterze i w łazienkach nr 4, nr 35 i nr 36. W pokoju nr 27 wyczuwalny był zapach papierosów. W pokoju nr 15 panował nieład. Rzeczy osobiste i ubrania mieszkańców wielowarstwowo pokrywały powierzchnię mebli (stolika, szafek nocnych i krzesel). W pokoju nr 29 na ścianie zauważalny był duży ślad wilgoci.

Zgodnie z treścią zakresów czynności, za dbałość o estetykę pokoju mieszkalnego odpowiadają pracownicy na stanowiskach: instruktor terapii zajęciowej, terapeuta pedagogiczny, opiekun medyczny, opiekun i pokojowa. Zakresy czynności żadnego z wymienionych stanowisk nie odnoszą się natomiast do sprzątania pomieszczeń, w tym pomieszczeń ogólnodostępnych i sanitariatów. Zakresy czynności pracowników na stanowiskach opiekunów medycznych, opiekunów, pielęgniarki i pokojowych są mało zróżnicowane i obejmują te same czynności określone na poziomie znacznej ogólności, co utrudnia właściwy podział zadań i wskazanie osób odpowiedzialnych za poszczególne czynności przy mieszkańcach, w ich otoczeniu oraz pomieszczeniach ogólnodostępnych. W zakresach czynności pracowników brak także określenia podległości służbowej oraz usytuowania stanowiska w strukturze organizacyjnej Domu wynikającej z regulaminu organizacyjnego DPS.

U części pracowników na stanowiskach pokojowa w zakresach czynności znajduje się zróżnicowanie polegające na przypisaniu pracownika do jadalni (cyt. *obsługa jadalni*) lub recepcji (cyt. *obsługa recepcji*) albo brak takich zapisów. Z treści wyjaśnień, jakie złożyła Pani w czasie kontroli wynika, że „do głównych obowiązków pokojowej przydzielonej do pracy na recepcji należy monitorowanie ruchu mieszkańców, udzielanie informacji osobom odwiedzającym placówkę związanych z przemieszczaniem się po budynku, łączenie rozmów telefonicznych, pomoc mieszkańcom w przygotowaniu napojów, utrzymanie czystości na korytarzu oraz palarni, podlewanie roślin (...). Do głównych obowiązków pokojowej przydzielonej do pracy w jadalni należy obsługa podręcznej kuchenki służącej mieszkańcom oraz wydawanie posiłków podopiecznym, którzy spożywają je na jadalni oraz utrzymanie porządku na jadalni i w kuchence pomocniczej (...). Do głównych obowiązków pokojowej przydzielonej do pracy w pokojach mieszkalnych i innych ogólnodostępnych pomieszczeniach placówki należy dbałość o utrzymanie czystości

(...).” Powyższy podział nie został wyartykułowany w zakresach czynności tych pracowników.

W zakresie usług opiekuńczych i wspomagających, stwierdzono:

Analiza grafików personelu opiekuńczego z marca i kwietnia 2021 r. wykazała, iż:

- w marcu pielęgniarka w pracy obecna była 13 razy na dyżurach 12-godzinnych od 7.00 do 19.00 i 4 razy na dyżurach 7-godzinnych od godziny 7.00 do 14.00. W sumie pielęgniarka na terenie Domu w marcu obecna była przez 17 z 31 dni. W kwietniu pielęgniarka w pracy obecna była na 10 dyżurach 12-godzinnych od 7.00 do 19.00, 6 dyżurach 7-godzinnych od 7.00 do 14.00 i raz sprawowała dyżur 6-godzinny od 7.00 do 13.00. W sumie pielęgniarka na terenie DPS w kwietniu obecna była przez 17 z 30 dni. W marcu i kwietniu żaden dyżur nocny nie był sprawowany z udziałem pielęgniarki;
- po godzinie 14.00 w Domu pracowały: jedna pokojowa w jadalni, jedna pokojowa na recepcji i tylko pięciokrotnie w marcu i dwukrotnie w kwietniu – jedna pokojowa przydzielona do pokoi mieszkańców. W pozostałych przypadkach grafiki z marca i kwietnia nie przewidywały obsady pokojowych przydzielonych do pokoi mieszkańców w godzinach popołudniowych od godziny 14.00;
- przez większość dni marca i kwietnia – w godzinach popołudniowych do końca zmiany (do 19.00) przy mieszkańcach pozostawało na ogół 5-6 opiekunów;
- od godziny 19.00 do godziny 7.00 przy mieszkańcach pozostawało wyłącznie 2 opiekunów, mających pod opieką ponad 80 osób rozlokowanych na 3 kondygnacjach budynku, w tym 17 osób leżących i 31 poruszających się z pomocą sprzętu ortopedycznego.

