

**WIELKOPOLSKI
URZĄD WOJEWÓDZKI
w Poznaniu**

WYDZIAŁ
POLITYKI SPOŁECZNEJ

Leszno, dnia 6 marca 2023 r.

PS.Le.431.1.4.2022.4

S. Anna Buziak
p.o. Dyrektora
Dom Pomocy Społecznej
ul. Poznańska 29
64-200 Wolsztyn

ZALECENIA POKONTROLNE

Na podstawie art. 126 oraz art. 127 ust. 1 w związku z art. 22 ust. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej¹ (zwanej dalej *ustawą*) oraz rozporządzenia Ministra Rodziny i 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 od 21 grudnia 2022 r. do 16 stycznia 2023 r. kontrolę kompleksową w Domu Pomocy Społecznej w Wolsztynie, zlokalizowanym pod adresem: ul. Poznańska 29, 64-200 Wolsztyn (zwanym dalej *Domem* lub określanym skrótem *DPS*).

Zakres kontroli obejmował sprawdzenie realizacji zadań określonych ustawą o pomocy społecznej oraz zgodności zatrudnienia pracowników z wymaganymi kwalifikacjami w okresie od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia zakończenia kontroli oraz działań wcześniejszych, jeżeli miały one związek z przedmiotem kontroli.

Ustalenia pokontrolne szczegółowo opisano w protokole, który został podpisany przez Siostrę Dyrektor bez zastrzeżeń 27 lutego 2023 r.

Kontrola Domu wykazała, że:

¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 ze zm.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 2285

- Dom działa m.in. w oparciu o Statut, Regulamin Organizacyjny i Regulamin Wewnętrzny, co jest zgodne z § 4 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej³ (zwanego dalej *rozporządzeniem*);
- W trakcie kontroli DPS zamieszkiwało 78 mieszkańek, a więc liczba mieszkańców nie przekraczała limitu 82 miejsc, określonego decyzją Wojewody Wielkopolskiego w sprawie wydania zezwolenia na prowadzenie Domu;
- Dyrektor Domu powołała Zespół terapeutyczno – opiekuńczy (określany dalej skrótem *ZTO*), w skład którego wchodziło 53 pracowników realizujących bezpośrednią pracę z mieszkańcem, w łącznym wymiarze czasu 41,5 etatu. W związku z powyższym, Dom dla 82 mieszkańców zapewnia wskaźnik zatrudnienia kadry zespołu terapeutyczno – opiekuńczego na poziomie 0,5 na mieszkańca, co jest zgodne z wymogiem stawianym domom dla osób przewlekle somatycznie chorych w § 6 ust. 2 pkt 3 lit. b rozporządzenia;
- Dyrektor DPS posiada kwalifikacje niezbędne na zajmowanym stanowisku, określone w art. 122 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej;
- Ocena kwalifikacji kadry ZTO wykazała, że wszyscy pracownicy legitymowali się kwalifikacjami formalnymi i doświadczeniem zawodowym, określonymi dla ich stanowisk w obowiązujących przepisach⁴. Ponadto, 14 osób na stanowiskach opiekunów posiada kwalifikacje do pracy z osobami niepełnosprawnymi i obłożnie chorymi, jak: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun w domu pomocy i opiekun medyczny.
- Dom zatrudnia dwóch pracowników socjalnych, co jest zgodne z wymogiem określonym w § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia, zobowiązującym do zatrudniania na 100 mieszkańców Domu nie mniej niż 2 pracowników socjalnych.
- Pracownicy ZTO uczestniczą nie rzadziej, niż raz na dwa lata, w szkoleniach obejmujących tematykę kierunków prowadzonej terapii, metod pracy z mieszkańcami i komunikacji alternatywnej, co jest zgodne z wymogiem określonym w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia.

³ Dz. U. z 2018 r. poz. 734 ze zm.

