



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.5.1.2024

Jerzy Kulpiński
Dyrektor
Domu Pomocy Społecznej
w Łagiewnikach
Łagiewniki 73
26-020 Chmielnik

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/061 – Przestrzeganie praw mieszkańców domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Dom Pomocy Społecznej w Łagiewnikach (dalej: DPS, Dom), Łagiewniki 73, 26-020 Chmielnik.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dyrektorem DPS (dalej: Dyrektor) od 1 sierpnia 2011 r. jest Jerzy Kulpiński.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki organizacyjne w DPS dla osób dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych. 2. Przestrzeganie praw mieszkańców DPS i realizacja usług dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb.
Okres objęty kontrolą	Lata 2021-2024 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały związek z przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	1. Sławomir Tokarczyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/26/2024 z 20 lutego 2024 r. 2. Przemysław Domoradzki, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/29/2024 z 28 lutego 2024 r.

(akta kontroli str. 1-5)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623; dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Zasady funkcjonowania DPS zostały uregulowane w wewnętrznych procedurach i instrukcjach, które stwarzały warunki do przestrzegania praw mieszkańców. Dyrektor w trakcie epidemii COVID-19 wprowadzał prewencyjne zasady funkcjonowania Domu, proporcjonalne do istniejącego zagrożenia. Dom spełniał warunki w zakresie usług bytowych i warunków sanitarnych zapewniając tym samym prawo mieszkańców do poczucia bezpieczeństwa oraz intymności. Pomieszczenia mieszkalne Domu były czyste i estetyczne. Mieszkańcom zapewniano wymaganą liczbę posiłków dopasowaną do ich indywidualnych potrzeb.

DPS nie spełniał jednak warunków efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających wskazanych w § 6 ust. 2 pkt 3 lit. c i d oraz pkt 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej³ (dalej: rozporządzenie w sprawie DPS). Nie osiągnął bowiem wymaganego poziomu wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na jednego mieszkańca, który powinien być nie mniejszy niż 0,5 na jednego mieszkańca. Ponadto część pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego nie uczestniczyła w organizowanych przez Dyrektora szkoleniach na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, bądź nie uczestniczyła w nich cyklicznie, co najmniej raz na dwa lata. W zakresie czynności dwojga pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego nie wskazano zadań dotyczących pełnienia funkcji pracownika pierwszego kontaktu.

Mieszkańcom zapewniono kontakt z psychologiem oraz lekarzem psychiatrą, a liczba pracowników socjalnych zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy była zgodna z wymogiem określonym w § 6 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DPS. Dyrektor nie wyegzekwował jednak od współpracującego z Domem lekarza psychiatry przeprowadzania badań mieszkańców w zakresie uzasadniającym konieczność ich dalszego pobytu w Domu. W okresach, za które brak było wymaganych zaświadczeń, stanowiło to ograniczenie prawa do wolności mieszkańców. Mieszkańcy nie składali skarg i wniosków. W Domu umożliwiano mieszkańcom udział w różnych formach terapii zajęciowej, zaspokajano potrzeby religijne i kulturalne oraz kontakty z rodziną. Dom udzielał pomocy w podstawowych czynnościach bytowych, pielęgnacji, utrzymaniu higieny osobistej oraz załatwianiu spraw osobistych mieszkańców, choć nierzetelnie ewidencjonował wymianę pościeli, kąpiel, strzyżenie i golenie.

Określone w ramach kontroli zarządczej w latach 2021-2022 cele nie odnosiły się do misji Domu w obszarze prawidłowości udzielanego wsparcia mieszkańcom i naruszania ich praw. Skala stwierdzonych nieprawidłowości wskazuje, że Dyrektor nie zapewnił wystarczających mechanizmów kontroli zarządczej w celu weryfikowania zapewnienia przestrzegania praw mieszkańców.

Dyrektor umożliwił mieszkańcom samodzielne wyjścia poza teren DPS – część nich, ze względu na stan zdrowia mogło wychodzić z innymi mieszkańcami bądź pracownikami DPS, a tym samym zapewnił prawo do wolności poruszania się. W sytuacji samowolnych oddaleń mieszkańców, DPS podejmował działania zapewniające szybkie odnalezienie mieszkańców oraz właściwą opiekę. Rejestry samowolnych oddaleń, stosowania przymusu bezpośredniego i zdarzeń nadzwyczajnych prowadzono nierzetelnie, gdyż nie umieszczono w nich wszystkich przypadków wymagających zaewidencjonowania.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Dz. U. z 2018 r. poz. 734, ze zm.

Indywidualne plany wsparcia (dalej: IPW, plany) sporządzono prawidłowo, z zastrzeżeniem, że nie określano w nich wymiaru czasu planowanych zajęć rehabilitacji społecznej. Ponadto jeden IPW sporządzono z przekroczeniem wymaganego sześciomiesięcznego terminu od dnia przyjęcia mieszkańca do Domu. W DPS przestrzegano prawa mieszkańców do korzystania ze swojego mienia, proponowane terapie dostosowano do ich sprawności psychicznej i fizycznej. Zapewniono wolność komunikowania się, wyrażania swoich poglądów, zrzeszania się. Osobom posiadającym pełną zdolność do czynności prawnych umożliwiono wzięcie udziału w wyborach.

Postępowanie zmierzające do przekazania depozytów po śmierci mieszkańców osobom uprawnionym bądź na rzecz Skarbu Państwa prowadzono z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów⁴ oraz wewnętrznej procedury. Ponadto nie zostały dotychczas zlikwidowane depozyty po 75 zmarłych w latach 2000-2020, na łączną kwotę 501,5 tys. zł.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Warunki organizacyjne w DPS dla osób dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych

Opis stanu faktycznego

DPS jest jednostką organizacyjną powiatu kieleckiego. Przedmiotem jego działalności jest całodobowa opieka nad osobami dorosłymi niepełnosprawnymi intelektualnie oraz przewlekle psychicznie chorymi.

(akta kontroli str. 6, 7-16)

DPS zgodnie z decyzją Wojewody Świętokrzyskiego⁶ (dalej: Decyzja) zezwalającą na prowadzenie Domu, posiada ogółem 185 miejsc, w tym: 103 miejsca dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz 82 miejsca dla osób przewlekle psychicznie chorych (dane zgodne z wykazanymi w Centralnej Aplikacji Statystycznej, dalej: CAS). Miejsca przeznaczone dla mieszkańców zlokalizowane były na czterech oddziałach (I, II, III oraz IV), gdzie znajdowało się odpowiednio: 18, 45, 37 i 85 miejsc. W Decyzji nie określono szczegółowo miejsc (podział na oddziały) przeznaczonych dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie i osób przewlekle psychicznie chorych.

(akta kontroli str. 6, 58-60, 68-70, 78-80, 89, 243-250)

DPS nie świadczył usług krótkoterminowego wsparcia.

(akta kontroli str. 269, 273)

W okresie objętym kontrolą nie przekroczono ogólnej liczby miejsc określonej w Decyzji⁷. Dom zamieszkiwało odpowiednio: 182 mieszkańców na 31 grudnia 2021 r. (98 – osób przewlekle psychicznie chorych, 84 – dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie), 183 na 31 grudnia 2022 r. (odpowiednio: 99 i 84) i 185 na 31 grudnia 2023 r. (odpowiednio: 98 i 87).

⁴ Dz. U. Nr 208, poz. 1537, ze zm.

⁵ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁶ Decyzja Wojewody Świętokrzyskiego znak: PS.II.9423.2.7.2011 z 21 czerwca 2011 r. zezwalająca Powiatowi Kieleckiemu na prowadzenie Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach 73, 26-020 Chmielnik dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych.

⁷ Decyzja znak: PS.II.9423.2.7.2011 z 21 czerwca 2011 r. wydana na czas nieokreślony, na 103 miejsca dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie i 82 dla osób przewlekle chorych psychicznie.

(akta kontroli str. 6, 59-61, 67, 69-71, 77, 79-81, 87, 89-91)

W DPS na 31 grudnia 2021 r. i 2022 r. przebywało po 53 ubezwłasnowolnionych mieszkańców (w tym: 42 – całkowicie, 11 – częściowo), a na 31 grudnia 2023 r. – 57 (w tym odpowiednio: 46 i 11).

Spośród ubezwłasnowolnionych całkowicie mieszkańców przebywających w Domu w latach 2021-2023, na 31 grudnia opiekunami prawnymi byli odpowiednio dla: 33, 32 i 30 członkowie rodziny, dla sześciu, ośmiu i 10 pracownicy DPS, a dla trzech, dwóch i sześciu inne osoby (m.in. kuratorzy wyznaczeni przez sąd, osoby niespokrewnione, byli pracownicy Domu).

Spośród 11 ubezwłasnowolnionych częściowo mieszkańców, na 31 grudnia 2021 r. i 2022 r., dla pięciu opiekunami byli członkowie rodziny, dla jednego – inna osoba i dla pięciu – pracownicy DPS. Na 31 grudnia 2023 r. dla czterech opiekunami prawnymi byli członkowie rodziny, dla sześciu – pracownicy DPS, a dla jednego była to inna osoba. Pełną zdolność do czynności prawnych na 31 grudnia lat 2021, 2022 i 2023 posiadało odpowiednio: 129, 130 i 128 mieszkańców.

(akta kontroli str. 94)

W latach 2021 – 2023 liczba zgonów mieszkańców Domu wyniosła odpowiednio: 12, 18 i 16 (łącznie 46 mieszkańców). Spośród zmarłych: w 2021 r. siedmiu zmarło w DPS, pięciu w szpitalu; w 2022 r. w DPS i szpitalu zmarło po dziewięć osób; w 2023 r. sześciu zmarło w DPS, a 10 w szpitalu.

W dniu zgonu zmarli mieszkańcy mieścili się w przedziałach wiekowych:

- w 2021 r. – 26 – 35 dwóch, 46 – 55, 56 – 65, 76 – 85 i powyżej 85 – po jednym mieszkańcu, 66 – 75 sześciu;
- w 2022 r. – 26 – 35 jeden, 46 – 55 dwóch, 56 – 65 pięciu, 66 – 75 sześciu, 76 – 85 czterech;
- w 2023 r. – 36 – 45, 56 – 65, 76 – 85 i powyżej 85 – po dwóch mieszkańców, 66 – 75 ośmiu mieszkańców.

Czas pobytu mieszkańców w DPS w dniu zgonu wynosił:

- poniżej roku – jeden mieszkaniec w 2021 r. i dwóch w 2023 r.;
- 1 – 2 lat jeden w 2021 r. i 2023 r. oraz czterech w 2022 r.;
- 3 – 5 lat jeden w 2021 r. i 2023 r. oraz dwóch w 2022 r.;
- powyżej 5 lat – dziewięciu w 2021 r., po 12 w 2022 r. i 2023 r.

W 2024 r. do 29 lutego nie zmarł żaden mieszkaniec Domu.

(akta kontroli str. 61, 71, 81, 93)

Ustalono, że Dom na 31 grudnia 2021 r., 2022 r. oraz 2023 r. zamieszkiwała większa liczba mieszkańców przewlekle psychicznie chorych niż ilość miejsc określona w Decyzji, tj. o 16 w 2021 r. i 2023 r. oraz o 17 w 2022 r. Dyrektor wyjaśnił, że (...) *Określenie w decyzji Wojewody Świętokrzyskiego znak: PS.II.9423.2.7.2011 z dnia 21 czerwca 2011 r. ilości miejsc dla osób przewlekle psychicznie chorych – 82 i niepełnosprawnych intelektualnie – 103 (pomimo faktycznego przebywania w Domu w chwili wydania decyzji większej liczby osób niepełnosprawnych intelektualnie) uwarunkowane było ilością miejsc w budynkach mieszkalnych tj. 18 miejsc w oddziale Nr 1 i 85 miejsc w budynku Nr IV, które przeznaczone były dla osób niepełnosprawnych. Pozostałe oddziały mieszkalne tj. Nr II i Nr III z miejscami odpowiednio 45 i 37 przeznaczone były dla osób przewlekle psychicznie chorych.*

Większa ilość osób przewlekle psychicznie chorych niż ilość miejsc określonych w decyzji Wojewody Świętokrzyskiego jest wynikiem zgonów osób niepełnosprawnych intelektualnie i brakiem skierowań osób z tą dysfunkcją przy jednoczesnym wzroście konieczności zapewnienia opieki osobom przewlekle psychicznie chorym. Zatrzymanie wolnych miejsc dla niepełnosprawnych

intelektualnie powodowałoby brak dochodów Domu i trudności w należyтым realizowaniu zadań nałożonych na placówkę.

(akta kontroli str. 6, 58-60, 67-70, 77-80, 87, 90, 269, 272)

Analiza wprowadzonych regulacji wewnętrznych wykazała zgodność z przepisami rozporządzenia w sprawie DPS oraz z wymogami art. 55 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁸ (dalej: ups) oraz, że nie ograniczały one praw mieszkańców.

W DPS obowiązywał regulamin organizacyjny (dalej: Regulamin), wprowadzony uchwałą Zarządu Powiatu w Kielcach⁹. Wskazano w nim m.in. organizację i zasady działania Domu. W §13 Regulaminu określono rodzaje usług świadczonych przez DPS oraz że ich zakres ustala się uwzględniając indywidualne potrzeby i możliwości psychofizyczne mieszkańca.

(akta kontroli str. 17-48)

Zarządzeniem Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach¹⁰ ustalono Regulamin Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach (dalej: Regulamin Domu), który określał organizację i działanie DPS oraz prawa i obowiązki jego mieszkańców.

(akta kontroli str. 49-57)

Zgodnie z informacjami zawartymi w § 3 Regulaminu oraz § 2 Regulaminu Domu, DPS przeznaczony był dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – 138 miejsc, oraz osób przewlekłe psychicznie chorych – 47 miejsc, co nie było spójne z warunkami określonymi w Decyzji. Dyrektor wyjaśnił, że konieczność zmiany Statutu Domu w związku z wydaniem w 2011 roku pozwolenia dla Powiatu Kieleckiego na prowadzenie Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach była kierowana wielokrotnie do Członka Zarządu Powiatu w Kielcach odpowiedzialnego za pomoc społeczną poprzedniej kadencji jak i kadencji obecnej. Niestety bezskutecznie. Ostatnią rozmowę w sprawie zmiany Statutu, wraz z przekazaniem propozycji jego zapisów przeprowadziłem w połowie 2023 r. Otrzymałem zapewnienie, że w najbliższym czasie przedstawiona propozycja zmian zostanie przeanalizowana i zostanie podjęta decyzja. Niestety, do dnia dzisiejszego decyzja nie została podjęta. W związku z kończącą się kadencją jest mało prawdopodobne uaktualnienie aktów prawnych dotyczących naszego Domu przez obecną Radę i Zarząd Powiatu Kieleckiego.

(akta kontroli str. 6, 19, 50, 269, 270, 273)

Zgodnie z Regulaminem, Domem kieruje Dyrektor, powołany przez Zarząd Powiatu w Kielcach. W skład struktury organizacyjnej Domu wchodzi:

- dział księgowości i administracji;
- dział podstawowych świadczeń opiekuńczo-medycznych i rehabilitacji;
- dział medyczny;
- dział terapeutyczno-socjalny;
- dział gospodarczy i obsługi technicznej;
- samodzielne stanowiska pracy, tj. radca prawny, inspektor ds. bhp i ppoż., starszy inspektor ds. osobowych pracowników, referent ds. socjalnych pracowników.

(akta kontroli str. 20-25)

Na potrzeby DPS opracowano i wdrożono szereg wewnętrznych procedur regulujących zasady funkcjonowania Domu. Były to m.in. procedury dotyczące:

⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 901, ze zm.

⁹ Uchwała Nr 26/105/03 Zarządu Powiatu w Kielcach z dnia 22 maja .2003 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu Organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach, zmieniona uchwałą Nr 122/239/04 z 31 grudnia 2004 r. oraz uchwałą Nr 182/247/05 z 15 grudnia 2005 r.