Obsada personelu opiekuńczego w popołudniowych i nocnych godzinach pracy placówki może być niewystarczająca, aby zapewnić szybkie reagowanie w sytuacjach wynikających z potrzeb mieszkańców oraz sprawowanie skutecznego nadzoru nad stanem wszystkich mieszkańców Domu. Z relacji mieszkańców Domu wynika, że personel opiekuńczy jest zaangażowany, ale jest go w ocenie mieszkańców zbyt mało w stosunku do podopiecznych wymagających opieki i pomocy w podstawowych czynnościach życiowych.

Dom zapewnia pomoc w czynnościach życia codziennego, w miarę potrzeby pomoc przy ubieraniu się, jedzeniu, myciu, pomoc w załatwianiu spraw osobistych, pielęgnację w chorobie oraz pomoc mieszkańcom w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, co jest zgodne z wymogiem określonym w §5 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia.

W Domu nie jest stosowany przymus bezpośredni, a w sytuacjach problemowych obowiązują procedury wewnętrzne z 14 sierpnia 2013 r.: „w sprawie (...) postępowania z agresywnym mieszkańcem (...), oraz w sprawie zawiadamiania służb zewnętrznych przez personel Domu (...)” Wymienione procedury dotyczą reakcji personelu w przypadku osób agresywnych wobec współmieszkańców, personelu lub samych siebie. Zakładają działania pracowników polegające na

upomnieniu, rozmowie, perswazji, ewakuacji osób z najbliższego otoczenia agresora, ostrzeżeniu agresora o zamiarze wezwania służb i udokumentowaniu zdarzenia. Jak wykazała kontrola, „Procedura w sprawie zawiadamiania służb zewnętrznych przez personel Domu (...)” umożliwia wezwanie służb interwencyjnych w przypadku stwierdzenia „(...) czynnej agresji mieszkańca wobec współmieszkańców, albo (...) pracowników, albo autoagresji u mieszkańca” po „uprzednim poinformowaniu bezpośredniego przełożonego” o takiej potrzebie. Powyższy warunek może stanowić utrudnienie przy reagowaniu w sytuacji zaistnienia niebezpieczeństwa oraz zagrożenia życia i zdrowia mieszkańców, zwłaszcza w sytuacji dyżurowej, gdy bezpośredni kontakt z przełożonymi jest utrudniony, a obsada dyżuru jest ograniczona i zaangażowana w rozwiązywanie problematycznej sytuacji.

Czynności podejmowane w ramach pielęgnacji i opieki są dokumentowane w raportach opiekuńczych, a rozpoznanie i zaspokajanie potrzeb mieszkańców realizują i dokumentują w IPW ich pracownicy pierwszego kontaktu. Powyższe jest zgodne z wymogiem standardu określonym w §5 ust. 1 pkt 2 lit. a-c oraz §6 ust. 1 pkt 6 lit. f rozporządzenia.

Usprawnianiem mieszkańców zajmuje się terapeuta ds. aktywizacji ruchowej. Zajęcia w tym zakresie są dokumentowane. Dom zapewnia mieszkańcom dostęp do rehabilitacji, a korzystanie z tych usług jest odnotowywane przez pracowników w indywidualnej dokumentacji mieszkańca. Powyższe jest zgodne z wymogiem §5 ust. 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia.

Mieszkańców informuje się o przysługujących im prawach i obowiązkach, a także o miejscu udostępniania przepisów dotyczących domów pomocy społecznej. Fakt przekazania tych informacji jest odnotowywany w indywidualnej dokumentacji mieszkańca. Dyrektor Domu przyjmuje w sprawach skarg i wniosków w wyznaczone dni i godziny, a informacje te podane zostały do wiadomości w miejscu ogólnodostępnym. Powyższe jest zgodne z §5 ust.1 pkt 3 lit. j rozporządzenia, §6 ust. 1 pkt 10 lit. f rozporządzenia. W DPS funkcjonuje samorząd mieszkańców reprezentowany przez pięcioosobową Radę Mieszkańców. Rada zapoznaje kierownictwo Domu z problemami i opiniami społeczności mieszkańców oraz monitoruje realizację zgłaszanych wniosków. Powyższe jest zgodne z §5 ust. 1 pkt 3 lit. d rozporządzenia. W Domu prowadzony jest „Rejestr skarg i zażaleń”. W badanym okresie zarejestrowana została tylko jedna sprawa, która rozpatrzona została niezwłocznie, a strona powiadomiona o sposobie rozpatrzenia. Powyższe jest zgodne z wymogiem określonym w §5 ust. 1 pkt 3 lit. k rozporządzenia.