⁴ załącznik nr 3 do rozporządzenia z dnia 25 października 2021 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1960, tabela IIF pkt. III Jednostki organizacyjne pomocy społecznej (...), stanowiska pomocnicze i obsługi, poz. 28, 30, 38, 49, 62; tabela IIF pkt. I Wszystkie jednostki, stanowiska pomocnicze i obsługi, poz. 38); art. 116 ust. 1 pkt 1- 4 oraz 156 ust. 1-1 a, ust. 3-3a ustawy o pomocy społecznej; art. 4 ust. 4 pkt. 2 i 3, art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2022 r. poz. 168 ze zm.).

- Wszystkie mieszkancki Domu miały przydzielonego pracownika pierwszego kontaktu (PPK), który był członkiem zespołu terapeutyczno - opiekuńczego. Dla każdej z 78 mieszkanków opracowano indywidualny plan wsparcia (IPW) z udziałem PPK mieszkancki oraz jej samej, o ile to było możliwe. IPW mieszkanków uwzględniały ocenę ich stanu, możliwości i potrzeb. Planowanie działań wspierających odbywało się regularnie, okresowo (co 12 miesięcy) oraz zespołowo, w składzie ZTO liczącym od 5 do 7 członków. Powyższe jest zgodne z §3 ust. 1 - 2 rozporządzenia.
- Dom zapewnia mieszkankom: usprawnianie i aktywizowanie, zajęcia terapeutyczne oraz zagospodarowanie czasu wolnego, dostęp do biblioteki, udział w wydarzeniach kulturalnych i zaspokojenie potrzeb religijnych. Praca terapeutów ma charakter planowy i jest dokumentowana. Powyższe jest zgodne z wymogami standardu określonymi w §5 ust. 1 pkt 3 lit. a, b, c, § 6 ust. 1 pkt 10 lit. b, c rozporządzenia.
- W Domu w okresie objętym kontrolą nie stosowano przymusu bezpośredniego, a w sytuacjach eskalacji emocji i konfliktów mieszkanków wykorzystywano rozmowy i techniki perswazji. Jednakże pracownicy Domu zostali przeszkoleni z zakresu stosowania procedury przymusu bezpośredniego.
- Mieszkańcy są informowani o przysługujących im prawach, mają też możliwość złożenia skargi oraz kontaktu z Dyrektorem DPS. Powyższe jest zgodne z wymogiem określonym w art. 55 ust. 2d ustawy o pomocy społecznej oraz §5 ust. 1 pkt 3 lit. j, k rozporządzenia.
- Dom zapewnia warunki do rozwoju samorządności mieszkańców, co jest zgodne z § 5 ust. 1 pkt 3 lit. d rozporządzenia. Ośmioosobowy Samorząd Mieszkanek w trakcie spotkania z zespołem inspektorów nie wnosił zastrzeżeń co do funkcjonowania DPS i stopnia zaspokajania bieżących potrzeb jego mieszkańców.
- Dom, zgodnie z § 5 ust. 1 pkt 3 lit. h rozporządzenia, zapewnia mieszkańcom bezpieczne przechowywanie środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych. Zabezpieczenie przedmiotów wartościowych i gospodarowanie środkami mieszkańców opiera się na zgodnych z przepisami prawa procedurach. Wydatkowanie środków finansowych osób z ograniczeniami poznawczymi i niezdolnych do samodzielnego załatwiania codziennych spraw odbywa się przy udziale pracowników socjalnych. Rozliczenia zakupów na rzecz mieszkańców są dokumentowane. Przedmioty mieszkańców o znacznej wartości są przechowywane w kasie pancernej, ewidencjonowane przy udziale procedur, a ich zwrot dokonywany jest za potwierdzeniem odbioru osobie uprawnionej – tj.

mieszkańcowi deponującemu przedmiot albo osobie legitymującej się prawem do spadku lub potwierdzeniem dziedziczenia. Postępowanie z niepodjętym depozytem odbywa się na zasadach określonych w przepisach regulujących te kwestie⁵.