¹⁰ Zarządzenie Nr 17/2009 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 6 października 2009 r. w sprawie ustalenia Regulaminu Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach.

przyjęcia mieszkańca, nieobecności mieszkańca (okresowa nieobecność), samorządu mieszkańców, wypisu mieszkańca, odwiedzin i kontaktu z rodzinami, odwiedzin w szpitalu, palenia tytoniu i picia alkoholu, nieszczęśliwych zdarzeń, samowolnego oddalenia mieszkańca, żywienia, zgłaszania uszkodzeń, usterek i awarii, korzystania z pokoju hotelowo-gościnnego, godnego umierania i organizowania pochówku, skarg i zażaleń mieszkańców, transportu posiłków, higieny osobistej i utrzymania czystości, przyjmowania leków, pomocy osobie niebędącej mieszkańcem Domu, postępowania na wypadek znalezienia, posiadania i zażywania substancji odurzających (narkotyki, dopalacze, inne środki psychoaktywne), sposobu stosowania przymusu bezpośredniego oraz wytycznych dotyczących postępowania w przypadku popełnienia przez mieszkańca lub pracownika Domu przestępstwa oraz informacje dotyczące obrony koniecznej, zgłaszania wyjść mieszkańców poza teren Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach.

(akta kontroli str. 95)

Wewnętrzne procedury dotyczące: przyjęcia mieszkańca, nieobecności mieszkańca, samorządu mieszkańców, wypisu mieszkańców, odwiedzin mieszkańców oraz kontaktów z rodzinami, odwiedzin mieszkańców przebywających w szpitalu, palenia tytoniu i picia alkoholu, nieszczęśliwych zdarzeń i wypadków, postępowania w przypadku samowolnego oddalenia się mieszkańca, żywienia mieszkańców, korzystania z pokoju hotelowo – gościnnego, godnego umierania i organizowania pochówku, skarg i zażaleń mieszkańców, higieny osobistej i utrzymania czystości, przyjmowania leków przez mieszkańca, nie posiadały dokumentu wprowadzającego, czego skutkiem był brak możliwości rzetelnego określenia okresu od jakiego obowiązywały.

(akta kontroli str. 95-120, 123-127, 132-134)

Dyrektor wyjaśnił, że *Procedury nie posiadające dokumentu wprowadzającego tj. zarządzenia (oprócz korzystania z pokoju hotelowo – gościnnego) zostały wprowadzone i obowiązują od końca lat dziewięćdziesiątych tj. od czasu poprzedzającego objęcie przeze mnie stanowiska dyrektora Domu tj. 1 sierpnia 2011 r. Nie potrafię wskazać przyczyny braku do nich zarządzeń. Z uwagi na to, że nie wymagały modyfikacji nie były przeze mnie zmieniane, co wiązałoby się wydaniem zarządzenia.*

(akta kontroli str. 438, 442)

NIK zwraca uwagę, że nierzetelne prowadzenie dokumentacji wewnętrznej (brak dokumentów wprowadzających część procedur) może skutkować nieprzejrzystością zadań dla pracowników. Zgodnie ze standardem kontroli zarządczej nr 2 *Kompetencje zawodowe* (części A *Środowisko wewnętrzne*), określonym w załączniku do komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych należy zapewnić efektywne mechanizmy przekazywania ważnych informacji w obrębie struktury organizacyjnej jednostki oraz w obrębie działu administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego.

Zarządzeniami Dyrektora wprowadzono ewidencję odwiedzin mieszkańców Domu przebywających w placówkach leczniczych przez pracowników DPS¹¹ oraz określono zasady udziału mieszkańców w imprezach turystycznych, kulturalnych i sportowych¹².

¹¹ Zarządzenie Nr 15/2015 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 5 listopada 2015 r. w sprawie wprowadzenia ewidencji odwiedzin mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach przebywających w placówkach leczniczych przez pracowników DPS.

¹² Zarządzenie Nr 15/2010 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 27 października 2010 r. w sprawie zasad udziału mieszkańców DPS w imprezach turystycznych, kulturalnych i sportowych.

(akta kontroli str. 95, 145-148)

W Domu opracowano instrukcję postępowania z depozytami wartościowymi¹³, w której określono zasady: przechowywania przedmiotów wartościowych, zabezpieczania środków pieniężnych poprzez dokonywania wpłat na depozyt gotówkowy, dotyczące depozytu osób ubezwłasnowolnionych, tryb postępowania z depozytem po śmierci mieszkańca oraz likwidacji niepodjętego depozytu, co szerzej opisano w drugim obszarze wystąpienia.

(akta kontroli str. 95, 215-242)

Rodzaj kar za naruszenie zasad ustalonych w DPS określony został w Regulaminie Domu. Wskazano w nim, że mieszkaniec który naruszył przepisy tego Regulaminu może zostać upomniany przez Radę Mieszkańców. W przypadku mieszkańca rażąco naruszającego powyższe przepisy Dyrektor w porozumieniu z Radą Mieszkańców mógł: ukarać mieszkańca naganą, przenieść mieszkańca na inny oddział, wystąpić do Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach o przeniesienie do innego Domu lub skierowanie pod opiekę rodziny. W Regulaminie Domu nie określono zasad i sposobu dokumentowania kar. Dyrektor wyjaśnił, że *Obowiązujący Regulamin (...) jest dokumentem przestarzałym, wymagającym zmian i uaktualnienia, które możliwe będą dopiero po wprowadzeniu nowego Statutu i Regulaminu Organizacyjnego, gdyż na podstawie tych dokumentów tworzy się Regulamin Domu. Ewidentnie nieprzemyślanym i niemożliwym do zastosowania jest zapis poprzedniego Dyrektora Domu o skierowanie podopiecznego pod opiekę rodziny. W nowym regulaminie, ewentualne udzielenie mieszkańcowi nagany lub przeniesienie go na inny oddział będzie miało formę dokumentu, w którym opisane zostaną „przewinienia” mieszkańca i rodzaj zastosowanej kary. Mieszkaniec przyjmując karę będzie składał swój podpis na przygotowanym dokumencie. W okresie objętym kontrolą w Domu nie stosowano kar.*

(akta kontroli str. 49-57, 436-445, 860-867, 1044)

Zarządzeniem Dyrektora¹⁴ wprowadzono *Rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach*, który zawierał elementy wskazane w art. 55c ust. 3 ups oraz *Procedurę dokonywania zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących Mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach*, w której określono organizację przyjmowania i weryfikacji zgłoszeń, podejmowania działań następczych oraz związanego z tym przetwarzania danych osobowych.

(akta kontroli str. 95, 149-151)

W Domu opracowano procedurę dotyczącą higieny osobistej mieszkańców i utrzymania czystości w pomieszczeniach. Określono w niej zasady m.in. zmiany bielizny pościelowej, kąpieli, strzyżenia i golenia mieszkańców oraz utrzymania czystości w pomieszczeniach uwzględniające miejsca i sposób realizacji.

(akta kontroli str. 132, 133)

Wpisy w zakresie prowadzonych zabiegów pielęgnacyjnych, wymiany pościeli i ręczników oraz częstotliwości realizacji dokonywane były w *Książce Gabinetu Zabiegowego* (dla każdego oddziału oddzielnie).

(akta kontroli str. 878-931)

¹³ Zarządzenie Nr 8/2017 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 8 sierpnia 2017 r. w sprawie instrukcji postępowania z depozytami wartościowymi w Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach.

¹⁴ Zarządzenie Nr 14/2023 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 28 grudnia 2023 r. w sprawie wprowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach (wejście w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.)

W DPS opracowano tygodniowy plan pracy pokojowych, w którym wyszczególniono jakie pomieszczenia podlegają sprzątanii, w jakim zakresie oraz z jaką częstotliwością. W Domu poza *Rejestrem Prac Porządkowych w Kuchence*, dla której sporządzono harmonogram prac porządkowych, nie prowadzono rejestrów prac porządkowych dla innych pomieszczeń. Kierownik Zespołu Pielęgniarek wyjaśniła, że *Utrzymanie czystości (...) realizowane jest w oparciu o Tygodniowy Plan Pracy Pokojowych, określający częstotliwość prac. (...) W Domu prowadzony jest tylko rejestr prac porządkowych w kuchenkach oddziałowych zgodnie z wytycznymi HCCP. Dla pozostałych pomieszczeń rejestr nie jest prowadzony. W toku dotychczas przeprowadzonych kontroli przez instytucje zewnętrzne w tym Sanepid, nie mieliśmy zaleceń założenia rejestru. Wykonywanie zadań wynikających z planu pracy pokojowych nadzoruje w codziennej pracy kierownik sekcji.*

(akta kontroli str. 270, 273, 275, 962-967)

W związku z epidemią COVID-19, w dniu 12 marca 2020 r. wprowadzono ograniczenia¹⁵: kontaktów z osobami z zewnątrz, w zakresie odwiedzin mieszkańców, wyjść mieszkańców poza teren Domu oraz w zakresie konsultacji w poradniach i szpitalach. Zgodnie z przekazywanymi przez Wojewodę Świętokrzyskiego wytycznymi Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej¹⁶, Dyrektor wprowadził instrukcje i wytyczne regulujące funkcjonowanie Domu w czasie pandemii. W ww. dokumentacji określono zasady działania jakie należało podejmować w Domu w celu minimalizowania możliwości występowania i rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, zasady postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia u mieszkańców jak i personelu oraz w przypadku stwierdzenia zakażeń.

(akta kontroli str. 155-166)

Zarządzeniem z 30 marca 2020 r.¹⁷, Dyrektor w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 wprowadził ograniczenia w zakresie świadczenia pracy przez pracowników zatrudnionych w Domu w innych instytucjach, zakładach i placówkach. Dyrektor na bieżąco wprowadzał kolejne instrukcje i procedury poprawiające bezpieczeństwo mieszkańców i pracowników w czasie epidemii (procedura transportu posiłków, procedura postępowania z odpadami, instrukcja badania temperatury ciała pracowników oraz kontrahentów).

(akta kontroli str. 167-172)

Mając na uwadze możliwość zwiększenia zachorowalności na COVID-19, w piśmie z 28 maja 2020 r.¹⁸, Dyrektor zobowiązał pracowników do bezwzględnej przestrzegania wydanych w DPS zarządzeń i wprowadzonych procedur, które w szczególności dotyczyły całkowitego uniemożliwienia mieszkańcom Domu kontaktu z osobami z zewnątrz, badania temperatury oraz obserwacji pracowników i kontrahentów. Pismem z 3 sierpnia 2020 r.¹⁹ Dyrektor wprowadził nakaz zamykania w dni powszednie po godzinie 15.00, w soboty, niedziele i święta przez całą dobę furtki oraz bramy prowadzącej na teren DPS.

(akta kontroli str. 172, 174)

Dyrektor na bieżąco reagował na stabilizującą się sytuację epidemiczną wprowadzając stopniowe zmniejszanie obostrzeń. Zarządzeniem z 25 lutego

¹⁵ Zarządzenie Nr 3/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie wprowadzenia ograniczenia kontaktów zewnętrznych w DPS.

¹⁶ Rekomendacje z 2 marca 2020 r., 26 marca 2020 r. i 30 marca 2020 r.

¹⁷ Zarządzenie Nr 8/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 30 marca 2020 r. w sprawie wprowadzenia ograniczenia świadczenia pracy przez pracowników zatrudnionych w Domu Pomocy społecznej w Łagiewnikach winnych instytucjach, zakładach i placówkach w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.

¹⁸ Pismo Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach znak: DPS.DN.0710.4.2020 z dnia 28 maja 2020 r.

¹⁹ Pismo Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach znak: DPS.DN.0710.7.2020 z dnia 3 sierpnia 2020 r.

2021 r.²⁰, obowiązującym od 1 marca 2021 r., wprowadził regulamin odwiedzin mieszkańców Domu, w którym m.in. określono dopuszczalną liczbę osób odwiedzających oraz wskazano, że odwiedziny odbywają się każdego dnia w wyznaczonych godzinach, a także regulamin wypłat pieniędzy z kont depozytowych, wyjść mieszkańców Domu do sklepów we wsi Łagiewniki i dokonywania zakupów w okresie zagrożenia zachorowania na COVID-19, który umożliwiał mieszkańcom, po wcześniejszym zgłoszeniu lub uzyskaniu zgody swobodne udanie się do sklepu.

(akta kontroli str. 181-185)

Zarządzeniem Nr 8/2021²¹, Dyrektor wprowadził procedurę dotyczącą urlopów i przepustek mieszkańców w okresie występowania zakażeń koronawirusem. Dopuszczono w niej możliwość okresowego przebywania poza placówką mieszkańców, którzy przyjęli dwie dawki szczepionki przeciwko COVID-19, a także określono tryb postępowania wobec mieszkańców powracających z urlopów.

(akta kontroli str. 186-192, 199-205)

W związku ze zwiększoną liczbą zachorowań, Dyrektor po raz kolejny wprowadził obostrzenia, obowiązujące od 5 listopada 2021 r., dotyczące ograniczenia kontaktów z osobami z zewnątrz, zakazu odwiedzin, wyjść i wyjazdów mieszkańców, oraz w zakresie konsultacji w poradniach i szpitalach²².

(akta kontroli str. 194)

Uwzględniając łagodzenie zasad bezpieczeństwa, od 1 kwietnia 2022 r. Dyrektor umożliwił odwiedziny mieszkańców w pokoju odwiedzin, po wcześniejszym umówieniu daty i godziny, z dopuszczeniem odbycia odwiedzin na terenie otwartym poza terenem Domu, wyjście mieszkańców do sklepu znajdującego się na terenie Łagiewnik oraz wyjazdy mieszkańców na urlopy²³.

(akta kontroli str. 196)

Od 12 kwietnia 2022 r.²⁴ umożliwiono mieszkańcom wychodzenie poza teren DPS oraz wyjazd na urlop bez ograniczeń, oraz zobowiązano w trakcie nieobecności do przestrzegania obowiązującego reżimu sanitarnego.

(akta kontroli str. 197, 198)

W okresie objętym kontrolą Dom spełniał warunki efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających, określone w § 6 ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie DPS, tj. zatrudniał w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców oraz zapewnił kontakt z psychologiem i psychiatrą. W DPS w latach 2021 – 2023, zatrudnionych było w pełnym wymiarze czasu pracy czterech pracowników socjalnych.

(akta kontroli str. 66, 76, 86, 208-214, 277-314, 333, 344)

W okresie objętym kontrolą w Domu zatrudniony był psycholog w ramach umowy o pracę w wymiarze 1/2 etatu, średnio 20 godzin tygodniowo²⁵.

²⁰ Zarządzenie Nr 7/2021 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie wprowadzenia niżej wymienionych regulaminów w Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach.

²¹ Zarządzenie Nr 8/2021 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 17 maja 2021 r. w sprawie wprowadzenia procedury dotyczącej urlopów i przepustek mieszkańców DPS w Łagiewnikach w okresie występowania zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 i zachorowań na wywołaną przez niego chorobę COVID-19.

²² Zarządzenie Nr 19/2021 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 4 listopada 2021 r. w sprawie wprowadzenia ograniczeń kontaktów zewnętrznych w DPS.

²³ Zarządzenie Nr 7/2022 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 22 marca 2022 r. w sprawie zmian w ograniczeniach kontaktów zewnętrznych w DPS.

²⁴ Zarządzenie Nr 9/2022 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 17 kwietnia 2022 r. w sprawie zmian w ograniczeniach kontaktów zewnętrznych w DPS.

²⁵ Do jego obowiązków należało m.in. udzielanie pomocy psychologicznej mieszkańcom, organizowanie i prowadzenie terapii indywidualnej i grupowych, zajęć w zakresie psychoedukacji, spotkań społeczności Domu, prowadzenie diagnozy psychologicznej oraz wydawanie opinii i orzeczeń z tym związanych, współpraca z pracownikami socjalnymi w zakresie diagnozy

(akta kontroli str. 206-214, 333, 344)

Mieszkańcy Domu mieli zapewniony kontakt z lekarzem specjalistą psychiatrii, z którym DPS zawarł umowy cywilnoprawne²⁶. Przedmiotem umów było udzielanie specjalistycznych konsultacji psychiatrycznych, przeprowadzanie okresowych badań stanu psychiatrycznego mieszkańców, prowadzenie historii choroby, wypisywanie recept na leki psychotropowe, zlecenie specjalistycznych analiz laboratoryjnych, wydawanie zaleceń i nadzór nad średnim personelem medycznym w zakresie opieki psychiatrycznej, wydawanie opinii uzasadniających konieczność pobytu mieszkańca w DPS, wydawanie zaświadczeń lekarskich mieszkańcom placówki. Zgodnie z warunkami zawartych umów czynności będące ich przedmiotem winny być wykonywane w siedzibie Domu z częstotliwością jeden raz w tygodniu.

