



WOJEWODA WIELKOPOLSKI

PS.Le.431.6.2024.4

Poznań, 29 maja 2024 r.

Pani
Joanna Bartek
Dyrektor
Dom Pomocy Społecznej
w Mościskach
Mościszki 37
64-010 Mościszki

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 25 marca do 19 kwietnia 2024 r. kontrolę kompleksową w Domu Pomocy Społecznej w Mościskach, zlokalizowanym pod adresem: Mościszki 37, 64-010 Krzywiń (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 1 stycznia 2023 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 Panią Dyrektora bez zastrzeżeń 23 maja 2024 r. (wpływ do WUW 27 maja 2024 r.)

Kontrola Domu wykazała, że:

- Dom działa m.in. w oparciu o Statut, Regulamin Organizacyjny oraz wewnętrzne instrukcje i procedury, 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 Dom zamieszkiwało 97 mieszkańców i była to liczba zgodna z decyzją Wojewody Wielkopolskiego w sprawie wydania zezwolenia na prowadzenie Domu;
- Dyrektor DPS posiada kwalifikacje niezbędne na zajmowanym stanowisku, określone w art. 122 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej;
- Ocena kwalifikacji kadry zespołu terapeutyczno - opiekuńczego wykazała, że wszyscy pracownicy legitymowali się kwalifikacjami formalnymi i doświadczeniem zawodowym, określonymi dla zajmowanych przez nich stanowiskach w obowiązujących przepisach⁴.

¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 901 ze zm.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 2285

³ Dz. U. z 2018 r. poz. 734 ze zm.

⁴ załącznik nr 3 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 października 2021 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych, tabela IID Stanowiska w urzędach i samorządowych jednostkach

- Dom na 97 mieszkańców zatrudnia dwóch pracowników socjalnych, co jest zgodne z wymogiem określonym w § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia.
- 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.
- W dniach kontroli wszyscy mieszkańcy Domu mieli przydzielonego pracownika pierwszego kontaktu (PPK), co jest zgodne z §3 ust. 2 rozporządzenia.
- Dom zapewnia mieszkańcom: usprawnianie i aktywizowanie, umożliwia udział w zajęciach terapii zajęciowej, możliwość korzystania z biblioteki oraz codziennej prasy, udział w wydarzeniach i imprezach kulturalnych i turystycznych, organizację świąt i możliwość zaspokojenia 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, d, e rozporządzenia.
- Mieszkańcy są informowani o przysługujących im prawach, mają możliwość złożenia skargi, mogą też skontaktować się z Dyrektorem DPS lub instytucjami i organizacjami działającymi w zakresie wolności i praw człowieka, a także instytucjami kontrolnymi. Powyższe jest zgodne z wymogiem określonym w art. 55 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej oraz §5 ust. 1 pkt 3 lit. j, k rozporządzenia.
- W Domu powstał samorząd mieszkańców, co jest zgodne z §5 ust. 1 pkt 3 lit. d rozporządzenia.
- 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 działu socjalno – terapeutycznego i opiekunów prawnych. Rozliczenia zakupów na rzecz mieszkańców są dokumentowane. Mieszkańcy mają możliwość bezpiecznego deponowania przedmiotów wartościowych w

organizacyjnych Wszystkie urzędy i wszystkie samorządowe jednostki organizacyjne, poz. 12, 30, 31; Jednostki organizacyjne pomocy społecznej (...), stanowiska pomocnicze i obsługi, poz. 11, poz. 15, poz. 19, poz. 22, poz. 27, poz. 31, poz. 35; art. 116 ust. 1 pkt 1- 4 oraz art. 121b ust. 2 pkt 2 ustawy o pomocy społecznej; art. 4 ust. 4 pkt 1-4, art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2023 r. poz. 1213 ze zm); art. 54 ust. 2 pkt 5 lit. a-d ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U z 2023 r. poz. 1270 ze zm.)