- DPS zapewnia mieszkańcom pielęgnację, pomoc przy podstawowych czynnościach życiowych oraz pracę socjalną. Usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne wobec mieszkańców realizowane są przez opiekunki i pokojowe pod nadzorem i ze wsparciem pielęgniarki. Przebieg dyżurów jest dokumentowany. Pracę socjalną zapewnia dwóch pracowników socjalnych. Mieszkancki pozytywnie opiniują stopień zaspakajania ich bieżących potrzeb opiekuńczych, pielęgnacyjnych i socjalnych. Powyższe jest zgodne z § 5 ust. 1 pkt 2 lit a-c oraz § 6 ust. 1 pkt 10 lit. a rozporządzenia.
- Analiza planów dyżurów pracowniczych z 2 miesięcy poprzedzających kontrolę wykazała, że liczba osób na dyżurach dziennych i nocnych jest wystarczająca, co jest zgodne z art. 55 ust. 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej.
- Organizacja wyżywienia w Domu jest zgodna z wymogiem standardu określonym w §6 ust. 1 pkt 6 lit. a, b, c, d rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej. Mieszkańcy mogą spożywać posiłki w pokojach mieszkalnych, a w razie potrzeby są karmieni, co jest zgodne z § 6 ust. 1 pkt 6 lit. e-f rozporządzenia.
- Otoczenie Domu pozbawione jest barier architektonicznych. Oba budynki DPS są wyposażone w windy. Wejścia do pomieszczeń mieszkalnych są bezprogowe, a ich szerokość umożliwia poruszanie się wózkami inwalidzkimi. W Domu zainstalowano system przyzywowo – alarmowy i alarmu przeciwpożarowego. Powyższe jest zgodne z wymogami określonymi w §6 ust. 1 pkt 1 lit. b-c oraz świadczy o częściowej zgodności z wymogiem §6 ust. 1. pkt. 1 lit. a rozporządzenia.
- W DPS znajdują się wymagane standardem pomieszczenia, jak: pokoje mieszkalne jednoosobowe i wieloosobowe, pokoje dziennego pobytu, jadalnia, gabinet medycznej pomocy doraźnej, pomieszczenia do terapii i rehabilitacji, kuchenka pomocnicza, pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia, pokój gościnny, miejsce kultu religijnego, palarnia, a także inne pomieszczenia techniczne, co jest zgodne z wymogami standardu wynikającymi z § 6 ust. 1 pkt 2 lit. a-k rozporządzenia.

⁵ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1360 ze zm.); ustawa z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepojętych depozytów (Dz. U. z 2006 r. Nr 208, poz. 1537 ze zm.)

- Pokoje mieszkalne w Domu spełniają warunki standardu pod względem powierzchni przypadającej na mieszkańca, co jest zgodne z wymogami określonymi w § 6 ust. 1 pkt 3 lit. a-b rozporządzenia.
- Wyposażenie pokoi mieszkalnych obejmuje łóżka/tapczany, adekwatną do liczby mieszkańców liczbę szaf, szafek nocnych, krzesel, wyprowadzeń elektrycznych, ponadto stoły, co jest zgodne z § 6 ust. 1 pkt 3 lit. c rozporządzenia.
- DPS spełnia wymogi standardu w zakresie liczby pomieszczeń sanitarnych przypadających na mieszkańca. Liczba toalet zapewnia możliwość korzystania z każdej z nich przez nie więcej niż cztery osoby. Liczba stanowisk kąpielowych zapewnia możliwość korzystania z każdego przez nie więcej niż sześć osób. Łazienki i toalety posiadają udogodnienia dla niepełnosprawnych, jak: podnośniki dla niepełnosprawnych, uchwyty, siedziska, taborety kąpielowe. Powyższe jest zgodne z wymogami wynikającymi z § 6 ust. 1 pkt 4 lit. a, b rozporządzenia.
- Dom, zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 8 lit. a-c rozporządzenia, zapewnia mieszkańcom pomoc w utrzymaniu higieny osobistej. Samorząd Mieszkanek potwierdził, iż w DPS *nie ma problemu z wymianą ręczników czy pościeli*, a wszystkie mieszkanek posiadają środki do higieny osobistej.
- Mieszkanek są zaopatrzone w odzież i obuwie w liczbie i rodzaju wynikającym z aktualnej pory roku i indywidualnych potrzeb, a także stanu zdrowia, co jest zgodne z §6 ust. 1 pkt 7 lit a-e oraz tiret pierwsze rozporządzenia.
- W czasie kontroli wszystkie pomieszczenia w budynku były czyste, wolne od nieprzyjemnych zapachów, estetyczne i o indywidualnym charakterze wystroju. Powyższe jest zgodne z § 6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia.