(akta kontroli str. 308-314)

Na 31 grudnia 2021 r. i 2022 r. w Domu zatrudniano 131 pracowników (nieetatowi – sześciu, etatowi – 125, w tym: w pełnym wymiarze czasu pracy – 123, w niepełnym wymiarze czasu pracy – dwóch), na 31 grudnia 2023 r. – 132 pracowników (nieetatowi – pięciu, etatowi – 127, w tym: w pełnym wymiarze czasu pracy 124, w niepełnym wymiarze czasu pracy – trzech).

Wśród sześciu nieetatowych pracowników, wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych – dwóch to lekarze, dwie pielęgniarki, jeden radca prawny i jeden kapelan, natomiast wśród pięciu zatrudnionych na 31 grudnia 2023 r. – dwóch to lekarze, jedna pielęgniarka, jeden radca prawny oraz jeden kapelan.

(akta kontroli str. 65, 66, 75, 76, 85, 86, 344)

Wielkość i struktura zatrudnienia w DPS w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- na 31 grudnia 2021 r. spośród 131 zatrudnionych, 38 to pracownicy zapewniający usługi bytowe w tym: kierujący jednostkami organizacyjnymi – dwóch, administracji – siedmiu, gospodarczy i obsługi – 29, a 93 to pracownicy zapewniający usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające, w tym: lekarz – dwóch, pielęgniarki – 12, pracownicy socjalni – czterech, rehabilitanci i terapeuci – po trzech, opiekunowie – 31, pozostali pracownicy – 38 (pokojowi – 34, psycholog, instruktor kulturalno-oświatowy, fryzjer, kapelan – po jeden);
- na 31 grudnia 2022 r. spośród 131 zatrudnionych, 36 to pracownicy zapewniający usługi bytowe w tym: kierujący jednostkami organizacyjnymi – jeden, administracji – sześciu, gospodarczy i obsługi – 28, a 95 to pracownicy zapewniający usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające, w tym: lekarz – dwóch, pielęgniarki – 12, pracownicy socjalni – czterech, rehabilitanci i terapeuci – po trzech, opiekunowie – 34, pozostali pracownicy – 37 (pokojowi – 32, fryzjer – dwóch, psycholog, instruktor kulturalno-oświatowy, kapelan – po jeden);
- na 31 grudnia 2023 r. spośród 132 zatrudnionych, 36 to pracownicy zapewniający usługi bytowe w tym: kierujący jednostkami organizacyjnymi – jeden, administracji – siedmiu, gospodarczy i obsługi – 28 oraz 96 to pracownicy zapewniający usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające, w tym: lekarz – dwóch, pielęgniarki – 12, pracownicy socjalni – czterech, rehabilitanci i terapeuci – po trzech, opiekunowie – 34, pozostali pracownicy – 38 (pokojowi – 33, fryzjer – dwóch, psycholog, instruktor kulturalno-oświatowy, kapelan – po jeden).

(akta kontroli str. 65, 66, 75, 76, 85, 86, 344)

problemów społecznych i skuteczne ich rozwiązywanie, mobilizowanie i zachęcanie mieszkańców do kontaktów z rodziną, udział w pracy zespołu rehabilitacyjnego i współtworzenie indywidualnych planów opieki, prowadzenie badań psychologicznych nowo przyjętych mieszkańców, oddziaływanie na mieszkańców w zakresie kształtowania prawidłowych postaw stosunków międzyludzkich, wykonywanie obowiązków wynikających z pełnienia funkcji osoby pierwszego kontaktu.

²⁶ Umowy zlecenia w zakresie sprawowania opieki psychiatrycznej nad mieszkańcami DPS – umowa z 1 października 2020 r. i 1 października 2021 r. wraz z aneksem.

W skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego wchodził:

- na 31 grudnia 2021 r. 92 osoby, w tym 88 pracowników zapewniających usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające oraz czterech pracowników pełniących funkcję pracownika pierwszego kontaktu zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych lub obsługi tj. zastępca głównego księgowego, kierownik działu gospodarczego i obsługi technicznej, starszy referent administracyjny i jeden pracownik gospodarczy;
- na 31 grudnia 2022 r. 95 osób, w tym 90 zapewniających usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające oraz pięciu pełniących funkcję pracownika pierwszego kontaktu zatrudnionych na stanowiskach: zastępca głównego księgowego, kierownik działu gospodarczego i obsługi technicznej, starszy referent administracyjny, pracownik gospodarczy i kasjer;
- na 31 grudnia 2023 r. 97 osób, w tym 92 zapewniających usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające oraz pięciu pełniących funkcję pracownika pierwszego kontaktu zatrudnionych na stanowiskach: kierownik działu gospodarczego i obsługi technicznej, starszy referent administracyjny, pracownik gospodarczy, kasjer oraz magazynier.

Na 1 marca 2024 r. skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego nie uległ zmianie.

(akta kontroli str. 66, 76, 86, 333-342, 344)

Dwoje pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego zatrudnionych na stanowisku pracy – fryzjer, w zakresach czynności służbowych nie miało wskazanych obowiązków pełnienia funkcji pracownika pierwszego kontaktu, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 331-335, 339-340)

Pracownicy zatrudnieni na stanowiskach administracyjnych lub obsługi i równocześnie pełniący funkcję pracownika pierwszego kontaktu oraz będący w składzie zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w zakresach czynności służbowych mieli wskazane m.in. pełnienie obowiązków pracownika pierwszego kontaktu, lecz nie określono wymiaru czasu w jakim koordynują działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca Domu. Dyrektor wyjaśnił, że *Dokładne ustalenie wymiaru czasu pracy pracowników zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych i obsługi tj. zastępca głównego księgowego, kierownik działu gospodarczego i obsługi technicznej, starszy referent administracyjny, pracownik gospodarczy, kasjer oraz magazynier, z uwagi na to, że nie prowadzone są rejestry wykonywanych przez nich czynności związanych z koordynacją działań wynikających z indywidualnych planów wsparcia jest trudne do wskazania. Podczas wykonania swoich obowiązków pracownicy dostępni są dla podopiecznych i pomagają im w załatwianiu ich spraw. Bardzo często załatwiają sprawy mieszkańców w czasie wolnym od pracy. Wymiar czasu określamy na 10 godzin tygodniowo co stanowi 25% tygodniowego czasu pracy.*

(akta kontroli str. 315-330, 334-342, 421, 422, 424)

Dom nie spełniał wymogu określonego w § 6 ust. 2 pkt 3 lit. c i d rozporządzenia w sprawie DPS dotyczącego wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W latach 2021 – 2023 na rzecz Domu świadczeń nie wykonywali wolontariusze, stażyści, praktykanci czy osoby odbywający służbę zastępczą.

(akta kontroli str. 92, 333)

W toku oględzin terenu, budynków i pomieszczeń DPS przeprowadzonych 14 marca 2024 r. ustalono, że Dom spełniał warunki w zakresie usług bytowych określone

w § 6 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DPS. Dom składał się z czterech wielokondygnacyjnych budynków mieszkalnych (oddziały I – IV). Budynki i ich otoczenie nie miały barier architektonicznych, we wszystkich budynkach zainstalowane były sprawne i dostępne windy dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Każdy z budynków wyposażono w sprawne systemy przyzywowo-alarmowe.

(akta kontroli str. 249-268)

Dom wyposażono w system sygnalizacji pożarowej, który do dnia oględzin nie został poddany kontroli przestrzegania przepisów przeciwpożarowych przez właściwą komendę państwowej straży pożarnej.

(akta kontroli str. 350-388)

W wyniku czynności kontrolno-rozpoznawczych²⁷ Komedy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej w Kielcach w zakresie przestrzegania przepisów pożarowych oraz oceny zgodności z wymaganiami ochrony przeciwpożarowej systemu sygnalizacji pożarowej w Domu, przeprowadzonych na zlecenie NIK, nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 389-398)

W Domu umieszczone były tablice ogłoszeń zawierająca m.in. informacje wskazane w § 6 ust. 1 pkt 1a rozporządzenia w sprawie DPS, dotyczące: typu Domu, nazwy podmiotu prowadzącego Dom, numeru w rejestrze domów pomocy społecznej, numerów alarmowych, danych teleadresowych organów właściwych miejscowo instytucji i organizacji działających w zakresie wolności i praw człowieka oraz instytucji kontrolnych. W Domu znajdowały się pomieszczenia wskazane w § 6 ust. 1 pkt 2, tj. pokoje mieszkalne jednoosobowe i wieloosobowe, pokoje dziennego pobytu, jadalnie, gabinety przedmedycznej pomocy doraźnej, pomieszczenia do terapii i rehabilitacji, pomieszczenia stanowiące kuchenki pomocnicze, pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia, palarnie (zlokalizowane w każdym budynku mieszkalnym jako wyodrębnione wentylowane pomieszczenie), pokój gościnny, kaplica oraz inne pomieszczenia techniczne służące jako magazynki, pomieszczenia socjalne itp.

(akta kontroli str. 249-268)

Ogółem DPS dysponował 72 pokojami mieszkalnymi (10 jednoosobowych, 15 dwuosobowych, 43 trzyosobowe i cztery czteroosobowe). Wszystkie spełniały wymogi dotyczące powierzchni przypadającej na mieszkańca, zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie DPS i posiadały odpowiednie wyposażenie uwzględniające liczbę zamieszkałych osób.

(akta kontroli str. 243-250)

Łazienki i toalety zlokalizowano w każdym pokoju lub bezpośrednio przy wejściu do pokoju w przypadku pokoi typu studio. Dodatkowe toalety znajdowały się również na korytarzach. Łazienki i toalety przystosowane były do potrzeb osób niepełnosprawnych (m.in. poręcze, prysznice bez progów, krzesła prysznicowe dla osób niepełnosprawnych ruchowo). Przy prysznicach znajdowały się parawany.

(akta kontroli str. 249-268)

Szczegółowym oględzinom poddano trzy losowo wybrane pomieszczenia mieszkalne (dwa trzyosobowe przeznaczone dla osób poruszających się samodzielnie i jedno czteroosobowe przeznaczone dla osób z ograniczonymi możliwościami poruszania). Liczba osób zamieszkujących poszczególne pokoje była zgodna z ich wielkością (powierzchnia pokoi wynosiła 19 m² i 21,1 m² dla pokoi trzyosobowych oraz 26 m² dla

²⁷ Przeprowadzonych w dniach 11 – 12 kwietnia 2024 r.

(akta kontroli str. 243-268)

(akta kontroli str. 57, 251, 261, 345-349)

(akta kontroli str. 251, 257-259)

(akta kontroli str. 249-268, 270, 273)

(akta kontroli str. 249-268, 429-435)

13

zapisów *Książki Gabinetu Zabiegowego Oddziału IV* z listopada 2023 r. wykazała, że wymianę ręczników odnotowano zgodnie z wymogami § 6 ust. 1 pkt 8 lit. b rozporządzenia w sprawie DPS, nie rzadziej niż raz na tydzień. Ewidencja wymiany pościeli była prowadzona nierzetelnie, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 132, 878, 879)

W okresie objętym kontrolą, Dyrektor organizował szkolenia na temat praw mieszkańców Domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej oraz z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, w których uczestniczyli pracownicy zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Szkolenia realizowane były zgodnie z harmonogramami na dany rok przez pracowników Domu (szkolenia wewnętrzne) oraz przez podmioty zewnętrzne²⁹.

(akta kontroli str. 418, 420, 452-556)

Szczegółowej analizie poddano akta 20 pracowników tworzących zespół terapeutyczno-opiekuńczy³⁰. Wszyscy ci pracownicy posiadali doświadczenie w pracy w DPS (podjęcie pracy w Domu przed okresem objętym kontrolą). Ustalono, że 19 z nich ukończyło szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a jeden pracownik nie ukończył ww. szkolenia. Ponadto, 13 z nich nie uczestniczyło co najmniej raz na dwa lata w organizowanych przez Dyrektora szkoleniach, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Dyrektor wyjaśnił, że (...) J. Z. w terminie 2 tygodni zostanie przeszkolona z zakresu udzielania pierwszej pomocy, a wszyscy pracownicy będący osobami pierwszego kontaktu nie posiadający stosownych szkoleń zostaną do końca października 2024 r. przeszkoleni zgodnie z wymaganiami.

(akta kontroli str. 402, 408, 550-556)

Pracownicy zespołu terapeutyczno-opiekuńczego zatrudnieni na stanowiskach administracyjnych lub obsługi posiadali doświadczenie zawodowe związane z pracą w DPS na stanowiskach m.in. opiekun, pokojowy.

(akta kontroli str. 555, 556)

W ramach funkcjonującej w DPS kontroli zarządczej³¹, formułowano cele, określano mierniki stopnia ich realizacji oraz monitorowano ich osiągnięcie. Jednak stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wskazują, że Dyrektor nie zapewnił wystarczających mechanizmów kontroli zarządczej w celu weryfikowania zapewnienia przestrzegania praw mieszkańców.

(akta kontroli str. 557-670, 672, 673, 675-680, 685-695, 702, 705-708, 713-721, 723-727, 731-735, 737-751, 754-762)

²⁹ Tematyka obejmowała m.in.: zachowanie agresywne w chorobach otępiennych, jakość usług w Domu Pomocy Społecznej, prawa mieszkańców DPS, leczenie usprawniające w opiece długoterminowej, zaburzenia psychiczne w podeszłym wieku, obniżony nastrój i apatia mieszkańca, seksualność i intymność mieszkańców ośrodka wsparcia długoterminowego, poznać, zrozumieć, wesprzeć – psychologiczne podstawy organizacji życia osób niepełnosprawnych intelektualnie w DPS, wybrane metody terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną i demencją.

³⁰ Starszy instruktor terapii zajęciowej, technik fizjoterapii, instruktor kulturalno-oświatowy, starszy referent administracyjny, pracownik gospodarczy, kasjer, magazynier magazynu żywnościowego, dwóch pracowników socjalnych, dwóch opiekunów, dwóch fryzjerów, trzy pielęgniarki, czterech pokojowych.

³¹ Zarządzenie Nr 19/2010 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 29 grudnia 2010 r. w sprawie ustalenia Regulaminu Kontroli zarządczej, Zarządzenie Nr 3/2012 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 27 lutego 2012 r. w sprawie wprowadzenia aneksu nr 1/2012 z dnia 27 lutego 2012 r. do regulaminu kontroli zarządczej, Zarządzenie Nr 180/2022 Starosty Kieleckiego z dnia 14 listopada 2022 r. w sprawie ustalenia zasad funkcjonowania, metod monitorowania i oceny systemu kontroli zarządczej w Starostwie Powiatowym w Kielcach i w jednostkach organizacyjnych Powiatu Kieleckiego, Zarządzenie Nr 196/2023 Starosty Kieleckiego z dnia 31 października 2023 r. w sprawie ustalenia zasad funkcjonowania, metod monitorowania i oceny systemu kontroli zarządczej w Starostwie Powiatowym w Kielcach i w jednostkach organizacyjnych Powiatu Kieleckiego, Zarządzenie Nr 3/2024 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 14 lutego 2024 r. w sprawie ustalenia zasad funkcjonowania oraz metod monitorowania i oceny systemu kontroli zarządczej w Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach.

Określone w latach objętych kontrolą cele dotyczyły:

- 2021 r. – zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2, realizacji zamówień publicznych do kwoty 130 tys. zł, realizacji zamówień publicznych powyżej 130 tys. zł a poniżej progów unijnych;
- 2022 r. – zapewnienie nadzoru i kontroli warunków pracy oraz przestrzeganie zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej, udzielanie zamówień publicznych zgodnie z prawem, w sposób efektywny, oszczędny i terminowy, podniesienie jakości świadczonych usług poprzez organizację imprez integracyjnych;
- 2023 r. – zapewnienie jakości świadczonych usług przez DPS, rozwój infrastruktury DPS, zapewnienie prawidłowej obsługi finansowo-księgowej DPS;
- 2024 r. – zapewnienie jakości usług świadczonych przez DPS, udzielanie zamówień publicznych zgodnie z prawem, w sposób efektywny, oszczędny i terminowy, zapewnienie prawidłowej obsługi finansowo-księgowej w DPS, zapewnienie nadzoru i kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej.