kasie pancernej Domu. Depozyt wartościowy jest ewidencjonowany przy udziale procedur, a jego zwrot odbywa się za potwierdzeniem odbioru lub po okazaniu prawa do spadku lub potwierdzenia dziedziczenia. Postępowanie z masą spadkową 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 pielęgniarki, opiekunki i pokojowe. Przebieg dyżurów jest dokumentowany. Pracę socjalną realizują pracownicy socjalni. 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 miesięcy poprzedzających kontrolę wykazała, że liczba osób na dyżurach dziennych i nocnych jest wystarczająca dla zapewnienia opieki mieszkańcom, 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. Wielokondygnacyjny pałac jest wyposażony w windę. Wejścia do pomieszczeń mieszkalnych są bezprogowe, a ich szerokość umożliwia przejazd wózkiem inwalidzkim. W Domu zainstalowano system alarmu przeciwpożarowego. Powyższe jest zgodne z wymogami określonymi w §6 ust. 1 pkt 1 lit. a, b, c tiret drugie rozporządzenia. W większości pomieszczeń mieszkalnych znajdują się włączniki systemu przyzywowo – alarmowego, co świadczy o częściowej zgodności w wymogiem określonym w §6 ust. 1 pkt 1 lit. c tiret pierwsze 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, kuchenki pomocnicze, 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 2023 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 normy standardu pod względem powierzchni przypadającej na mieszkańca i liczby zamieszkujących ich osób. Powyższe 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 pokoje – poza jednym, posiadały na wyposażeniu stoły, co jest zgodne z §6 ust. 1 pkt 3 lit. c w związku z §6 ust. 1 pkt 3b 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. Powyższe jest zgodne z wymogami wynikającymi z §6 ust. 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia.
- Dom dysponuje udogodnieniami do zabiegów higienicznych osób niepełnosprawnych ruchowo, leżących i obłożnie chorych, jak łóżko kąpielowe, krzesło sanitarne, podnośnik. W łazienkach znajdowały się także siedziska kąpielowe. Natryski w Domu były bezprogowe. W części łazienek i toalet znajdowały się uchwyty dla niepełnosprawnych i włączniki systemu przyzywowo - alarmowego. Powyższe jest częściowo zgodne z wymogami wynikającymi z §6 ust. 1 pkt 4 lit. b rozporządzenia.
- Dom, zgodnie z §6 ust. 1 pkt 8 lit. a-c rozporządzenia, zapewnia mieszkańcom pomoc w utrzymaniu higieny osobistej. Mieszkańcy posiadają środki do higieny osobistej, regularnie wymieniane są ręczniki i pościelenie, monitorowana jest także częstotliwość kąpieli i czystość odzieży mieszkańców.
- W dniach kontroli Mieszkańcy byli zaopatrzeni w odzież i obuwie w liczbie i rodzaju wynikających z aktualnej pory roku i indywidualnych potrzeb, z uwzględnieniem stanu zdrowia, co jest zgodne z §6 ust. 1 pkt 7 lit a-e oraz tiret pierwsze rozporządzenia.

Jednocześnie kontrola Domu wykazała następujące nieprawidłowości:

1. w zakresie kwalifikacji kadry

Zastępca Dyrektora Domu w dniach kontroli nie posiadała specjalizacji z organizacji pomocy społecznej, nie legitymowała się także wymaganym ustawą co najmniej 3 letnim stażem

pracy w pomocy społecznej. Powyższe jest niezgodne z wymogiem określonym w art. 122 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

2. W zakresie wskaźnika zatrudnienia

W dniach kontroli Dom posiadał wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno – opiekuńczego na poziomie 0,4092 na mieszkańca. Wskaźnik ten był niewystarczający w kontekście wymogu określonego w § 6 ust. 2 pkt 3 lit. c rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej i powinien wynosić nie mniej niż 0,5 na mieszkańca.

3. w zakresie bazy lokalowej:

Pokoje mieszkalne Domu budziły zastrzeżenia pod względem stanu technicznego i estetyki zarówno pomieszczeń, jak i ich wyposażenia:

- w pokoju nr 2 w dniach kontroli były wymontowane drzwi do łazienki.
- w pokoju nr 3 wymontowano drzwi do łazienki, a WC pozbawione było kłapy sedesowej;
- na wyposażeniu pokoi nr 17, 24, 33, 34 i 35 znajdowały się zamortyzowane meble – w tym: stoliki nocne, krzesła, stół;
- w pokojach nr 27, 28, 36 stwierdzono brudne ściany;
- w pokojach nr 22, 23, 24, 28, 29 stwierdzono brak włącznika systemu przyzywowo – alarmowego;
- w pokoju nr 29 stwierdzono obecność nieprzyjemnych zapachów.