Jednocześnie kontrola Domu wykazała następujące nieprawidłowości:

1. W Domu stwierdzono występowanie barier architektonicznych:
 - przy wejściu do pomieszczenia nr 117 na I piętrze budynku głównego, pełniącego funkcję podręcznego pomieszczenia do prania i suszenia jest próg;
 - w drzwiach wejściowych do budynku Pawilon stwierdzono niezniwelowaną różnicę poziomów, grożącą potknięciem;

- w budynku głównym w łazience nr 114 znajdowały się 4 stanowiska kąpielowe oddzielone od reszty pomieszczenia stożkowatym progiem, a w 5 łazienkach (tj. w łazience nr 201, 206, 209, 216, 218), znajdowały się brodziki z wysokimi podestami;

Powyższe stoi w sprzeczności z wymogiem standardu określonym w §6 ust. 1 pkt 1 lit a rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

W dniu 12 stycznia 2023 r. Dyrektor Domu zobowiązała się do likwidacji ww. barier do końca 2023 r.

2. W Domu w październiku i listopadzie 2022 r. powierzano opiekę całodobową nad mieszkankami wyłącznie osobom zatrudnionym na stanowiskach pokojowych. Grafiki nie określał przy tym, kto fizycznie będzie sprawował nadzór nad tym personelem. Zakres obowiązków i przygotowanie formalne zatrudnionych w Domu pokojowych nie uwzględnia możliwości realizowania samodzielnych całodobowych dyżurów opiekuńczych nad mieszkankami. Powyższe stoi w sprzeczności do wymogu określonego w art. 55 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej.

Stwierdzono także następujące uchybienia:

1. W indywidualnych planach wsparcia 4 mieszkanki stwierdzono braki utrudniające prowadzenie adekwatnych i skutecznych działań w odpowiedzi na indywidualne problemy mieszkanki. I tak: we wszystkich 4 IPW brakowało wskazania dat w części dot. informacji o sytuacji mieszkanki i zmianach, jakie zaszły w tej sytuacji, brak też dat przy informacjach o zainteresowaniach i potrzebach rehabilitacyjnych mieszkanki. W jednym przypadku, na posiedzeniu zespołu ws. modyfikacji IPW nie był obecny PPK mieszkanki, będący zarazem koordynatorem IPW. W dwóch przypadkach w IPW nie zmodyfikowano planu postępowania, pomimo nieskuteczności podejmowanych dotąd działań i pomimo wystąpienia nowych okoliczności mających wpływ na ustalone wcześniej cele planu. W pracy z dwoma mieszkankami manifestującymi problemy w interakcjach ze współmieszkankami do prac ZTO nie włączono psychologa, nie sporządzono diagnozy psychologicznej/ pedagogicznej pozwalającej na ustalenie stanu wyjściowego do opracowania skutecznych i adekwatnych strategii postępowania. Powyższe stoi w sprzeczności z wymogami określonymi w §2 ust. 1, §3 ust. 1, 2, 3, §6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia

w sprawie domów pomocy społecznej oraz art. 55 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

2. W dokumentacji z posiedzeń zespołu terapeutyczno – opiekuńczego brak było informacji o stanowiskach służbowych uczestników posiedzenia, brak było także informacji o ustaleniach zapadających na spotkaniu lub wskazania miejsca, gdzie znajdują się sformalizowane (spisane) ustalenia ZTO. Pod sprawozdaniami z posiedzeń brak było podpisów osób protokołujących przebieg zebrania.
3. W treści Statutu Domu w § 2 ust.1 pkt 2 błędne przywołano tytułu rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej w zakresie autora aktu prawnego, jak i daty jego wydania.

W oparciu o całokształt ustaleń Dom ocenia się pozytywnie pomimo nieprawidłowości ⁶.