(akta kontroli str. 670, 672-674, 679, 680, 683-687, 689-691, 713-715, 737-741)

Sformułowane na 2021 r. i 2022 r. cele nie odnosiły się do misji Domu w obszarze prawidłowości udzielanego wsparcia mieszkańcom i naruszania ich praw, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 670, 672-674, 679, 680, 683-687, 689-691)

Założone na latach 2023 – 2024 cele dotyczyły zapewnienia jakości świadczonych usług przez DPS, gdzie jako zadanie służące ich realizacji, określono wykonywanie zadań zgodnie ze standardami świadczonych usług w zakresie: bytowym, opiekuńczym i wspomagającym.

Zidentyfikowane ryzyka w ramach powyższego celu to:

- konflikty w relacjach między pracownikami i mieszkańcami;
- nierówne traktowanie mieszkańców w związku z wykonywanymi zadaniami niezależnie od powodu;
- molestowanie mieszkańca w związku z wykonywanymi zadaniami, polegające na naruszaniu godności, poniżeniu lub upokorzeniu;
- naruszenie zasad współżycia społecznego.

W DPS ww. ryzyka zostały ocenione jako akceptowalne (ryzyka nieznaczne), dla których zaplanowanie działań w celu ich obniżenia – planowanie minimalizacji, nie było wymagane. W oświadczeniu o stanie kontroli zarządczej za 2023 r. wskazano, że kontrola zarządcza w wystarczającym stopniu zapewniła funkcjonowanie elementów m.in.:

- środowisko wewnętrzne – przestrzeganie wartości etycznych (poprzez promowanie zachowań etycznych), kompetencje zawodowe (poprzez realizację zidentyfikowanych potrzeb szkoleniowych);
- cele i zarządzanie ryzykiem – realizacja celów i misji Domu w codziennej pracy placówki, określenie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji, identyfikacja ryzyka, analiza ryzyka, reakcja na ryzyko.

(akta kontroli str. 599-603, 640-645, 713-715, 737-741, 754-759)

W okresie objętym kontrolą w DPS przeprowadzono 11 kontroli dotyczących warunków lub przestrzegania praw mieszkańców, w tym kontrolę Państwowej Straży Pożarnej na zlecenie NIK. W wyniku kontroli sędziego Sądu Rejonowego w Busku – Zdroju (trzy) dotyczących legalności przyjmowania i przebywania w DPS osób z zaburzeniami psychicznymi oraz warunków w jakich te osoby przebywają, Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach w zakresie zatrudnienia,

wyżywienia, samorządu mieszkańców, rehabilitacji, opieki pielęgniarstwa (trzy) i Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kielcach spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych nie wydawano zaleceń.

W następstwie kontroli Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach dotyczącej standardów usług na rzecz mieszkańców dotyczących potrzeb bytowych, opiekuńczych, wspomagających i spełnienia wskaźnika pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego wydano jedno zalecenie.

(akta kontroli str. 392-396, 768-850)

Zalecenie dotyczyło podjęcia działania mającego na celu stopniowe, w miarę możliwości, eliminowanie z udziału w zespole terapeutyczno-opiekuńczym pracowników na stanowiskach niezwiązanych z bezpośrednią opieką nad mieszkańcami, a w związku z tym stopniowe zwiększenie zatrudnienia pracowników bezpośredniej opieki. W odpowiedzi na zalecenie pokontrolne³² Dyrektor poinformował, (...) że w miarę posiadanych środków finansowych podejmie niezbędne działania w celu zwiększenia zatrudnienia pracowników bezpośredniej opieki wchodzących w skład terapeutyczno-opiekuńczego (...).

(akta kontroli str. 769, 793-807)

Dyrektor wyjaśnił: *W celu wyeliminowania z udziału w zespole terapeutyczno-opiekuńczym pracowników na stanowiskach niezwiązanych z bezpośrednią opieką nad mieszkańcami i osiągnięcia wymaganego przepisami wskaźnika zatrudnienia 0,5 konieczne jest zatrudnienie 3 osób na stanowisku opiekun w pełnym wymiarze czasu pracy. Placówka dysponuje określonym budżetem, który nie pozwalał i nadal nie pozwala na zatrudnienie nowych pracowników z uwagi na koszty zatrudnienia. Roczny koszt zatrudnienia 3 pracowników stanowi kwotę ok. 250 000,00 zł.*

(akta kontroli str. 851, 852, 854)

W latach 2021 – 2024 mieszkańcy Domu nie składali skarg i wniosków oraz nie odnotowano informacji nt. nieprzestrzegania praw mieszkańców Domu w protokołach zebrań Rady Mieszkańców. Analizą objęto również książki korespondencji przychodzącej i wychodzącej. Nie stwierdzono dokumentów wskazujących na składanie skarg lub wniosków.

(akta kontroli str. 855-867)

W okresie objętym kontrolą do Wojewody Świętokrzyskiego, Starosty Kieleckiego oraz do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach nie wpłynęły żadne skargi dotyczące funkcjonowania Domu.

(akta kontroli str. 870, 873, 876)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Dwóm pracownikom zespołu terapeutyczno-opiekuńczego zatrudnionym na stanowisku pracy – fryzjer, w zakresach czynności Dyrektor nie przypisał obowiązków pełnienia funkcji pracownika pierwszego kontaktu, pomimo realizacji tych zadań oraz wliczania tych osób do wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego.

(akta kontroli str. 331-335, 339-340)

Zgodnie ze standardem kontroli zarządczej nr 3 *Struktura organizacyjna* (części A *Środowisko wewnętrzne*), określonym w załączniku do komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej³³ dla sektora finansów publicznych, (...) aktualny zakres obowiązków, uprawnień

³² Pismo znak: DPS.DN.0810.1.2022 z 25 maja 2022 r..

³³ Dz. Urz. Min. Fin. Nr 15, poz. 84.

i odpowiedzialności powinien być określony dla każdego pracownika. Ponadto w standardzie kontroli zarządczej nr 6 *Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji* (części B *Cele i zarządzanie ryzykiem*) wskazano, że należy zadbać, aby określając cele i zadania wskazać także jednostki, komórki organizacyjne lub osoby odpowiedzialne bezpośrednio za ich wykonanie oraz zasoby przeznaczone do ich realizacji.

Dyrektor wyjaśnił, że *Brak zapisu w zakresach czynności był niestety niedopatrzeniem, które w stosunku do A. W. zostało usunięte w dniu 5 kwietnia 2024 r. poprzez uzupełnienie i przyjęcie nowego zakresu czynności. W stosunku do J. W. zostanie to skorygowane w ten sam sposób po jej powrocie z urlopu wychowawczego, na którym przebywa od 27.01.2024 r. do nadal.*

(akta kontroli str. 402, 407, 408)

2. Dyrektor DPS nie zapewnił osiągnięcia wymaganego wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na jednego mieszkańca, czym naruszono § 6 ust. 2 pkt 3 lit. c i d rozporządzenia w sprawie DPS. Zgodnie z tym przepisem, wskaźnik ten, w Domu przeznaczonym dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, powinien wynosić nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca.

(akta kontroli str. 333)

Faktycznie wskaźnik wynosił odpowiednio 0,48 (na 31 grudnia 2021 r.) oraz 0,49 (na 31 grudnia 2022 r. i 2023 r.). Do wyliczenia wskaźnika dla pracowników pierwszego kontaktu zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych i obsługi, którzy byli wliczani do wskaźnika zatrudnienia zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, zastosowano oszacowany przez Dyrektora DPS wymiar czasu pracy (przelicznik 0,25 etatu), w czasie którego wykonywali obowiązki związane z pracą na rzecz mieszkańców wynikających z zatwierdzonego indywidualnego planu wsparcia.

(akta kontroli str. 333, 421, 422, 424)

W latach 2021 – 2023 do ustalania wskaźnika Dyrektor wliczał w pełnym wymiarze czasu pracy osoby zatrudnione na stanowiskach administracyjnych lub obsługi, którzy pełnili funkcję pracowników pierwszego kontaktu, tj. na dzień 31 grudnia 2021 r. czterech pracowników (zastępcę głównego księgowego, kierownika działu gospodarczego i obsługi technicznej, starszego referenta administracyjnego i pracownika gospodarczego), na 31 grudnia 2022 r. – pięciu pracowników (ww. wymienieni i dodatkowo – kasjer), a na 31 grudnia 2023 r. - pięciu pracowników (kierownik działu gospodarczego i obsługi technicznej, starszy referent administracyjny, pracownik gospodarczy, kasjer i magazynier). Wymiar czasu pracy tych osób powinien zostać wliczony proporcjonalnie do czasu, jaki poświęcają na koordynację IPW mieszkańców.

(akta kontroli str. 315-330, 333-343)

Wliczenie w pełnym wymiarze czasu pracy osób zatrudnionych na ww. stanowiskach skutkowało błędnym oszacowaniem wskaźnika.

(akta kontroli str. 333, 343)

Dyrektor wyjaśnił, że: (...) *Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej nie określa stanowisk, które mogą wchodzić w skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, w związku z tym pokojowi i inni wyżej wymienieni pracownicy wliczani byli do wskaźnika. (...) Jeśli zaś chodzi o osoby na stanowiskach niebędących w grupie bezpośrednio związanych z opieką nad mieszkańcami, to wykluczenie ich z grona osób pierwszego kontaktu wiązałoby się*

z koniecznością zatrudnienia 7 opiekunów, na co placówka nie może w chwili obecnej sobie pozwolić z uwagi na brak środków finansowych.

(akta kontroli str. 401, 402, 407)

Najwyższa Izba Kontroli nie kwestionuje możliwości uwzględnienia w obliczeniach wskaźników pracowników pierwszego kontaktu zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych lub obsługi, jednak uwzględnić można ich jedynie w wymiarze proporcjonalnym do czasu, w jakim koordynują działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca.

3. Dyrektor nie zapewnił rzetelnego prowadzenia w listopadzie 2023 r. ewidencji wymiany pościeli w oddziale IV Domu.

Analiza zapisów *Książki Gabinetu Zabiegowego Oddziału IV* za listopad 2023 r. wykazała, że nie odnotowano zmiany pościeli na I piętrze oddziału IV, natomiast zmianę pościeli na II piętrze odnotowano jeden raz. Zgodnie z wytycznymi obowiązującej w Domu procedury dotyczącej higieny osobistej i utrzymania czystości w DPS w Łagiewnikach zmianę bielizny pościelowej należało realizować raz na dwa tygodnie lub według potrzeb. Częstotliwość zmiany pościeli określono w § 6 ust. 1 pkt 8 lit. c rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym powinna być zmieniana w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie.

(akta kontroli str. 132, 878, 879)

Dyrektor wyjaśnił, że *Zmiana bielizny pościelowej w listopadzie 2023 r. odbyła się zgodnie z procedurą obowiązującą w DPS, tj. 2 razy w miesiącu. Potwierdza to dokumentacja z pralni. Dostarczenie bielizny na pralnię: 6 listopad 2023 r., 8 listopada 2023 r., 27 listopada 2023 r., 29 listopada 2023 r. Zmiana bielizny pościelowej nie została odnotowana w dokumentacji oddziałowej przez pracownika wykonującego wyżej wymienioną czynność.*

(akta kontroli str. 438, 442)

NIK zwraca uwagę, że nierzetelne prowadzenie dokumentacji oznacza, że nie jest możliwe potwierdzenie, że DPS wywiązywał się z obowiązku określonego w wewnętrznej procedurze oraz w § 6 ust. 1 pkt 8 lit. c rozporządzenia w sprawie DPS. Wskazana przez Dyrektora dokumentacja z pralni również nie potwierdza rzetelnej ewidencji takiej wymiany a jedynie fakt, że pościel była prana.

(akta kontroli str. 444, 445, 878, 879)

4. Dla 15 spośród 20 pracowników wchodzących w skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, których akta objęto analizą (75%)³⁴ Dyrektor nie zapewnił spełnienia wymogu, o którym mowa w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS dotyczącego szkoleń, gdyż:

- dwóch pracowników nie odbyło obligatoryjnych szkoleń,
- 13 nie uczestniczyło w nich co najmniej raz na dwa lata.

Powyższy przepis stanowi, że warunkiem efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających jest uczestniczenie pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego co najmniej raz na dwa lata w organizowanych przez dyrektora domu szkoleniach na temat praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej

³⁴ Pracownik: M.Z. i W.W. – brak odbytych szkoleń; E.D. – brak szkoleń między lutym 2019 r. a majem 2021 r.; K.Z. – brak szkoleń przed wrześniem 2022 r.; A.W. – brak szkoleń między marcem 2019 r. a marcem 2022 r. oraz po marcu 2022 r.; M.P. – brak szkoleń przed oraz po marcu 2022 r.; W.W. – brak szkoleń między kwietniem 2019 r. a wrześniem 2022 r.; J.Z. – brak szkoleń przed marcem 2022 r.; D.G. – brak szkoleń między grudniem 2019 r. a lutym 2023 r.; M.S. i M.P. – brak szkoleń między grudniem 2019 r. a marcem 2022 r.; J.W. i M.K. – brak szkoleń po grudniu 2019 r.

lub alternatywnej, o ile występują problemy z komunikacją werbalną wśród mieszkańców.

(akta kontroli str. 550-556)

Dyrektor wyjaśnił: *W okresie od 20 marca 2020 r. do 1 lipca 2023 r. Polska zmagala się z pandemią Covid-19, która spowodowała wprowadzenie różnych ograniczeń mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa. Wprowadzono różne formy lockdownu, które obejmowały zamknięcie placówek edukacyjnych, zakaz organizowania wydarzeń publicznych w tym szkoleń, konferencji i warsztatów, a także ograniczenia w podróżowaniu i przemieszczaniu się. Rządowe regulacje były aktualizowane w zależności od sytuacji epidemiologicznej, co wpływało na możliwość organizowania szkoleń. Zgromadzenie pracowników zatrudnionych w różnych oddziałach mieszkalnych w pomieszczeniach, w których mogłyby się odbywać szkolenia było niedopuszczalne. Z uwagi na powyższe pracownicy zespołu terapeutyczno-opiekuńczego nie uczestniczyli w szkoleniach lub uczestniczyli w ograniczonej liczbie. (...)*

(akta kontroli str. 402, 403, 408)

Wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, gdyż braki w cykliczności szkoleń zdarzały się jeszcze przed okresem epidemii. Dodatkowo, szereg szkoleń realizowane było jako szkolenia wewnętrzne, w których pracownicy w czasie epidemii mogli uczestniczyć w grupach o ograniczonej liczebności, jak również realizować je w formie zdalnej (online).

(akta kontroli str. 450-463, 550-556)

5. Cele na 2021 r. i 2022 r. w ramach kontroli zarządczej sformułowane zostały przez Dyrektora niezetelnie, gdyż nie odnosiły się do misji Domu w obszarze prawidłowości udzielanego wsparcia mieszkańcom i naruszania ich praw, a jedynie do opanowania sytuacji epidemicznej, zapewnienia kontroli i warunków pracy personelu oraz prawidłowości realizowania zamówień publicznych.

(akta kontroli str. 670, 672-674, 679, 680, 683-687, 689-691)

Zgodnie z § 12 pkt 1 aneksu nr 1/2012 (wprowadzonego zarządzeniem Dyrektora nr 3/2012 z 27 lutego 2012 r.) do regulaminu kontroli zarządczej³⁵, Misją Domu było zapewnienie całodobowej opieki jego mieszkańcom – dorosłym mężczyznom niepełnosprawnym intelektualnie i przewlekłe psychicznie chorym. Opieka ta polega na świadczeniu usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających, co było podstawowym celem funkcjonowania tej jednostki.

(akta kontroli str. 575-577)

Elementem kontroli zarządczej są cele i zarządzanie ryzykiem. W Standardach kontroli zarządczej, w części B *Cele i zarządzanie ryzykiem* wskazano, że jasne określenie misji może sprzyjać ustaleniu hierarchii celów i zadań oraz efektywnemu zarządzaniu ryzykiem. Zarządzanie ryzykiem ma na celu zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i realizacji zadań. Proces zarządzania ryzykiem powinien być dokumentowany.

Natomiast zgodnie ze standardem kontroli zarządczej nr 5 *Misja* (części B *Cele i zarządzanie ryzykiem*), określonym w załączniku do komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych, należy rozważyć możliwość wskazania celu istnienia jednostki w postaci krótkiego i syntetycznego opisu misji.

³⁵ Zarządzenie Nr 19/2010 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 29 grudnia 2010 r. w sprawie ustalenia Regulaminu Kontroli Zarządczej.