Zastrzeżenia budziły także wyposażenie i funkcjonalność pomieszczeń sanitarnych:

- w 11 z 37 łazienek zlokalizowanych przy pokojach mieszkalnych stwierdzono brak uchwytów dla niepełnosprawnych (dot. pokoi nr 3, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 37, 38, 39);
- w 22 łazienkach usytuowanych przy pokojach mieszkalnych nie zainstalowano włącznika systemu przyzywowo – alarmowego, przy czym w 3 przypadkach włącznika systemu nie było także w pokoju, do którego przynależała łazienka (dot. pokoi nr 22, 28, 29);
- futryna drzwi do łazienki przynależącej do pokoi nr 20 i 21 była uszkodzona w wyniku działania wody;
- w łazience przy pokoju nr 35 mocowanie uchwyty słuchawki do prysznicza było niestabilne i wysuwało się ze ściany.

Powyższe świadczy o częściowej niezgodności z §6 ust. 1 pkt 1 tiret pierwsze, pkt 3 lit c, pkt. 4 lit b, pkt 5 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej oraz art. 55 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej.

W dniach kontroli przejście na zaplecze pomieszczenia do usprawniania (tzw. „Siłowni”) było częściowo zastawione poręczami do pionizacji, co utrudniało dostępność sprzętów do ćwiczeń siłowych znajdujących się na zapleczu i nie gwarantowało bezpieczeństwa osób przemieszczających się pomiędzy urządzeniami. Powyższe świadczy o częściowej niezgodności z wymogiem określonym w art. 55 ust. 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej.

4. w zakresie realizacji usług opiekuńczych i wspomagających:

W marcu 2024 r. pokojowa pełniła dyżury jednoosobowe - dwukrotnie w godzinach od 6.00 do 14.00 (w dniach 9 i 10 marca) i trzynastokrotnie w godzinach od 13.00 do 21.00 (w dniach: 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 18, 20 marca). Jednoosobowe dyżury pokojowej nie gwarantują utrzymania w należytej czystości przestrzeni w najbliższym otoczeniu 97 mieszkańców Domu.

Dom zatrudnia 4 pielęgniarki, jednak w dni robocze po godzinie 15.00, w nocy i podczas weekendów pielęgniarki nie dyżurują. Organizacja pracy pielęgniarek utrudnia zapewnienie ciągłości opieki medycznej oraz sprawowanie merytorycznego nadzoru nad pielęgnacją, farmakoterapią oraz adekwatnością reakcji personelu w przypadkach pogorszenia stanu zdrowia mieszkańców.

Godziny pracy fizjoterapeutów (od 7.00 do 14.30), terapeutów i psychologa (od 7.00 do 15.00), pokrywają się z godzinami pracy administracji, co wyklucza organizację czasu wolnego, terapii i wpierania mieszkańców w godzinach popołudniowych – tj. od poniedziałku do piątku po godzinie 15.00 oraz w soboty i niedziele.

Wyodrębnienie lokalowe i formalno - organizacyjne stanowisk pracowników socjalnych, psychologa i terapeutów utrudnia tym pracownikom pozyskiwanie bieżących informacji na temat mieszkańców od sprawujących całodobową opiekę nad mieszkańcami pracowników działu opiekuńczo – pielęgnacyjnego, a tym samym – kreowanie adekwatnej do potrzeb

zróżnicowanej grupy mieszkańców oferty terapeutycznej i podejmowanie właściwych działań opartych na dobrze rozpoznanej i na bieżąco aktualizowanej sytuacji każdego mieszkańca.

Wymiar czasu pracy fizjoterapeuty i liczba specjalistów w tej dziedzinie mogą być niewystarczające w odniesieniu do potrzeb blisko 100 osób przebywających w Domu przy zróżnicowaniu ich zapotrzebowania na różne formy aktywności wynikające z wieku, zainteresowań i stanu zdrowia (od uprawiania sportu, rekreacji, po elementarne usprawnianie i rehabilitację).