Pracę socjalną realizują i dokumentują pracownicy socjalni Domu, co jest zgodne z §6 ust. 1 pkt 10 lit. a rozporządzenia.

Dom nie zatrudnia psychologa. Zgodnie ze sprawozdaniem rocznym za 2020 r. sporządzonym przez pielęgniarkę Domu, mieszkańcy mają możliwość korzystania ze wsparcia psychologa w Przychodni w Śremie w ramach świadczeń NFZ, jednakże Dom nie udokumentował, ilu mieszkańców skorzystało lub kwalifikowało się do

skorzystania z tej pomocy w 2020 r. Jak wynika z dostępnych sprawozdań, w 2020 r. udzielono ok. 40 konsultacji i porad psychiatrycznych.

W dniach kontroli wszyscy mieszkańcy Domu mieli przypisanego pracownika pierwszego kontaktu. Indywidualne Plany Wsparcia (IPW) są opracowywane i modyfikowane z udziałem zespołu terapeutyczno – opiekuńczego, mieszkańca i jego pracownika pierwszego kontaktu. W DPS opracowano i wprowadzono do stosowania ujednolicone druki IPW, przewidujące określenie celów, dokumentowanie bieżącego funkcjonowania mieszkańca i stopnia zaspokojenia jego potrzeb oraz weryfikację celów adekwatnie do zmieniającej się sytuacji. Działania wynikające z IPW koordynuje pracownik pierwszego kontaktu mieszkańca. Powyższe jest zgodne z §2 ust. 1-4, §3 ust. 1, 2, 3 rozporządzenia.

Ze względu na zawartość danych osobowych oraz danych wrażliwych dokonano wyłączenia części zleceń pokontrolnych z publikacji. Wyłączenia dokonał zespół inspektorów na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 2176 z późn. zm.).

Wobec powyższego działalność kontrolowanej jednostki w okresie objętym kontrolą oceniona została pozytywnie mimo nieprawidłowości⁵.

W celu wyeliminowania stwierdzonych nieprawidłowości i usprawnienia funkcjonowania Domu, wnoszę o realizację następujących zaleceń pokontrolnych:

1. Podjęcie działań w kierunku poprawy estetyki i funkcjonalności pomieszczeń mieszkalnych. W szczególności – wymianę zamortyzowanego i niepraktycznego wyposażenia oraz zwiększenie dbałości o czystość w pokojach mieszkańców, tak by spełniać wymogi określone w art. 55 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej oraz §5 ust.1 pkt 1 lit. d, §6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.
2. Podjęcie działań zmierzających do poprawy stanu technicznego i funkcjonalności pomieszczeń sanitarnych. W szczególności: wymianę zużytych elementów glazury, terakoty oraz armatury łazienkowej, a także redukcję wszelkich barier architektonicznych w postaci progów, stromych podjazdów, wysokich podestów natrysków, stosownie do wymogów określonych w §6 ust. 1 pkt 1 lit a, pkt 4 lit b, pkt 5 rozporządzenia.
3. Wyeliminowanie przykrego, nieprzyjemnego zapachu w Domu, co będzie zgodne z wymogiem określonym w §6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia.
4. Dokonanie przeglądu posiadanego sprzętu do obsługi osób leżących pod względem ich funkcjonalności i użyteczności oraz adekwatności wykorzystanych w nich rozwiązań technologicznych do istniejących w Domu potrzeb i specyfiki schorzeń osób obsługiwanych tym sprzętem. Stałe i sukcesywne modernizowanie istniejących zasobów w zakresie sprzętu

⁵ Przyjęto 4-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo uchybień, pozytywna mimo nieprawidłowości, negatywna.

wspomagającego codzienną pielęgnację, tak, by zapewnić zgodność z wymogami określonymi w art. 55 ust. 1 i 2 ustawy.