Dyrektor wyjaśnił, że *Najważniejsze cele Domu w latach 2021 – 2022 określone były w sposób dowolny i nigdy nie były kwestionowane przez jednostki nadzorujące. Wprowadzenie w życie Uchwały Nr 311/363/2022 Zarządu Powiatu W Kielcach z dnia 3 listopada 2022 r. w sprawie zatwierdzenia „Wskaźników do systemu monitorowania realizacji Strategii Realizacji Rozwoju Powiatu Kieleckiego do 2030 r.” określiło obowiązkowe „Cele strategiczne” i „Cele szczegółowe” dla Powiatu i jednostek organizacyjnych Powiatu, w tym dla DPS w Łagiewnikach. W związku z powyższym, cel „Zapewnienie jakości usług świadczony przez DPS” od 2023 r. jest stałym, obowiązkowym elementem monitorowania w Domu.*

(akta kontroli str. 436, 437, 441)

W związku ze sformułowaniem na lata 2023 – 2024 w ramach kontroli zarządczej celu dotyczącego zapewnienia jakości świadczonych usług przez DPS i określeniu zadania służącego realizacji tego celu jako realizacja zagadnień zgodnie ze standardami świadczonych usług w zakresie: bytowym opiekuńczym i wspomagającym, NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 713-715, 737-741)

OCENA CZĄSTKOWA

Wewnętrzne procedury sprzyjały przestrzeganiu praw mieszkańców. Przyjęte w związku z epidemią COVID-19 ograniczenia były proporcjonalne do stopnia zagrożenia i podobne do powszechnie wprowadzanych w kraju zaleceń. Dom spełniał określone w rozporządzeniu w sprawie DPS wymogi organizacyjne w zakresie warunków lokalowych, żywieniowych, opieki lekarskiej, psychologicznej, terapeutycznej i opiekuńczej, pomimo braku dokumentowania wymiany pościeli w listopadzie 2023 r. w budynku IV Domu. Tym samym Dyrektor zapewnił poszanowanie praw mieszkańców do poczucia bezpieczeństwa, ochrony zdrowia i godności. W zespole terapeutyczno-opiekuńczym nie zatrudniono odpowiedniej liczby pracowników, tym samym wskaźnik zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy był niższy od wymaganego w § 6 ust. 2 pkt 3 lit. c i d rozporządzenia w sprawie DPS. Ponadto dla 15 z 20 pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, których akta objęto analizą, nie został spełniony wymóg określony w § 6 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie DPS, dotyczący uczestniczenia co najmniej raz na dwa lata w obowiązkowych szkoleniach. Dla dwóch pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w zakresach czynności nie przewidziano pełnienia funkcji pracownika pierwszego kontaktu. Określone w ramach kontroli zarządczej w latach 2021 – 2022 cele nie odnosiły się do określonego w misji Domu podstawowego celu istnienia placówki, tj. do prawidłowości opieki świadczonej mieszkańcom DPS.

OBSZAR

2. Przestrzeganie praw mieszkańców DPS i realizacja usług dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb

Opis stanu faktycznego

Zasady swobodnego opuszczania DPS zostały częściowo uregulowane w Regulaminie, procedurze dotyczącej urlopów i przepustek, procedurze dotyczącej przyjęcia mieszkańca oraz regulaminie Domu. Zgodnie z § 16 pkt 9 Regulaminu mieszkaniec miał prawo swobodnego poruszania się na terenie domu i poza nim, po uprzednim uzgodnieniu wyjścia z pielęgniarką dyżurną i określeniu celu wyjścia i godziny powrotu. Taki sam zapis zawarto w § 10 pkt 9 regulaminu Domu. W procedurze przyjęcia mieszkańca zaznaczono, że z uwagi na przypadki samowolnych oddaleń nowo przyjętych mieszkańców, personel obowiązany był obejmować ich szczególnym nadzorem i kontrolą a przemieszczanie się mieszkańca po terenie domu musi być stale monitorowane przez pracowników, aby zapobiec samowolnemu oddaleniu. Procedura dotycząca nieobecności mieszkańca w domu, określała natomiast sposób postępowania w przypadku wyjazdów urlopowych

(do rodziny). W takich sytuacjach prowadzony był rejestr urlopów (tzw. ruch mieszkańców), gdzie odnotowywane były wyjazdy, a także adnotacje w raportach pielęgniarskich.

(akta kontroli str. 17-48, 49-57, 96-103, 104-107)

W żadnym z powyższych dokumentów nie uregulowano szczegółowych zasad zgłaszania przez mieszkańców wyjść poza teren DPS w celu zrobienia drobnych zakupów, spacerów itp. Nie prowadzono także ewidencji czy listy osób opuszczających teren Domu. Z wyjaśnień Dyrektora wynikało że: (...) *wyjścia mieszkańców nie są ewidencjonowane z uwagi na to, że przepisy nie narzucają takiego obowiązku oraz w związku z tym, że dotychczas nie zaistniała sytuacja aby mieszkaniac, który otrzymał zgodę na wyjście poza teren Domu nie powrócił do placówki. Jednakże, dyskusja która wywiązała się pomiędzy kierownikami działów po rozmowie z kontrolującymi DPS w Łagiewnikach inspektorem na temat wyjść mieszkańców poza placówkę, nasunęła refleksję dotyczącą wprowadzenia Procedury zgłaszania wyjść przez mieszkańców poza teren DPS w Łagiewnikach, której projekt stanowi załącznik nr 1 do niniejszego wyjaśnienia*".

NIK zauważa, że brak ewidencji wyjść mieszkańców może rodzić obawy o rzetelne dokumentowanie nieobecności podopiecznych w Domu. Stan mieszkańców weryfikowany był w trakcie posiłków i zmianach dyżurów na poszczególnych oddziałach. W sytuacjach newralgicznych, które hipotetycznie mogły się wydarzyć poza terenem placówki typu wypadek, zasłabnięcie, samowolne oddalenie itp., personel nie miał natychmiastowej wiedzy gdzie w danej chwili znajduje się mieszkaniac.

(akta kontroli str. 968-975)

W dniu 27 marca 2024 r., Dyrektor wydał zarządzenie³⁶ wprowadzające procedurę zgłaszania wyjść mieszkańców poza teren DPS. Procedura określała sposób dokumentowania i ewidencjonowania wyjść mieszkańców.

(akta kontroli str. 971-975)

Dyrektor nie ograniczył żadnemu z mieszkańców możliwości samodzielnego opuszczania DPS na podstawie art. 55 ust. 2b ups. Wyjaśnił, że (...) *do tej pory nie był zmuszony do ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania przez mieszkańca Domu na podstawie wydanego przez lekarza zaświadczenia. W przypadku nadużycia zaufania pracowników Domu przez mieszkańca np. powrót z wyjścia do sklepu w stanie upojenia alkoholowego (sytuacja jest opisywana w raporcie pielęgniarskim), kolejne wyjście mieszkańca możliwe jest w obecności pracownika. Zasadę tę stosujemy również w stosunku do osób samowolnie oddalających się. Czas trwania takiej sytuacji nie jest określony i jest zazwyczaj krótki.*

(akta kontroli str. 968-975)

Jak wynika z danych dotyczących możliwości swobodnego opuszczania placówki, ze 185 mieszkańców Domu, 90 mogło swobodnie go opuszczać po uzyskaniu zgody (przepustki) od pielęgniarki dyżurującej, 19 mogło opuszczać DPS jedynie z innym (zaufanym) mieszkańcem, natomiast 76 mieszkańców mogło wyjść poza teren ośrodka z pracownikiem Domu. Jak wyjaśnił Dyrektor, *mieszkańcy o zasadach wyjścia informowani są po przyjęciu do placówki. W okresie adaptacyjnym opuszczenia terenu Domu odbywa się w asyście pracownika, a następnie w asyście godnego zaufania mieszkańca z długim stażem pobytu w Domu. W przypadku ograniczonej samodzielności mieszkańców, wyjścia z opiekunem lub innym mieszkańcem realizowane są przez cały okres pobytu.*

³⁶ Zarządzenie Nr 6/2024 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach z dnia 27 marca 2024 r. w sprawie wprowadzenia procedury zgłaszania wyjść mieszkańców poza teren Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach.

(akta kontroli str. 968-975, 976)

Dyrektor dodał, że *Samodzielne wyjścia mieszkańców wykazanych w zestawieniu jako mieszkańcy wychodzący z opiekunem lub „zaufanym mieszkańcem” nie zagrażają ich zdrowiu czy życiu. Są to mieszkańcy, wobec których stosowana jest „profilaktyka” mająca na celu pomoc w załatwianiu swoich spraw lub zapobieganie sytuacjom niepożądanym (np. picie alkoholu). Warto zaznaczyć, że do wskazanych 95 mieszkańców zaliczono również mieszkańców, którzy nigdy nie wykazali chęci wyjścia na przepustkę. Łącznie jest to 70 osób (oddz. I – 7 mieszkańców, II - 9 mieszkańców, III – 9 mieszkańców, IV- 45 mieszkańców). Dotychczas nie zdarzyła się sytuacja, kiedy mieszkaniec zwrócił się o przepustkę i otrzymał odmowę, z uwagi na to, że udzielenie takiej przepustki zagrażało by jego zdrowiu bądź życiu.*

(akta kontroli str. 399-420)

Przypadki samowolnych oddaleń mieszkańców odnotowywano w dokumentacji pielęgniarskiej (raporty pielęgniarskie) oraz w rejestrze samowolnych oddaleń prowadzonym przez pracowników socjalnych. W dokumentacji tej odnotowywano informacje o samowolnym oddaleniu, o podjętych działaniach personelu i o stanie mieszkańca po powrocie do placówki. W DPS obowiązywała procedura postępowania w przypadku samowolnego oddalenia się mieszkańca. Zgodnie z jej postanowieniami, w przypadku stwierdzenia samowolnego oddalenia się mieszkańca z Domu, natychmiast przeszukuje się wszystkie pomieszczenia DPS, przyległych budynków oraz najbliższą okolicę. Jeśli poszukiwania nie przynoszą rezultatów, o zaistniałej sytuacji powiadamia się policję oraz rodzinę mieszkańca, jeśli taką posiada, a także Dyrektora, Kierownika Zespołu Pielęgniarek oraz Kierownika działu socjalno-terapeutycznego, a czynności związane z samo oddaleniem opisuje się w sprawozdaniu pielęgniarskim i rejestrze samowolnych oddaleń.

(akta kontroli str. 117)

W latach 2021 – 2024 (do 31 marca) w rejestrze samowolnych oddaleń odnotowano cztery takie sprawy, w tym: jedną w 2021 r., jedną w 2022 r. oraz dwie w 2023 r.³⁷ Weryfikacja informacji otrzymanych od Komendanta Komisariatu Policji w Chmielniku³⁸ oraz raportów pielęgniarskich z okresu objętego kontrolą wykazała, że samowolnych oddaleń było dziewięć o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 977-979, 980-983, 984-986)

W trzech przypadkach mieszkaniec został odnaleziony przez personel DPS, w trzech przez policję i w trzech sam wrócił do placówki. Wszystkie samowolne oddalenia zgłoszono na policję. W żadnym przypadku nie doszło do zagrożenia zdrowia i życia mieszkańców, po powrocie zapewniono im kontakt z lekarzem psychiatrą i badanie wykonane przez pielęgniarki z Domu, wracali do swoich pokoi i pozostawali pod obserwacją personelu. U odnalezionych mieszkańców pielęgniarka nie stwierdziła żadnych obrażeń. Nie stosowano także środków przymusu bezpośredniego a jedynie rozmowy z opiekunami i psychologiem. Po analizie zdarzeń przez zespół terapeutyczno-opiekuńczy nie dokonywano korekt IPW. Postępowania związane z samowolnymi oddaleniami prowadzone były zgodnie z obowiązującą procedurą.

(akta kontroli str. 984-986, 987-1013)

Zgodnie z art. 18c ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego³⁹ (dalej: ozp), w Domu prowadzony był rejestr przypadków

³⁷ Jeden mieszkaniec oddalił się samowolnie w 26 marca 2021 r., drugi – 20 maja 2022 r., trzeci – 16 lutego 2023 r. i czwarty 5 lipca 2023 r.

³⁸ Pismo Komendanta Komisariatu Policji w Chmielniku znak:KPCh-753/24 z 4 marca 2024 r.

³⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 2123, ze zm.

zastosowania przymusu bezpośredniego. Rejestr prowadzony był oddzielnie dla oddziału I i IV oraz łącznie dla oddziałów II i III. W rejestrze zawarto informacje o osobach, wobec których zastosowano przymus bezpośredni, zlecających jego zastosowanie, rodzaj, opis przyczyn i okoliczności jego zastosowania, czasu trwania a także opis stosowania przymusu i jego skutków dla zdrowia osoby wobec której został zastosowany. W okresie objętym kontrolą w rejestrze odnotowano jeden przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego⁴⁰.

(akta kontroli str. 1014-1019)

Nie stwierdzono stosowania przymusu w przypadkach samowolnych oddaleń ani zdarzeń nadzwyczajnych. Natomiast jedna z kontroli sędziego Sądu Rejonowego w Busku-Zdroju, wykazała zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec mieszkańca w dniu 24 sierpnia 2022 r. Przypadek ten nie został uwzględniony w rejestrze o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 831-835, 1014-1019, 1020-1022)

Szczegółową analizą objęto dwa przypadki zastosowanego przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców DPS (jeden uwzględniony w rejestrze oraz jeden, którego do niego nie wpisano). W pierwszym przypadku, zastosowanym środkiem przymusu był kaftan bezpieczeństwa w dniu 7 września 2023 r. przez jedną godzinę i pięć minut. Opis zdarzenia zawarto w raporcie pielęgniar skim, odnotowano również w dokumentacji lekarza psychiatry, a także w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego. Zastosowanie przymusu było zatwierdzone przez lekarza psychiatrę a osoby go stosujące posiadały stosowne szkolenia. Wpis o zastosowanym środku widniał również w rejestrze zastosowania przymusu bezpośredniego. Jeden dzień po zaistniałej sytuacji, dokonano pozytywnej oceny zastosowanego środka przez upoważnionego przez marszałka województwa lekarza psychiatrę. W drugim przypadku, zastosowano przymus w postaci kaftana i pasów bezpieczeństwa w dniu 24 sierpnia 2022 r. przez dwie godziny. Opis zdarzenia zawarto w raporcie pielęgniar skim i dokumentacji lekarza psychiatry a także w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego. Zastosowanie przymusu było zatwierdzone przez lekarza psychiatrę a osoby go stosujące posiadały stosowne szkolenia. W dokumentacji mieszkańca brak było oceny zastosowanego przymusu przez lekarza wskazanego przez marszałka województwa. Dyrektor przedstawił pozytywną ocenę zaistniałej sytuacji i wyjaśnił że: *Skan dokumentacji zastosowania przymusu bezpośredniego został przesłany do specjalisty w dziedzinie psychiatrii upoważnionego przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego do realizacji zadań wynikających z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego e-mailem w dniu 24 sierpnia 2022 r. o godz. 13:58. Odpowiedź – zatwierdzenie przymusu, przesłane zostało 7 grudnia 2022 r. o godz. 10:30.*

(akta kontroli str. 421-428, 1014-1019, 1023, 1024-1035)

Analizą prawidłowości przestrzegania praw mieszkańców, objęto dokumentację pięciu z nich. Trzech z nich było ubezwłasnowolnionych całkowicie (ich majątkiem zarządzali opiekunowie prawni), jeden ubezwłasnowolniony częściowo (majątkiem zarządzał kurator) i jeden miał pełną zdolność do czynności prawnych (sam zarządzał swoim majątkiem). Dla dwóch spośród ww. trzech ubezwłasnowolnionych całkowicie mieszkańców, sąd ustanowił opiekunem prawnym pracowników DPS a dla jednego – pracownika sądu. Dla jednego ubezwłasnowolnionego częściowo kuratelę sprawował członek rodziny, najpierw siostra a później siostrzeniec⁴¹. Dla trzech mieszkańców o pobyt w DPS wnioskowali przedstawiciele ustawowi, dla jednego właściwy ośrodek

⁴⁰ Mieszkaniec K.K. w dniu 7 września 2023 r. – kaftan bezpieczeństwa.