Powyższe stoi w częściowej sprzeczności z wymogiem określonym w art. 55 ust. 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej oraz §5 ust. 1 pkt 3 lit. a, b, ponadto - §6 ust. 1 pkt 10 lit. b rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

W Domu brak uwzględniania w planowaniu terapii zajęciowej zróżnicowania grupy mieszkańców pod względem wieku oraz wynikających z tego faktu zróżnicowanych potrzeb każdej z grup mieszkańców (od aktywności fizycznej, krajoznawczej, społeczno – towarzyskiej, kulturalnej, zawodowej, edukacyjnej, rozwijania pasji i samorealizacji do podtrzymywania sprawności lub usprawniania oraz zagospodarowania czasu wolnego adekwatnego do potrzeb osób bardzo młodych i zaawansowanych wiekiem seniorów). W dniach kontroli w Domu przebywało 40% osób do 45 roku życia, ok. 40% osób od 46-do 65 r.ż., ok. 31% osób w wieku od 66 do późnego wieku senioralnego, w tym ok. 11% seniorów. W trakcie oględzin Domu zajęcia w kawiarence nie odbywały się, pomimo, iż zgodnie z treścią dokumentacji cieszą się największą popularnością wśród mieszkańców. Natomiast w tym samym czasie w pracowni terapeutycznej w Pawilonie terapeutycznym dwie terapeutki bez udziału mieszkańców przygotowywały stroiki o tematyce świątecznej.

Dokumentacja indywidualna mieszkańców oraz dokumentacja prowadzona przez ZTO nie obejmowała rozpoznania potrzeb mieszkańców w oparciu o diagnozę ich potencjału, mocnych i słabych stron, nie zawierała też indywidualizowania działań terapeutyczno – wspierających opartego na takim rozpoznaniu. Indywidualne plany pracy nie były opracowane z udziałem Zespołów terapeutyczno – opiekuńczych, nie opierały się na diagnozie psychologiczno – pedagogiczno – socjalnej mieszkańca.

W udokumentowanych protokołami tematach spotkań Zespołu terapeutyczno – opiekuńczego brak było zagadnień związanych z indywidualnymi planami wsparcia mieszkańców.

Powyższe jest niezgodne z wymogiem określonym w art. 55 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej oraz § 2 ust. 1-3 oraz § 3 ust. 1-2 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

Treść obowiązującego w Domu w dniach kontroli zarządzenia w sprawie powołania zespołu terapeutyczno – opiekuńczego obejmuje stanowiska i funkcje niefigurujące w aktualnej strukturze organizacyjnej Domu, jak: „koordynator pracy Działu Terapeutycznego”, „koordynator pracy Działu Opiekuńczego”, „koordynator pracy zespołu towarzyszy terapii”.

W Domu funkcjonują zamiennie określenia *Towarzysz Terapii – pracownik pierwszego kontaktu, zespół terapeutyczno – opiekuńczy – Zespół Towarzyszy Terapii*. Określenia te stosowane są zamiennie i niekonsekwentnie, obecne w części bieżącej dokumentacji, zakresach czynności części pracowników, zapiskach i raportach, lecz nie znajdują odzwierciedlenia w treści obowiązującego regulaminu organizacyjnego oraz zarządzeń.

W Domu IPW określa się, jako „indywidualny program rozwoju”. Użyte nazewnictwo jest rozbieżne z nazewnictwem stosowanym w rozporządzeniu w sprawie domów pomocy społecznej. Kontrola wykazała poza tym, iż w praktyce tytuł planu nie zawsze odzwierciedla faktyczne cele działań, jakie są planowane i podejmowane wobec niektórych mieszkańców, zwłaszcza osób w wieku podeszłym i obarczonych obciążeniami zdrowotnymi. We wszystkich kontrolowanych IPW, jako kryterium sukcesu realizacji planu wskazano: „zadowolenie mieszkanki”, co nie korelowało z celem głównym (*utrzymanie obecnej aktywności, lub utrzymanie dobrego stanu zdrowia*), nazwą planu (*indywidualny program rozwoju*) i faktycznymi potrzebami mieszkańca (brak diagnozy – tj. rozpoznania tych potrzeb).

Część wpisów w IPW dokonywana była hasłowo, co uniemożliwia wykorzystanie pozyskiwanych informacji do planowania nowych lub modyfikowania założonych wcześniej celów w IPW.

Podstawowe informacje o mieszkańcu oraz oceny jego funkcjonowania, zamieszczone w IPW, nie były opatrzone datą i podpisem osoby sporządzającej. W jednym przypadku pod planem nie było podpisu mieszkańca, ani informacji o przyczynach tego braku – np. ze względu na stan zdrowia, czy gotowość uczestnictwa w realizacji IPW mieszkańca.