5. Zmianę zakresów czynności kadry, w tym pracowników zespołu terapeutyczno – opiekuńczego w taki sposób, aby wynikało z nich, za jaki konkretnie obszar prac jest odpowiedzialny dany pracownik, przed kim odpowiada oraz w którym miejscu w strukturze organizacyjnej Domu znajduje się jego stanowisko, stosownie do zapisów art. 94 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. kodeks pracy⁶, §9 ust. 3 i §10 pkt 1 Regulaminu pracy Domu Pomocy Społecznej w Śremie oraz §8 i §9 Regulaminu organizacyjnego Domu.
6. Wzmocnienie obsady kadrowej dyżurów nocnych, aby zapewnić bezpieczeństwo, sprawne reagowanie i zaspokajanie potrzeb mieszkańców rozlokowanych na trzech kondygnacjach budynku, co będzie zgodne z wymogami określonymi w art. 55 ust. 1 i 2 ustawy.
7. Rozważenie możliwości zwiększenia obsady kadrowej dyżurów popołudniowych tak, by zapewnić obsługę mieszkańców niesamodzielnych i nie ograniczać dostępności personelu dla pozostałych mieszkańców, zgodnie z wymogami określonymi w art. 55 ust. 1 i 2 ustawy.
8. Włączenie do dyżurów popołudniowych pracowników na stanowisku pokojowej, realizujących zadania w obrębie części mieszkalnej Domu, tak by zapewnić spełnienie wymogów określonych w art. 55 ust. 1 i 2 ustawy oraz §5 ust. 1 pkt 1 lit d, pkt 2 lit. a, a także §6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia.
9. Podjęcie działań w celu zapewnienia mieszkańcom Domu opieki pielęgniarzkiej w wymiarze adekwatnym do liczebności mieszkańców ze specyficznymi schorzeniami wymagającymi nadzoru medycznego i fachowej pielęgnacji, co będzie spełniało wymogi określone w art. 55 ust. 1 i 2 ustawy oraz §5 ust. 1 pkt 2 lit b rozporządzenia.
10. Zweryfikowanie procedur *w sprawie postępowania z agresywnym mieszkańcem (...)*, oraz *w sprawie zawiadamiania służb zewnętrznych przez personel Domu Pomocy (...)*, tak by umożliwić właściwe, adekwatne do zagrożenia, skuteczne i natychmiastowe reagowanie personelu w sytuacjach agresji i autoagresji ze strony mieszkańca, co będzie zgodne z wymogami wynikającymi z art. 55 ust. 1 i 2 ustawy.
11. Organizowanie cyklicznych szkoleń podnoszących kompetencje personelu opiekuńczego, również w zakresie metod pielęgnacji i wykorzystywania urządzeń usprawniających pielęgnację w codziennej obsłudze osób bezwładnych i niewspółpracujących, zgodnie z wymogiem wynikającym z §6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia.
12. Podjęcie współpracy z psychologiem. Niezwłoczne włączanie psychologa do pracy z mieszkańcem mającym obciążony wywiad, trudności adaptacyjne oraz

⁶ (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 ze zm.)

w sytuacji trudnej i w kryzysie, zgodnie z wymogiem określonym w §6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia.

13. Opracowywanie Indywidualnych Planów Wsparcia w oparciu o diagnozę mieszkańca uwzględniającą aspekt: psychologiczny, pedagogiczny, społeczny i medyczny. Ewaluacja diagnoz i Indywidualnego Planu Wsparcia w przypadku zmiany sytuacji mieszkańca. Powyższe działania będą zgodne z wymogami określonym w §2 ust. 1, §11, §12 ust. 3 rozporządzenia, w związku z art. 55 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

Pisemnej informacji o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz wykorzystania uwag i wniosków zawartych w niniejszym piśmie oczekuję od Pani w terminie 30 dni od dnia otrzymania zaleceń pokontrolnych.

Jednocześnie informuję Panią, że zgodnie z art. 128 ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 ze zm.) ma Pani prawo w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszych zaleceń pokontrolnych zgłosić do nich zastrzeżenia.

Nadto, informuję, iż zgodnie z art. 130 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej: „Kto nie realizuje zaleceń pokontrolnych - podlega karze pieniężnej w wysokości od 500 do 12 000 zł.”

up. Wojewody Wielkopolskiego
(-) Monika Donke - Cieślewicz
Zastępca Dyrektora
Wydziału Polityki Społecznej

Do wiadomości

Zarząd Powiatu Śremskiego

ul. Mickiewicza 17

63-100 Śrem

Dokument sporządziła: Alicja Moder, Starszy inspektor wojewódzki, dnia 10.11.2021 r.