⁴¹ Postanowienie sądu sygn. akt III RNs 163/85 z 22 grudnia 1986 r. (siostra mieszkańca), zmiana kuratora – postanowienie sygn. akt III RNs 113/23 z 12 lipca 2023 r. (siostrzeniec mieszkańca).

pomocy społecznej i dla jednego o pobyt wnioskował sam mieszkaniiec za pośrednictwem ośrodka pomocy społecznej. W dwóch przypadkach mieszkańcy do Domu trafili bezpośrednio ze szpitala po zakończeniu hospitalizacji. Dwaj mieszkańcy, w okresie objętym kontrolą byli hospitalizowani na oddziałach psychiatrycznych⁴². Jeden pięciokrotnie i jeden dwukrotnie. Wszyscy mieszkańcy (pięciu)⁴³, których akta objęto szczegółową analizą byli poddawani cyklicznym konsultacjom przez współpracującego z Domem lekarza psychiatrę, jednak we wszystkich przypadkach wpisy w dokumentacji psychiatrycznej potwierdzające konieczność dalszego pobytu w DPS, zgodnie z art. 38 ust. 5 ozp, były wystawione w terminie powyżej sześciu miesięcy, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W celu uzyskania pełnej dokumentacji psychiatrycznej mieszkańców wytypowanych do szczegółowej analizy wystąpiono do lekarza psychiatry udzielającego świadczeń na rzecz mieszkańców DPS.

(akta kontroli str. 421-428, 1036-1041, 1042, 1043, 1549-1550)

Trzech mieszkańców, których dokumentację objęto szczegółową analizą zajmowało trzysobowe pokoje, jeden pokój czteroosobowy i jeden jednoosobowy wyposażone standardowo (stoły, szafy, łóżka, łazienki z toaletami przystosowane dla osób niepełnosprawnych). Wszystkie pokoje spełniały wymagania zawarte w § 6 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie DPS dotyczące powierzchni. Dwóch spośród pięciu mieszkańców miało indywidualne potrzeby dietetyczne zalecane po pobytach w szpitalu (diety lekkostrawne). Diety te zostały wdrożone dla mieszkańców. Wszyscy mieszkańcy mieli zapewnione konsultacje lekarzy rodzinnych (według potrzeb), ortopedy (raz w roku) i psychiatry (według potrzeb) oraz objęci byli opieką psychologa. Stosownie do potrzeb, kierowani byli do szpitali (leczenie na oddziałach psychiatrycznych, wewnętrznym) oraz obejmowani leczeniem stomatologicznym, a także specjalistycznym m.in. w poradniach urologicznej, chirurgii stomatologicznej, onkologicznej, hematologicznej. W razie konieczności zabiegi rehabilitacyjne realizowane były w DPS w sali kinezyterapii i fizykoterapii. Każdy z mieszkańców mógł liczyć również na całodobową opiekę pielęgniarską. W razie potrzeby, realizowano także leczenie i profilaktykę przeciwodleżynową. Jeden z mieszkańców z badanej próby, poruszających się na wózku inwalidzkim z przykurczem kończyn po pobycie w szpitalu wrócił z odleżynami. Założono kartę obserwacji chorego zagrożonego wystąpieniem odleżyn oraz kartę leczenia i obserwacji chorego z odleżynami. Wpisy w karcie były dokonywane od 4 stycznia 2024 r. (od powrotu ze szpitala) do 20 lutego 2024 r. (do całkowitego wyleczenia odleżyn). Codziennie określano poziom i stopień odleżyny, zastosowano materac przeciwodleżynowy, zmiany pozycji, pielęgnację skóry (oktanisept, sudokrem, wietrzenie odleżyny).

(akta kontroli str. 249-268, 308-314, 932, 1036-1041)

W badanej próbie, spośród pięciu mieszkańców trzech utrzymywało kontakty z rodziną. Rodziny odwiedzały mieszkańców sporadycznie, kilka razy w roku, natomiast utrzymywały z nimi stały kontakt telefoniczny. Z dwoma mieszkańcami, rodziny w ogóle nie utrzymywały kontaktu.

(akta kontroli str. 1036-1041)

W okresie objętym kontrolą wobec mieszkańców nie zastosowano żadnych kar, co potwierdziła analiza protokołów ze spotkań rady mieszkańców, w której

⁴² K.P. - Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy od 12 stycznia 2024 do 16 lutego 2024, od 26 listopada 2023 do 05 grudnia 2023, od 29 października 2023 do 16 listopada 2023, od 9 sierpnia 2022 do 21. Września 2022, Szpital Kliniczny im. J. Babińskiego w Krakowie (hospitalizowany w ramach środka zabezpieczającego orzeczonego przez sąd od 24 września 2019 do 12 stycznia 2022. oraz R.M. - Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy od 17 grudnia 2022 do 10 stycznia 2023, od 28 sierpnia 2022 do 21 września 2022.

odnotowywane są kary. Rodzaje przewidzianych w DPS kar oraz sposób ich dokumentowania szerzej opisano w obszarze pierwszym wystąpienia.

(akta kontroli str. 860-867, 1044)

W aktach wszystkich pięciu mieszkańców znajdował się wywiad środowiskowy, sporządzony przez pracownika socjalnego właściwej jednostki opieki społecznej przed przyjęciem do DPS oraz aktualizacje tych wywiadów sporządzane w trakcie pobytu w ośrodku, a także oświadczenia majątkowe mieszkańców. Żaden z mieszkańców nie posiadał majątku ani mienia ruchomego. W trakcie pobytu mieszkańcy nie nabyli żadnych składników majątkowych czy też mienia ruchomego. W jednym przypadku, opiekun prawny mieszkańca wpłacił na jego konto depozytowe środki pieniężne w kwocie 10 tys. zł (w 2023 r.) i 4 tys. zł (w 2024 r.). Operacje te były odnotowane w dokumentach księgowych oraz w zapisach na koncie depozytowym⁴⁴. Dochody wszystkich pięciu mieszkańców, których dokumentację analizowano nie wystarczały na samodzielne pokrywanie kosztów pobytu w DPS, w każdym przypadku do kosztów pobytu dopłacała gmina właściwa ze względu na ostatnie miejsce zamieszkania.

(akta kontroli str. 1036-1041, 1045-1053)

Co do zasady wszyscy mieszkańcy mieli możliwość samodzielnego wypłacania gotówki ze swoich kont depozytowych, jednak osoby ubezwłasnowolnione musiały mieć na to zgodę przedstawiciela ustawowego. Trzech z pięciu mieszkańców samodzielnie wypłacało środki ze swoich kont depozytowych za zgodą przedstawicieli ustawowych. Maksymalne kwoty wypłacane z kont depozytowych wynosiły: 1700 zł na pokrycie zobowiązania komorniczego, 850 zł na zakup telewizora do pokoju, 900 zł wypłata mieszkańca i przekazanie środków siostrze (kuratorowi), a później bratu (zmiana kuratora) na wybudowanie pomnika, 260 zł na zakup środków higienicznych, ubrań. Dwóch mieszkańców nie wypłacało samodzielnie środków ze swoich kont depozytowych ze względu na stan zdrowia (w jednym przypadku zgody na wypłatę nie wyraził przedstawiciel ustawowy, który sam dokonywał zakupów dla mieszkańca a w drugim środki wypłacał PPK na podstawie upoważnienia wydanego przez nieubezwłasnowolnionego mieszkańca). Szczegółową analizą objęto operacje na kontach depozytowych pięciu mieszkańców w okresie objętym kontrolą. Zapisy były zbieżne z imiennymi fakturami wystawianymi dla mieszkańców przez sklepy i apteki i zgodne z listami wypłat z kont depozytowych. Dokumentacja zawierała pisemne upoważnienia dla pracowników Domu do dokonywania zakupów na rzecz mieszkańców. Upoważnienia wskazywały osobę upoważnioną, opatrzone były podpisami mieszkańców bądź opiekunów prawnych i datą sporządzenia. Wypłat dokonywali pracownicy socjalni na podstawie wniosków składanych przez mieszkańców (podpisane przez mieszkańców bądź opiekunów ustawowych). Dokumentacja zawierała także oświadczenia mieszkańców, potwierdzające zapoznanie się z możliwością złożenia w depozycie przedmiotów wartościowych, jednak żaden z mieszkańców z kontrolowanej próby nie skorzystał z tej możliwości.

(akta kontroli str. 1036-1041, 1045-1151, 1152-1161)

Od 1 stycznia 2024 r., Dyrektor prowadził rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców Domu, zgodnie z art. 55c ust. 1 i 2 ups. Ewidencjonował w nim zgłoszenia związane z zagrożeniem życia i zdrowia mieszkańców takie jak wypadki, samouszkodzenia, obrażenia ciała. Uregulowań szczegółowych dokonał wprowadzając wzór rejestru oraz procedurę w sprawie wprowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych⁴⁵. Zgodnie z pkt 2 procedury, rejestr powinien zawierać zgłoszenia związane z zagrożeniem życia

⁴⁴ 30 czerwca 2023 r. wpłacono 10 tys. zł a 14 marca 2024 r. wpłacono 4 tys. zł.

⁴⁵ Zarządzenie nr 14/2023 Dyrektora DPS w Łagiewnikach z dnia 28 grudnia 2023 r. w sprawie wprowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS w Łagiewnikach.

i zdrowia mieszkańców Domu, tj. wypadki, samookaleczenia, obrażenia ciała. Zgodnie z pkt 8 procedury, wszystkie zdarzenia związane z mieszkańcami Domu odnotowywane powinny być (wraz ze szczegółowym opisem zdarzenia i podjętych działań) w raportach pielęgniarских przez pielęgniarkę pełniącą dyżur. W rejestrze odnotowano trzy przypadki zdarzeń:

- 12 stycznia 2024 r. – mieszkaniec P.K. uderzył pięścią współmieszkańca G.D., czego skutkiem było lekkie pęknięcie naskórka. Wezwano pogotowie i policję;
- 23 stycznia 2024 r. – mieszkaniec S.W. ugodził nożem współmieszkańca. Wezwano pogotowie i policję;
- 1 lutego 2024 r. – mieszkaniec K.A. zderzył się na korytarzu z współmieszkańcem, czego skutkiem był obrzęk i złamanie nasady dalszej kości piszczelowej prawej. Wezwano pogotowie.

Szczegółowa analiza raportów pielęgniarских oraz informacji uzyskanych z interwencji podejmowanych przez pogotowie ratunkowe oraz policję z 2024 r. wykazała, że w rejestrze powinny znajdować się jeszcze dwa przypadki zdarzeń nadzwyczajnych, które stanowiły zagrożenie zdrowia i życia mieszkańców o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1162-1163, 1164-1167, 1168-1176, 1177-1186, 1187-1189)

Postanowieniem nr 172/2024 Komisarza Wyborczego w Kielcach z dnia 27 lutego 2024 r., w DPS utworzony został obwód do głosowania nr 20. Dyrektor zapewnił możliwość wzięcia udziału w głosowaniu mieszkańcom Domu poprzez zapewnienie i przygotowanie lokalu wyborczego, przeszkolenie pracowników oraz zapewnienie dyżurów pracowników socjalnych. Mieszkańcy mieli możliwość głosowania, zapewniono tajność głosowania, a także pomoc w dotarciu do lokalu wyborczego (pomoc pracowników socjalnych dla osób mających trudności w poruszaniu). Wybory w DPS przebiegły bez zakłóceń.

(akta kontroli str. 1193-1195)

W okresie objętym kontrolą w Domu nie przebywali mieszkańcy leżący a jedynie mający problemy w poruszaniu się (ze względu na wiek, stan zdrowia itp.). Na 31 grudnia w latach 2021 – 2023 liczba mieszkańców DPS o ograniczonej możliwości poruszania się wynosiła odpowiednio: 27, 28 i 16.

(akta kontroli str. 877)

Mieszkańcom zapewniano pomoc w utrzymaniu higieny osobistej (kąpiel, golenie, strzyżenie), środki czystości i środki higieniczne. W Domu obowiązywała procedura dotycząca higieny osobistej i utrzymywania czystości, w której określono m.in. że:

- higiena osobista mieszkańców obejmuje kąpiel realizowana w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż raz w tygodniu;
- mieszkańcom niesprawnym przy wykonywaniu toalety pomaga personel;
- mieszkaniec ma prawo do kąpieli w wannie, pod prysznicem lub w łóżku w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż raz w tygodniu;
- podczas wykonywania zabiegów higienicznych szczególną uwagę należy zwrócić na zachowanie potrzeby intymności;
- jeśli stan zdrowia nie pozwala mieszkańcowi na samodzielne zaspokojenie potrzeby czystości, osoby odpowiedzialne udzielają pomocy;
- golenie osób niesprawnych oraz strzyżenie wykonuje fryzjer.

(akta kontroli str. 132)

Kąpiele mieszkańców oraz stosowanie profilaktyki i leczenia odleżyn rejestrowane były w *Księżce Gabinetu Zabiegowego* (dla każdego oddziału oddzielnie). Strzyżenie mieszkańców odnotowywane było w rejestrach prowadzonych przez fryzjera.

(akta kontroli str. 880-931, 933-956)

Szczegółową analizą objęto realizację zabiegów pielęgnacyjnych (kąpiele, strzyżenie, golenie) oraz wykonanie profilaktyki i leczenia odleżyn w miesiącach luty i marzec w latach 2021 – 2024 na próbie spraw trzech mieszkańców⁴⁶.

(akta kontroli str. 932)

W Domu obowiązywał harmonogram golenia mieszkańców, w którym określono, że golenie niesamodzielnym mieszkańców odbywa się trzy razy tygodniowo we wtorki, czwartki i soboty, w godzinach: 8.15 – 9.15 – oddział I, 9.20 – 10.00 – oddział II, 11.10 – 12.30 – oddział III i 13.00 – 15.00 – oddział IV oraz w razie potrzeb, a mieszkańcy przebywający w szpitalach goleni są podczas odwiedzin. W dokumentacji Domu nie odnotowywano wykonania czynności golenia mieszkańców, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 932, 957)

Analiza rejestrów prowadzonych przez fryzjera wykazała, że strzyżenie mieszkańca T.K. w 2024 r. wykonano 22 lutego, 4 i 25 marca, a mieszkańca S.G. wykonano 6 marca 2024 r. Ustalono, że realizacja strzyżenia udokumentowana była tylko w 2024 r., o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 932-956)

Zgodnie z obowiązującą w Domu procedurą dotyczącą higieny osobistej i utrzymywania czystości, golenie osób niesprawnych oraz strzyżenie wykonuje fryzjer. W Domu brak było dokumentów potwierdzających wykonanie przez fryzjera golenia i strzyżenia mieszkańców w ww. okresie.

(akta kontroli str. 132, 932-956)

Dyrektor Wyjaśnił, że *Dokumentacja dotycząca strzyżenia i golenia prowadzona jest w placówce na bieżąco od lat. Fryzjer nie posiadał informacji, że są to dokumenty, które należy przechowywać przez dłuższy okres czasu, w związku z czym dokumentacja z lat poprzednich została po zakończeniu roku zutylizowana. Brak adnotacji dotyczącej golenia wynika z faktu, że golenie odbywa się w ustalone dni tygodnia według harmonogramu golenia, tj. wtorek, czwartek, sobota. Ponadto fryzjer bez względu na harmonogram dostępny jest do dyspozycji mieszkańców i mogą oni korzystać z jego usług jeśli mają taką potrzebę.*

(akta kontroli str. 851-854)

NIK zwraca uwagę, że posiadanie harmonogramu golenia mieszkańców nie może świadczyć o jego realizacji, a nierzetelne prowadzenie dokumentacji oznacza, że nie jest możliwe potwierdzenie, że DPS wywiązywał się z obowiązku określonego w § 6 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia w sprawie DPS. Przepis ten stanowi, że mieszkańcom domu zapewnia się pomoc w utrzymaniu higieny osobistej.

Prowadzona w *Książkach Gabinetu Zabiegowego* ewidencja kąpieli była nierzetelna ze względu na nieodnotowywanie ich realizacji, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 880-932)

Postępowanie pracowników Domu wobec mieszkańców narażonych na powstanie odleżyn opierało się na ocenie stanu skóry i miejsc narażonych na powstanie odleżyn podczas codziennych czynności higieniczno-pielęgnacyjnych.

W przypadku zauważenia zmiany polegało na:

- przeprowadzeniu oceny ryzyka i stopnia zaistniałej zmiany;

⁴⁶ Mieszkańcy T.K. i S.G. – osoby o ograniczonej możliwości poruszania się (mieszkaniec T.K. i S.G.), mieszkaniec T.B. - osoba przewlekle chora onkologicznie (zmarły 18 października 2023 r.).