Powyższe stoi w sprzeczności z wymogami określonymi w §2 ust. 1-4, § 3 ust. 1, 2 i 3 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

IPW mieszkanki ze schorzeniami wymagającymi przestrzegania diety (cukrzycowej, bezsolnej, niskokalorycznej) nie zawierał informacji o stanie jej zdrowia i ograniczeniach dietetycznych, natomiast pracownicy odpowiedzialni za zarządzanie depozytem tej mieszkanki regularnie zakupywali dla niej produkty wykluczone z jej żywienia. W odniesieniu do przypadku ww. mieszkanki na poziomie realizacji indywidualnych potrzeb wynikających z IPW stwierdzono brak komunikacji pomiędzy działami Domu, tj. osobami, które na co dzień opiekują się mieszkanką i ustalają kryteria postępowania zdrowotnego (dietetykiem, pielęgniarką) oraz dysponującym kompletną dokumentacją mieszkanki pracownikiem socjalnym, a pracownikami działu socjalno – terapeutycznego, realizującymi część potrzeb mieszkanki zgodnie z jej wyartykułowanymi oczekiwaniami.

Powyższe jest niezgodne z wymogiem określonym w §2 ust. 1 i 2 oraz §3 ust. 1, 2, 3 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

W Domu funkcjonuje Samorząd Mieszkańców, jednak zgodnie z treścią protokołów z zebrań Rady Mieszkańców, w spotkaniach zawsze udział brali pracownicy administracji, w tym Dyrektor Domu, oraz wymiennie Kierownik działu opiekuńczo – pielęgnacyjnego, psycholog, pracownik socjalny, terapeuta. Protokoły z tych zebrań były zatwierdzane przez Dyrektora Domu. Obligatoryjny udział pracowników Domu w działalności Rady oraz zatwierdzanie protokołów przez Dyrektora Domu mogą przyczyniać się do ograniczania idei samorządności mieszkańców, co jest niezgodne z §5 ust. 1 pkt 3 lit. d rozporządzenia.

Procedura urlopowania mieszkańca i praktyka w tym zakresie warunkuje każdorazowe opuszczenie Domu przez mieszkańca od uzyskania opinii lekarza i akceptacji Dyrektora. Procedura nie uwzględnia zapisów ustawy o pomocy społecznej, stanowiących o obowiązku doręczenia mieszkańcowi ewentualnego zakazu na piśmie, z jednoczesnym poinformowaniem jego opiekuna prawnego (jeśli mieszkaniiec jest ubezwłasnowolniony), pouczeniem mieszkańca (opiekuna prawnego) o prawie do zwrócenia się do Sądu z wnioskiem o uchylenie ograniczenia, a także nie zawiera zapisu o obowiązku powiadomienia

Sądu opiekuńczego o nałożeniu ograniczenia w ciągu 3 dni od doręczenia ograniczenia mieszkańcowi.

Powyższe jest niezgodne z regulacjami art. 55 ust. 2d – 2g ustawy o pomocy społecznej.

Stwierdzono także następujące uchybienia:

Kontrola dokumentacji indywidualnej mieszkańców w zakresie zarządzania wydatkowaniem ich depozytu pieniężnego wykazała, iż formularz wniosku o wypłatę środków przez upoważnionego do takiego działania pracownika nie zawierał wskazania z czyjego konta depozytowego mają być pobrane środki. Natomiast w dwóch przypadkach w opisie faktury dokumentującej dokonanie zakupów dla mieszkańca i przekazanie ich wnioskodawcy, stwierdzono błędną datę przekazania towaru.

W dokumentacji prowadzonej przez terapeutów stwierdzono, iż zapisy trzech specjalistów dokumentowały przeprowadzenie zajęć oraz obecność mieszkańców, natomiast nie odnosiły się do stopnia zaangażowania uczestników w realizację zadań, ich preferencji, samodzielności, zdolności i możliwości lub ograniczeń, ewentualnie ujawnionych podczas zajęć problemów, stopnia opanowania nowych umiejętności, relacji pomiędzy uczestnikami i oceny umiejętności współpracy. Ponadto, w dokumentacji dwóch terapeutów stwierdzono nieczytelne parafki, uniemożliwiające identyfikację autorów wpisów.