Mając na względzie poprawę funkcjonowania Domu wnoszę o:

1. Usunięcie progów przy wejściu do pomieszczenia 117 oraz w drzwiach wejściowych do Pawilonu, tak by spełniony został wymóg określony w §6 ust. 1 pkt 1 lit a rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.
2. Przeprowadzenie modernizacji 6 łazienek Domu z uwzględnieniem dostępności dla osób z trudnościami w poruszaniu się, w tym na wózkach inwalidzkich, z zachowaniem przestrzeni manewrowej, bezprogowej konstrukcji natrysku, udogodnień umożliwiających bezpieczne korzystanie i samodzielną obsługę przez osobę niepełnosprawną, zgodnie z wymogami określonymi w §6 ust. 1 pkt.1 lit. a i pkt. 4 lit. b rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.
3. Organizowanie całodobowej opieki na poszczególnych Oddziałach zgodnie z wymogiem określonym w art. 55 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej. A w szczególności, zaprzestanie pozostawiania mieszkańców pod wyłączną opieką pracowników na stanowiskach pokojowych oraz zapewnienie, by obsada kadrowa uwzględniała opiekunów na każdym dyżurze.
4. Angażowanie pracowników pierwszego kontaktu mieszkanki do działań w zakresie koordynowania indywidualnych planów wsparcia oraz do prac zespołu terapeutyczno –

⁶ Przyjęto 4-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo uchybień, pozytywna mimo nieprawidłowości, negatywna.

opiekuńczego w zakresie opracowania i modyfikacji IPW ich podopiecznych, zgodnie z §3 ust. 2 i ust. 3 w związku z § 2 ust. 2 i ust. 3 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

Ponadto, rekomenduje się:

1. Wykorzystanie posiadanych przez opiekunów kierunkowych i specjalistycznych kwalifikacji w organizowaniu nadzoru nad przebiegiem całodobowej opieki nad mieszkankami;
2. Zweryfikowanie poprawności tytułów aktów prawnych przywoływanych w Statucie Domu;
3. Zmianę sposobu dokumentowania przebiegu posiedzeń zespołów terapeutyczno – opiekuńczych, tak by z dokumentacji wynikało, którzy pracownicy i na jakich stanowiskach byli obecni na posiedzeniu, co i w jakiej sprawie ustalono, względnie – gdzie znajdują się udokumentowane ustalenia ZTO w sprawie konkretnej mieszkanki;
4. W dokumentacji prowadzonej przez fizjoterapeutę zamieszczanie podpisów osoby realizującej ćwiczenia/zabiegi oraz informacji o zaangażowaniu mieszkank, rezultatach podejmowanych działań, względnie o przyczynach odstąpienia od realizacji rehabilitacji;
5. W dokumentacji prowadzonej przez terapeutów zajęciowych - zamieszczanie informacji o uczestniczkach zajęć oraz podpisów osób prowadzących zajęcia.

Działając na podstawie art. 128 ust. 4 ustawy pomocy społecznej, oczekuję przedstawienia przez Siostrę Dyrektor, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszych zaleceń pokontrolnych, pisemnych informacji o sposobie ich realizacji.

Jednocześnie informuję, że zgodnie z art. 128 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszych zaleceń pokontrolnych, przysługuje Siostrze Dyrektor prawo zgłoszenia do nich zastrzeżeń.

W przypadku uwzględnienia zastrzeżeń, zgodnie z art. 128 ust. 5 ustawy o pomocy społecznej, jest Siostra Dyrektor zobowiązana do powiadomienia w terminie 30 dni o realizacji zaleceń, mając na uwadze zmiany wynikające z uwzględnionych zastrzeżeń.

Przypominam także, że 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.

z up. Wojewody Wielkopolskiego
Hanna Zawadka
Zastępca Dyrektora
Wydziału Polityki Społecznej
Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego
w Poznaniu

Otrzymują:

1. S. Anna Buziak
p.o. Dyrektora
Domu Pomocy Społecznej w Wolsztynie
ul. Poznańska 29
64-200 Wolsztyn
2. Starosta Powiatu Wolsztyńskiego
ul. 5 Stycznia 5
64-200 Wolsztyn
3. aa

Sporządziła: Alicja Moder – starszy inspektor wojewódzki, dnia 14.04.2023 r.