- założeniu karty obserwacji i leczenia chorego z odleżynami w celu monitorowania stanu odleżyn lub dokonaniu wpisu w książce zabiegów (w zależności od stopnia odleżyn);
- zastosowaniu udogodnień, tj. materaca przeciwoodleżynowego, kółka przeciwoodleżynowego, podpórki, klinów;
- zapewnieniu częstszej zmiany pieluch;
- oczyszczaniu skóry przy zastosowaniu chusteczek jednorazowych, pianki myjąco-pielęgnacyjnej, kremów i płynów zabezpieczających każdorazowo przy zmianie pieluch;
- zmianie pozycji co dwie godziny;
- dbaniu o odpowiednie nawodnienie mieszkańca;
- konsultacji lekarskich – od II stopnia odleżyn;
- postępowaniu z odleżynami zgodnie ze zleceniem lekarza.

Analiza spraw trzech mieszkańców wykazała, że mieszkaniec T.K. w całym okresie objętym kontrolą, w miesiącach luty – marzec, poddawany był profilaktyce leczenia odleżyn, która polegała na toalecie przeciwoodleżynowej i natłuszczeniu skóry (w 2021 r. stosowano dodatkowo preparat Sudokrem), u mieszkańca S.G. profilaktyka odleżyn stosowana była w 2023 r. i 2024 r. poprzez codzienną toaletę przeciwoodleżynową oraz natłuszczenie, a w lutym 2021 r. wykonywano natłuszczenie, mieszkaniec T.B. nie wymagał stosowania profilaktyki i leczenia odleżyn.

(akta kontroli str. 880-932, 958)

W okresie objętym kontrolą w Domu rzetelnie dokumentowano realizację stosowania profilaktyki i leczenia odleżyn.

(akta kontroli str. 880-932)

Zgodnie z procedurą dotyczącą przyjmowania leków, mieszkańcy otrzymują je na zlecenie lekarza (który potwierdzał ten fakt w karcie zleceń lekarskich). Leki wydawane były przez pielęgniarki a mieszkańcy przyjmowali je w obecności pielęgniarek, które własnoręcznym podpisem potwierdzały ten fakt w karcie zleceń lekarskich oraz książkach zabiegowych z poszczególnych oddziałów. W zakresach czynności pielęgniarek uwzględniono wykonywanie zleceń lekarskich dotyczących podawania leków, wykonywanie wstrzyknięć, przetaczanie krwi, pobieranie materiału do badań analitycznych oraz przygotowywanie mieszkańców do zabiegów diagnostycznych i leczniczych, a także wykonywanie innych zabiegów wynikających ze zleceń lekarskich. DPS zapewnił całodobową opiekę pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia. Zgodnie z grafikami pracy⁴⁷, od poniedziałku do piątku pracowało po pięć pielęgniarek (trzy w godzinach od 7.00 do 15.00, dwie w godzinach od 7.00 do 19.00) oraz jedna pielęgniarka zabezpieczająca dyżur nocny w godzinach od 19.00 do 7.00. Dodatkowo, kilka razy w miesiącu jedna pielęgniarka pełniła tzw. dyżur krótki (po kilka godzin w razie potrzeby) w godzinach od 7.00 do 19.00.

(akta kontroli str. 134, 1196-1217, 1218-1220)

Badaniem szczegółowym objęto dokumentację medyczną trzech mieszkańców z lat 2023 – 2024. Dokumentację przekazano do badania biegłemu specjalście w dziedzinie psychiatrii.

(akta kontroli str. 1548)

W opinii biegłego, ww. trzem mieszkańcom umożliwiono korzystanie ze świadczeń lekarskich adekwatnie do zaleceń lekarzy. Z badanej dokumentacji nie wynikało jednoznacznie, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej lub specjaliści w trakcie wizyt, byli informowani przez personel DPS o wszystkich przyjmowanych lekach przez mieszkańców. Biegły stwierdził jednak, że takie informacje przekazuje się ustnie

⁴⁷ Szczegółową analizą objęto grafiki pracy pielęgniarek miesięcy styczeń i luty w latach 2021 – 2023.

i raczej nie ma zwyczaju odnotowywać tego w dokumentacji wizyty bądź w raporcie pielęgniarstwie. We wszystkich trzech przypadkach wobec mieszkańców nie stosowano przymusu bezpośredniego. Zlecenia lekarskie, w tym po hospitalizacjach, wykonywane były prawidłowo, przez osoby do tego upoważnione, uprawniony personel podawał mieszkańcom wszystkie zlecone leki, wykonywał iniekcje, realizował inne zlecenia, a podanie każdej dawki leku odnotowane było w dokumentacji. W dwóch przypadkach, mieszkańcom nie podawano zamienników leków natomiast w jednym zastosowano zamiennik, jednak były to leki odpowiadające sobie i można było je stosować zamiennie. Zlecenia lekarskie u wszystkich mieszkańców wdrażano niezwłocznie. Dokumentacja obejmowała wszystkie udzielone świadczenia i zawierała niezbędne informacje, pozwalające na zapewnienie im bezpieczeństwa.

(akta kontroli str. 1601-2010, 2011, 2012-2017)

W okresie objętym kontrolą w DPS zatrudnionych było 12 pielęgniarek z czego w latach 2021 i 2022 dziesięć na podstawie umowy o pracę i dwie – umów cywilnoprawnych, natomiast w latach 2023 i 2024 – 11 pielęgniarek na podstawie umowy o pracę i jedna – umowy cywilnoprawnej. W Domu nie zatrudniano opiekunów medycznych.

(akta kontroli str. 1221, 1601-1910, 1911, 1912-1917)

Jak wyjaśnił Dyrektor, Podstawową trudnością mającą wpływ na funkcjonowanie placówki jest wynagrodzenie pracowników nieproporcjonalne do wkładanego na rzecz mieszkańców wysiłku. Poczucie, że praca nie jest odpowiednio wynagradzana, może prowadzić do spadku zaangażowania i poczucia wartości wykonywanej pracy. Pracownicy mniej zmotywowani (...) to z kolei zły wpływ na jakość ich pracy. Ponadto, niska płaca może prowadzić do większej rotacji pracowników (...), co przekłada się na jakość pracy „podstawowej”. Brak osób chętnych do pracy w DPS dotyczy przede wszystkim pielęgniarek. Wynagrodzenia średniego personelu medycznego reguluje ustawa, która nie ma zastosowania dla pielęgniarek zatrudnionych w Domu, w związku z czym różnica w zarobkach pielęgniarek zatrudnionych w służbie zdrowia jest kolosalna, a odpowiedzialność za drugiego człowieka porównywalna (w niektórych przypadkach nawet większa, z uwagi na brak w miejscu pracy lekarza). Dodał również, że (...) problemem dotyczącym nie tylko domy pomocy społecznej jest dostępność do służby zdrowia. Dostęp do specjalistów jest utrudniony, a opieka szpitalna pozostawia wiele do życzenia (powrót mieszkańca z leczenia szpitalnego z odleżynami). Brak na rynku pracy specjalistów psychiatrów i psychologów, którzy chcieliby pracować w dps.

(akta kontroli str. 1122-1124)

Każdy ze 185 mieszkańców DPS miał przypisanego pracownika pierwszego kontaktu. Liczba mieszkańców przypisanych jednemu PPK wynosiła od jednego do pięciu (PPK z największą liczbą podopiecznych to opiekunowie i pracownicy socjalni).

(akta kontroli str. 1125-1131)

Szczegółową analizą objęto dokumentację IPW pięciu mieszkańców wybranych do próby badaniu przestrzegania praw mieszkańców. Dla każdego z nich opracowano IPW. Dwukrotnie był to pierwszy IPW w okresie objętym kontrolą. W jednym przypadku plan nie został opracowany w wymaganym terminie o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Czterokrotnie PPK wskazywała pielęgniarka oddziałowa a raz opiekun prawny, lecz w żadnym przypadku nie wskazano tych informacji w planach. Dyrektor potwierdził, że brak było w planie informacji o powołaniu PPK i wskazał że informacje takie będą już uwzględniane poprzez wprowadzenie dodatkowej strony. Wszystkie IPW opracowane były przez zespoły

terapeutyczne⁴⁸. Zawierały podpisy członków zespołu przy poszczególnych elementach planu oraz podpis osoby reprezentującej zespół przy ocenie rocznej realizacji planu. IPW zawierały diagnozę potrzeb mieszkańców, opisaną w poszczególnych kartach – ogólnej, pielęgniarско-opiekuńczej, psychologicznej, stanu fizycznego i motorycznego, aktywności i udziału w terapii zajęciowej, kontaktów z rodziną i środowiskiem. W IPW odnoszono się do konkretnych potrzeb, sytuacji mieszkańca, dostosowano je do wieku, stanu zdrowia oraz niezbędnych potrzeb mieszkańców. Po przyjęciu do DPS szczegółowo opisano jego sytuację bytową przed przyjęciem, przyczyny umieszczenia w Domu, zainteresowania, oczekiwania, sytuację zdrowotną, rodzinną, umiejętności sygnalizowania potrzeb, cechy pozytywne i negatywne mieszkańca. W odniesieniu do usług pielęgnacyjno- opiekuńczych dokonywana była ocena poziomu umiejętności w zakresie jedzenia, poruszania się, higieny osobistej, sprzątania pokoju. Dokonywano oceny kondycji psychicznej, a także stanu fizycznego i motorycznego, oceniano sprawność rąk, nóg, opisano diagnozę lekarską, aktywność fizyczną, zdolność do wykonywania ćwiczeń fizycznych i zabaw ruchowych, indywidualne potrzeby w zakresie protezowania i przyrządów wspomagających oraz niezbędnej rehabilitacji. Weryfikowano aktywność i udział mieszkańca w terapii zajęciowej odnotowywano warunki przystosowywania się do przebywania w DPS, informacje o uczestniczeniu w terapii zajęciowej (jak często, w jakiej formie, jak długo), informacje o pracach na rzecz domu, udziału w imprezach okolicznościowych, oraz własne zainteresowania. Uwzględniono także potrzeby w zakresie kontaktu z rodziną i środowiskiem (czy ma kontakt z rodziną, formę kontaktu, częstotliwość, oraz wskazane osoby szczególnie bliskie mieszkańcowi). W poszczególnych planach wskazano cele, ocenę poziomu umiejętności w poszczególnych dziedzinach (np. jedzenie, umiejętności ruchowe itd.), zadania do realizacji (ich zakres programowy). Weryfikacja i sposób w jaki mieszkaniiec osiągnął założone cele odbywała się na etapie oceny rocznej realizacji IPW. Modyfikacje pod kątem osiągnięcia celów stosownie do zmieniających się potrzeb mieszkańców odbywały się co roku. Plany zawierały rodzaj, zakres programowy zajęć, którymi powinien być objęty mieszkaniiec wymagający wsparcia. Brak było wymiaru czasu dla wskazanych zajęć o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Plany zawierały adnotację, że zostały sporządzone z udziałem mieszkańców i potwierdzone ich podpisem. Żaden IPW nie był korygowany. Proponowane formy rehabilitacji społecznej były dostosowane do stanu zdrowia i wieku mieszkańców. Mieszkaniiec będący w najlepszej kondycji psychicznej uczestniczył w zajęciach plastyczno-manualnych, sportowych, rekreacyjnych, muzycznych. Pozostałych czterech, ze względu na stan zdrowia i możliwości głównie uczestniczyło w zajęciach świetlicowych (oglądanie telewizji, gry planszowe, zajęcia plastyczne, muzykoterapia) jak również starano się utrzymywać i rozwijać ich aktywność fizyczną poprzez spacer po parku, wycieczki do lasu itp.).

(akta kontroli str. 436-445, 1132-1134, 1135-1255, 1256-1260)

Liczba depozytów po śmierci mieszkańców figurujących na koncie depozytowym wynosiła: na dzień 31 grudnia 2021 r. - 84 (z saldem 887,3 tys. zł), na 31 grudnia 2022 r. – 98 (z saldem 1205,4 tys. zł), na 31 grudnia 2023 r. – 107 (z saldem 1393,4 tys. zł.) i na 13 grudnia 2024 r. – 105 (z saldem 1311,3 tys. zł). Dodatkowo, na dzień 31 grudnia 2020 r. w wykazie niezamkniętych kont depozytowych figurowało 75 mieszkańców, z niezamkniętymi kontami depozytowymi na kwotę 501,5 tys. zł, którzy zmarli w latach 2000 – 2020 a DPS nie podjął działań w celu ustalenia potencjalnych spadkobierców bądź przekazania depozytu na rzecz Skarbu Państwa, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

⁴⁸ Składające się z osoby pierwszego kontaktu – jako koordynatora, psychologa, fizjoterapeuty, pielęgniarki, instruktora terapii zajęciowej, pracownika socjalnego i opiekuna.

(akta kontroli str. 1261)

W okresie objętym kontrolą, spadkobiercom wypłacono z kont depozytowych środki odziedziczone odpowiednio – w 2020 r. po trzech mieszkańcach (69,2 tys. zł), w 2021 r. po czterech mieszkańcach (98,9 tys. zł), w 2022 r. po siedmiu mieszkańcach (296,9 tys. zł) i do 13 marca 2024 r. po trzech mieszkańcach (96,9 tys. zł)⁴⁹. W żadnej ze spraw spadkobiercą nie była właściwa gmina. W ramach badania szczegółowego dokonano analizy postępowania z oszczędnościami i depozytami wszystkich mieszkańców, którzy zmarli w okresie objętym kontrolą⁵⁰ (46 mieszkańców). W trzech przypadkach po zmarłych nie pozostały żadne środki na kontach depozytowych. W 17 przypadkach DPS podjął działania zmierzające do przekazania środków z kont depozytowych uprawnionym spadkobiercom o wartości 568,8 tys. zł. We wszystkich 17 sytuacjach, spadkobiercy byli znani pracownikom socjalnym DPS, niezwłocznie zostały wysłane do nich wezwania do podjęcia depozytu zgodnie z § 4 *instrukcji w sprawie postępowania z depozytami wartościowymi w Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach* (dalej: instrukcja w sprawie depozytów) a depozyty zostały wydane na podstawie aktów poświadczenia dziedziczenia, postanowień sądu stosownie do § 2 instrukcji w sprawie depozytów.

(akta kontroli str. 1262, 1263-1456)

Szczegółowym badaniem objęto również pozostałe 26 przypadków, w których mieszkańcy zmarli w okresie objętym kontrolą. W pięciu przypadkach (depozyty o wartości 250,7 tys. zł), w których potencjalni spadkobiercy nie byli znani, DPS nie podjął żadnych działań zmierzających do ich ustalenia oraz pomimo że saldo konta depozytowego w powyższych przypadkach przekraczało 5 tys. zł, informacji o poszukiwaniu spadkobierców nie umieszczono na tablicy ogłoszeń Domu, w Biuletynie Informacji Publicznej lub w poczytnym dzienniku na terenie właściwej miejscowości, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W pozostałych 21 postępowaniach wysłane zostały wezwania do podjęcia depozytu do potencjalnych spadkobierców. Do dnia 13 marca 2024 r., tylko w jednym przypadku potencjalni spadkobiercy poinformowali DPS o fakcie, że w chwili potwierdzenia nabycia spadku depozyt będzie odebrany.

(akta kontroli str. 1457-1459, 1460-1462, 1463-1522)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Rejestr samowolnych oddaleń w DPS prowadzony był nierzetelnie, ponieważ nie odnotowano w nim pięciu samowolnych oddaleń mieszkańców DPS spośród dziewięciu, które miały miejsce w okresie objętym kontrolą.

Stanowiło to naruszenie procedury postępowania w przypadku samowolnego oddalenia się mieszkańca z DPS, w której przewidziano, że wszystkie czynności podejmowane w związku z samowolnym oddaleniem opisywane powinny być w raporcie pielęgniarstwie oraz w rejestrze samowolnych oddaleń prowadzonym przez pracowników socjalnych. Samowolne oddalenia mieszkańców odnotowywane były wyłącznie w raportach pielęgniarstwie.