Kierownictwo Domu przeprowadziło wśród mieszkańców ankietę dot. poziomu satysfakcji i zadowolenia mieszkańców, jednak udział w badaniu wzięło jedynie 30% mieszkańców Domu. Formularz ankiety dużo miejsca poświęcał informacjom o mieszkańcu, natomiast nie obejmował opinii mieszkańców w kwestiach: żywienia, organizacyjnych, powodów ewentualnych problemów w relacjach mieszkańców z grupami pracowników, czy propozycji mieszkańców dotyczących kreowania życia Domu i rozwiązywania bieżących problemów.

W formularzu użyto także fachowej terminologii, która mogła być niezrozumiała dla niektórych mieszkańców. Narzędzie to w dotychczasowej formule nie pozwala na uzyskanie wiedzy przydatnej do poprawy funkcjonowania Domu, jednak badanie anonimowych opinii mieszkańców, jako element ewaluacji, uznać należy za warte kontynuacji.

W oparciu o całokształt wyżej wymienionych ustaleń Dom ocenia się pozytywnie pomimo nieprawidłowości⁶.

Uwzględniając powyższe, mając na względzie poprawę funkcjonowania Domu, wnoszę o:

1. Podjęcie działań w kierunku dostosowania wskaźnika zatrudnienia kadry zespołu terapeutyczno – opiekuńczego do wymogów standardu, określonych w §6 ust. 2 pkt 3 lit. c rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.
2. Poprawę stanu technicznego i estetyki Domu w zakresie bazy lokalowej, zgodnie z wymogami określonymi w §6 ust. 1 pkt 1 lit. c, tiret pierwsze, pkt 3 lit c, pkt. 4 lit b, pkt 5 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej oraz art. 55 ust. 1 i 2 ustawy o pomocy społecznej.

W szczególności:

- uzupełnienie brakujących elementów wyposażenia w pokojach mieszkalnych nr 2 i nr 3 z uwzględnieniem bezpieczeństwa i prawa do intymności mieszkańców, a także zapewnienia bezpieczeństwa personelu;
- uzupełnienie brakujących składników umeblowania wymaganego standardem w pokoju nr 18;
- wymianę lub renowację zużytych mebli w pokojach nr: 17, 24, 33, 34 i 35;
- usunięcie zabrudzeń ścian w pokojach nr: 27, 28, 36;
- uzupełnienie brakujących włączników systemu przyzywowo – alarmowego w pokojach nr: 22, 23, 24, 28, 29;
- uzupełnienie brakujących uchwytów dla niepełnosprawnych w łazienkach zlokalizowanych przy pokojach mieszkalnych nr: 3, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 37, 38, 39;
- uzupełnienie włączników systemu przyzywowo – alarmowego w łazienkach usytuowanych przy pokojach mieszkalnych;
- naprawę uszkodzonej futryny drzwi do łazienki przynależącej do pokoi nr 20 i 21;
- poprawę mocowania uchwytu słuchawki do prysznica w łazience przy pokoju nr 35;
- zwiększenie nadzoru nad utrzymaniem w czystości i regularnym wietrzeniem pomieszczeń mieszkalnych.

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

Ponadto:

- zmianę organizacji pomieszczenia do usprawniania w taki sposób, by zapewnić użytkownikom dostępność znajdującego się tam sprzętu, drożność ciągów komunikacyjnych i bezpieczeństwo w trakcie zajęć.
- 3. Zapewnienie w obsadzie kadrowej każdego dyżuru co najmniej dwóch pokojowych, w celu spełniania wymogu wynikającego z §5 ust. 1 pkt 1 lit d oraz §6 ust. 1 pkt. 5 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.
- 4. Dostosowanie oferty terapeutycznej do zróżnicowania grupy mieszkańców pod względem wieku i preferencji, w oparciu o rozpoznanie indywidualnych potrzeb oraz informacje pozyskane od mieszkańców i Rady Mieszkańców, zgodnie z wymogiem określonym w art. 55 ust 1 ustawy o pomocy społecznej.
- 5. Włączenie zespołu terapeutyczno – opiekuńczego do procesu interdyscyplinarnego opracowywania i modyfikowania indywidualnych planów wsparcia mieszkańców, zgodnie z wymogiem określonym w §2 ust. 1-3 oraz §3 ust. 1-2 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.
- 6. Opracowywanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców w oparciu o rzetelne rozpoznanie sytuacji i potrzeb mieszkańca oraz wspólne z mieszkańcem planowanie zakresu usług adekwatnie do jego możliwości i stanu zdrowia, zgodnie z wymogiem określonym w §2 ust. 1-2 oraz § 3 ust. 1 rozporządzenia.
- 7. Poprawę komunikacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi Domu w kontekście realizacji IPW mieszkańców oraz włączenie pracowników pierwszego kontaktu do prac zespołu w przypadku omawiania sytuacji ich podopiecznych, zgodnie z wymogiem określonym w §3 ust. 2 i 3 rozporządzenia.
- 8. Zaktualizowanie formalnego powołania zespołu terapeutyczno – opiekuńczego adekwatnie do obowiązującej struktury organizacyjnej Domu oraz ujednoczenie nazewnictwa dotyczącego pracowników pierwszego kontaktu i zespołu terapeutyczno – opiekuńczego, zgodnie z wymogiem §2 ust. 2 ora §3 ust. 2 i 3 rozporządzenia.
- 9. Dokonywanie wpisów w IPW mieszkańców w sposób umożliwiający odtworzenie faktów i ich kontekstu oraz wykorzystanie utrwalonych treści przy planowaniu lub modyfikacji działań wspierających wobec mieszkańca, zgodnie z wymogiem określonym w §2 ust. 1 rozporządzenia i art. 55 ust 1 ustawy o pomocy społecznej.

10. Zaktualizowanie procedury urlopowania mieszkańca adekwatnie do zapisów art. 55 ust. 2a-2i ustawy o pomocy społecznej.

Ponadto, rekomenduje się:

1. Rozważenie możliwości zmiany organizacji pracy pielęgniarek w taki sposób, by wspierały pracowników zmiany popołudniowej i, o ile to możliwe – również nocnej i świątecznej.
2. Rozważenie możliwości zmiany organizacji pracy psychologa, terapeutów i fizjoterapeuty, aby umożliwić organizację czasu wolnego, terapię, wspieranie i usprawnianie mieszkańców również w godzinach popołudniowych i w miarę możliwości w weekendy.
3. Modyfikację stosowanych formularzy wniosków o wypłatę środków z kont depozytowych przez osoby upoważnione, tak by uwzględniały informację z czyjego konta będą pobrane środki; zwiększenie nadzoru nad rzetelnością dokumentowania odbioru zakupionego towaru przez osobę wnioskującą o zakup;
4. Zmodyfikowanie wpisów w dokumentacji z zajęć terapeutycznych, tak by możliwe było ustalenie autora wpisów oraz dokonanie oceny efektywności działań terapeutycznych w odniesieniu do każdego z uczestników.
5. Zmodyfikowanie wpisów w indywidualnej dokumentacji mieszkańców tak, aby możliwe było ustalenie daty dokonywanej oceny oraz identyfikacja oceniającego.
6. Kontynuowanie działań w kierunku rozpoznawania opinii mieszkańców. Dopracowanie metodologii badań, aby rozumiała była dla mieszkańców zarówno ich intencja, jak i znaczenie pojęć zastosowanych w narzędziach badawczych, a uzyskane odpowiedzi stanowiły wartościową podstawę do poprawy jakości świadczonych usług.
7. Rozważenie przy powierzaniu stanowiska zastępcy Dyrektora uwzględnienia wymogów określonych w art. 122 ust. 1 w związku z art. 6 pkt 5 ustawy o pomocy społecznej, aby osoba na tym stanowisku spełniała wymogi kwalifikacyjne takie same, jak osoba kierująca jednostką organizacyjną pomocy społecznej.

Działając na podstawie art. 128 ust. 4 ustawy pomocy społecznej, oczekuję przedstawienia przez Panią 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 Pani Dyrektor prawo zgłoszenia do nich 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

*/podpisano bezpiecznym podpisem elektronicznym
weryfikowanym przy pomocy ważnego
klasyfikowanego certyfikatu/*

Otrzymują:

1. Pani Joanna Bartek
Dyrektor
Domu Pomocy Społecznej w Mościskach
Mościszki 37
64-010 Krzywiń
2. Pan Artur Opas
Starosta Kościański
ul. Tadeusza Kościuszki 22
64-000 Kościan
3. aa

Dokument sporządziła: Alicja Moder dnia 3.10.2024 r.