(akta kontroli str. 977-979, 980-983, 984-986, 987-1013)

Dyrektor wyjaśnił: *Rejestr samowolnych oddaleń znajduje się u pracowników socjalnych, którzy uzupełniają go po zgłoszeniu samowolnego oddalenia mieszkańca przez kierowników sekcji. Nie potrafimy na tę chwilę wyjaśnić z jakiego powodu wskazanych przypadków opisanych w raportach pielęgniarstwie nie wprowadzono do rejestru. Sprawa wymaga wyjaśnienia i wyciągnięcia konsekwencji wobec osoby*

⁴⁹ Byli to mieszkańcy, którzy zmarli w 2020 r. (2), 2021 (4), 2022 (8), 2023 (3).

⁵⁰ W latach 2021 – 13 marca 2024 r.

winnej zaniedbania. W celu uniknięcia podobnych sytuacji, wynikających najprawdopodobniej z niewłaściwej komunikacji, zdecydowałem, że rejestr samowolnych oddaleń znajdował się będzie u Kierownika zespołu pielęgniarek, którego zobowiązałem do wprowadzania do rejestru odnotowanych w raportach pielęgniarskich przypadków samowolnych oddaleń mieszkańców”.

(akta kontroli str. 399-420)

2. W przypadku jednego mieszkańca nie wpisano zastosowania przymusu bezpośredniego do rejestru stosowania przymusu bezpośredniego, czym naruszono art. 18c ust. 2 ustawy ozp. Przepis ten stanowi, że w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zamieszcza się w prowadzonym przez kierownika tej jednostki rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego.

W rejestrze nie odnotowano zastosowania w dniu 24 sierpnia 2022 r. przymusu w postaci kaftana i pasów bezpieczeństwa wobec mieszkańca A.D. Środki te odnotowano natomiast w dokumentacji medycznej mieszkańca i w raporcie pielęgniarskim oraz w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego.

(akta kontroli str. 1014-1019, 1020, 1022, 1023, 1024-1035)

Dyrektor jako przyczynę wskazał *niedopatrzenie spowodowane tym, że bezpośrednio po zakończeniu czynności przeprowadzonych przez policję, pogotowie ratunkowe zabrało A.D. do Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy wraz z całą dokumentacją medyczną, gdzie w dniu 20 września 2022 r. zmarł.*

(akta kontroli str. 421-428)

3. W przypadku pięciu mieszkańców, których dokumentację analizowano w trakcie kontroli, Dyrektor nie wyegzekwował od lekarza psychiatry terminowego przeprowadzenia badań stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym konieczność dalszego pobytu w DPS, gdyż wystawiono je z naruszeniem sześciomiesięcznego terminu, o którym mowa w art. 38 ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, czym naruszono prawo do wolności mieszkańców.

Zgodnie z wymienionym przepisem osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej. Jednak warunkiem pobytu w DPS jest przeprowadzenie okresowych badań stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. Badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy. Analiza dokumentacji pięciu mieszkańców wykazała, że we wszystkich przypadkach w okresie objętym kontrolą lekarz psychiatra przeprowadzał takie badania i wydawał opinie o konieczności pozostania w Domu, jednak bez zachowania wymaganej cykliczności i terminów:

- a) mieszkaniec W.S. – przyjęty do DPS 22 czerwca 2023 r., opinia wydana 6 dni po terminie (28 grudnia 2023 r.) – powinna być do 22 grudnia 2023 r.;
- b) mieszkaniec T.K. – opinia wydana 205 dni po terminie (27 grudnia 2021 r.) – powinna być do 5 czerwca 2021 r., kolejna wydana 185 dni po terminie (2 stycznia 2023 r.) – powinna być 27 czerwca 2022 r., kolejna jeszcze nie wydana – na dzień 15 kwietnia 2024 r. jest już 288 dni po terminie – powinna być wydana 2 lipca 2023 r.;
- c) mieszkaniec K.P. – przyjęty do DPS 12 stycznia 2022 r. Pierwsza opinia wydana 185 dni po terminie (13 stycznia 2023 r.) – powinna być wydana 12 lipca 2022 r., kolejna wydana 13 lipca 2023 r. – opinia w terminie, kolejna jeszcze nie wydana na dzień 15 kwietnia 2024 r. – jest już 93 dni po terminie – powinna być wydana do 13 stycznia 2024 r.;

- d) mieszkaniec R.M. – przyjęty 26 września 1997 r. W okresie objętym kontrolą opinia wydana 204 dni po terminie (27 grudnia 2021 r.) – powinna być wydana do 6 czerwca 2021 r., kolejna jeszcze nie wydana na dzień 15 kwietnia 2024 r. – jest już 658 dni po terminie – powinna być wydana 27 czerwca 2022 r.;
- e) mieszkaniec T.B. – opinia wydana 207 dni po terminie (28 grudnia 2021 r.) – powinna być wydana 4 czerwca 2021 r., kolejna wydana 176 dni po terminie (21 grudnia 2022 r.) – powinna być wydana do 28 czerwca 2022 r., kolejna opinia powinna być wydana 21 czerwca 2023 r. – do chwili śmierci mieszkańca (18 października 2023 r.) termin przekroczony o 119 dni.

(akta kontroli str. 1036-1041, 1042)

Jak wyjaśnił Dyrektor, zatrudniony w Domu psychiatra obowiązany jest udzielać specjalistycznych konsultacji psychiatrycznych, przeprowadzać okresowe badania mieszkańców Domu i wydawać stosowne zaświadczenia mieszkańcom placówki. Zgodnie z zawartą umową, wizyty odbywają się regularnie jeden raz w tygodniu. Niestety, z powodu braku specjalistów w dziedzinie psychiatrii na rynku pracy nie mamy możliwości zatrudnić lekarza w większym wymiarze czasu pracy. Lekarz zna zapisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ale z uwagi na charakter pracy, ilość mieszkańców i dysponowanie ograniczonym czasem, nie był w stanie przeprowadzić badań w zakresie uzasadniającym pobyt w domu pomocy wszystkim mieszkańcom z częstotliwością nie mniejszą niż raz na sześć miesięcy. W rozmowie z lekarzem psychiatrą podjąłem temat obowiązujących przepisów i konieczności ich respektowania. Pani doktor zobowiązała się do wydawania opinii dotyczących mieszkańców w określonych w ustawie terminach.

(akta kontroli str. 1551-1554)

4. Dyrektor nie zapewnił rzetelnego prowadzenia rejestru zdarzeń nadzwyczajnych, bowiem nie ujęto w nim dwóch sytuacji, spośród pięciu, które wystąpiły w okresie objętym kontrolą, związanych z zagrożeniem zdrowia mieszkańców. Dotyczyło to następujących zdarzeń:

- z 22 stycznia 2024 r., podczas którego mieszkaniec K.S. około godziny 17.00 przewrócił się na korytarzu, doznał rozcięcia w okolicy potylicy (rana 3-4 cm, krwawiąca). Powiadomiono pogotowie ratunkowe, zastosowano opatrunek jałowy, zmierzono ciśnienie. Po przybyciu pogotowia mieszkańca zabrano do szpitala w Staszowie, w którym pozostał na noc; ranę zszyto. Następnego dnia mieszkaniec wrócił ze szpitala
- z 16 lutego 2024 r., podczas którego mieszkaniec M.P. idąc po schodach po obiedzie na piętro rozbił głowę. Wykonano opatrunek uciskowy na ranę, wezwano pogotowie ratunkowe. Po przyjęciu do szpitala zaopatrzone ranę, wydano zalecenia zmian opatrunków i kontroli w poradni chirurgicznej.

Zgodnie z art. 55c ust. 2 ups, w rejestrze powinny być ewidencjonowane zgłoszenia związane z zagrożeniem życia i zdrowia mieszkańców takie jak wypadki, samouszkodzenia, obrażenia ciała.

(akta kontroli str. 1162-1163, 1164-1167, 1168-1176, 1177-1186, 1187-1189)

Dyrektor wyjaśnił, że wprowadzony z dniem 1 stycznia 2024 r. obowiązek prowadzenia rejestru zdarzeń nadzwyczajnych jest rzeczą nową. Każda sytuacja związana z mieszkańcem Domu odbiegająca od normy jest sytuacją, która w różny sposób, przez różne osoby może być oceniana. Na skutek naszej mylnej oceny, przypadki S.K. i P.M. nie zostały zakwalifikowane jako zdarzenia nadzwyczajne. Po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej obu podopiecznych w dniu 5 kwietnia 2024 r. prowadzony przez nas „Rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych” został uzupełniony o ww. dwa przypadki oraz trzy inne dotyczące S.W., P.K./C.D. oraz Sch.K. W dniu 5 kwietnia 2024 r. przekazano do starosty Kieleckiego „uzupełnienie”

Rejestru – potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumenty potwierdzające dokonanie czynności załączamy do wyjaśnień.

(akta kontroli str. 399-420, 1190-1192)

Z uwagi na to, że w trakcie czynności kontrolnych Dyrektor uzupełnił rejestr zdarzeń nadzwyczajnych, NIK nie formułuje wniosku dotyczącego stwierdzonej nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 399-420, 1190-1192)

5. Dyrektor nie zapewnił rzetelnego prowadzenia ewidencji kąpieli trzech mieszkańców Domu w analizowanych miesiącach luty – marzec w latach 2021-2023, ponieważ z dokumentacji dotyczącej zabiegów pielęgnacyjnych odnotowywanych w *Książkach Gabinetu Zabiegowego* (dla każdego oddziału oddzielnie) wynikało, że:

- dla mieszkańca T.K. i T.B. w 2021 i 2022 roku oraz lutym 2023 r. nie odnotowano kąpieli;
- dla mieszkańca T.K. nie odnotowano kąpieli, w lutym 2022 r.; – kąpiel mieszkańca S.G. odnotowana była w trzech pierwszych tygodniach (brak w czwartym tygodniu);
- kąpiel mieszkańca T.B., w marcu 2023 r. odnotowano dwukrotnie, tj. niezgodnie z częstotliwością określoną w wewnętrznej procedurze obowiązującej w Domu dotyczącej higieny osobistej i utrzymywania czystości w której przewidziano, że higiena osobista mieszkańców obejmuje kąpiel, która powinna być wykonywana w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż raz w tygodniu.

(akta kontroli str. 880-932)

Dyrektor wyjaśnił, że Kąpiele mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Łagiewnikach były i są realizowane zgodnie z obowiązującą w Domu procedurą dotyczącą higieny osobistej i utrzymania czystości tj. nie rzadziej niż 1 raz w tygodniu i w razie potrzeby. Brak adnotacji w rejestrze (...) jest skutkiem nieuwagi i braku skupienia pracowników podczas wypełniania rejestru. Personel opiekuńczy Domu został poinformowany o uchybieniach w tym zakresie i zobowiązany do rzetelnego odnotowywania wykonanych czynności higienicznych.

(akta kontroli str. 959-961)

6. Dyrektor nie zapewnił zgodnego z obowiązującymi przepisami sporządzenia indywidualnych planów wsparcia dla pięciu mieszkańców DPS, których dokumentacja był analizowana, ponieważ:

- a) dla jednego mieszkańca przyjętego 12 stycznia 2022 r., IPW sporządzono w dniach 24-25 lipca 2022 r., tj. po upływie 12 dni od sześciomiesięcznego terminu od przyjęcia mieszkańca do DPS; było to niezgodne z § 2 ust. 4 rozporządzenia w sprawie DPS, zgodnie z którym indywidualny plan wsparcia powinien być przygotowany w terminie 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu;
- b) w żadnym IPW sporządzonym w okresie objętym kontrolą dla pięciu mieszkańców nie wskazano wymiaru czasu zajęć do realizacji w ramach programu; stanowiło to naruszenie § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi⁵¹, z którego wynika, że rodzaj, zakres programowy oraz wymiar czasu zajęć są ustalane w indywidualnym planie wsparcia mieszkańca domu.

(akta kontroli str. 1132-1134, 1135-1255)

⁵¹ Dz. U. z 2014 r., poz. 250.

Dyrektor wyjaśnił, że IPW (P.K.) nie zostało sporządzone po upływie półrocznego okresu adaptacyjnego mieszkańca w dniu 12 lipca 2022 r., z uwagi na to, że najbliższym terminem zebrania zespołu terapeutycznego dla oddziału IV był 25 lipca 2022 r., na którym sporządzono IPW dla P.K.). IPW był stosunkowo niedawno modyfikowany poprzez dodanie w karcie „Plan wspierania z uwzględnieniem celu, rodzaju i zakresu programowego oraz wymiaru czasu zajęć” kolumny „Tygodniowy wymiar czasu dla wskazanych zajęć”, której wcześniej nie było. Brak wpisów wymiaru czasu jest najwidoczniej starym, złym nawykiem wymagającym wyeliminowania.

(akta kontroli str. 436-445)

7. Dyrektor nie zapewnił prawidłowego postępowania zmierzającego do odbioru przez osoby uprawnione lub przekazania na rzecz Skarbu Państwa depozytów po zmarłych mieszkańcach, co było niezgodne obowiązującymi przepisami prawa i postanowieniami instrukcji w sprawie postępowania z depozytami wartościowymi obowiązującej w DPS w Łagiewnikach, a mianowicie:

- a) w pięciu przypadkach⁵² z 26⁵³, nie występowało do organu prowadzącego właściwą ewidencję, rejestr lub zbiór danych o udzielenie informacji umożliwiających ustalenie miejsca zamieszkania potencjalnego uprawnionego. Kwota jaka pozostawała na kontach depozytowych, wobec których nie podjęto żadnych działań wynosiła 250,7 tys. zł oraz w przypadku depozytów po zmarłych mieszkańcach, których szacunkowa wartość przekraczała 5 tysięcy złotych, nie zamieszczano ogłoszeń na tablicy informacyjnej DPS oraz w Biuletynie Informacji Publicznej lub poczytnym dzienniku w danej miejscowości.
- b) do 13 marca 2024 r.⁵⁴ nie zostały przekazane na rzecz Skarbu Państwa depozyty po zmarłych w latach 2000 – 2020. Na 31 grudnia 2020 r. w przedłożonym wykazie figurowało saldo depozytów w łącznej kwocie 501,5 tys. zł (po 75 mieszkańcach, którzy zmarli).

(akta kontroli str. 249-268, 1261, 1457-1459, 1460-1462)

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o likwidacji niepodjętych depozytów, przechowujący depozyt jest obowiązany wezwać uprawnionego do odbioru depozytu w terminie, o którym mowa w art. 4 ust. 2 (trzech lat od dnia doręczenia wezwania do odbioru) oraz pouczyć go o skutkach jego niepodjęcia. Zgodnie z ust. 3, gdy nie jest znane miejsce zamieszkania lub siedziba uprawnionego, przechowujący depozyt występuje do organu prowadzącego właściwą ewidencję, rejestr lub zbiór danych o udzielenie informacji umożliwiających ustalenie tego miejsca. Stosownie do ust. 5, w przypadku braku możliwości doręczenia wezwania do odbioru depozytu lub nieustalenia uprawnionego, przechowujący jest obowiązany dokonać wezwania poprzez jego wywieszenie na tablicy informacyjnej w swojej siedzibie na okres sześciu miesięcy, a jeśli szacunkowa wartość depozytu przekracza kwotę 5 tysięcy zł, również ogłoszenie w dzienniku poczytnym w danej miejscowości lub w Biuletynie Informacji Publicznej. Z przepisów art. 4 ust. 1 i art. 5 ust. 1 ustawy wynika, że likwidacja niepodjętego depozytu z mocy prawa (przejście na własność Skarbu Państwa) następuje w razie niepodjęcia depozytu przez uprawnionego, mimo upływu terminu do odbioru depozytu. Zgodnie z § 1 instrukcji w sprawie postępowania z depozytami wartościowymi mieszkańców DPS w Łagiewnikach, niepodjęcie depozytu przez uprawnione osoby w terminie trzech lat od daty wezwania powoduje, że depozyt przechodzi na własność Skarbu Państwa, natomiast § 5 i 6 instrukcji wskazują,

⁵² Dotyczyło to mieszkańców: M.M. zmarłego 1 stycznia 2021 r. – kwota pozostała na koncie depozytowym – 14 305,91 zł, L.W. zmarłego 2 sierpnia 2021 r. – kwota na koncie depozytowym – 118 966,08 zł, B.Z. zmarłego 3 stycznia 2023 r. – kwota na koncie depozytowym – 16 971, 11 zł, B.A. zmarłego 24 stycznia 2023 r. – kwota na koncie depozytowym – 11 706, 11 zł i D.M. zmarłego 27 grudnia 2023 r. – kwota na koncie depozytowym – 88 800,26 zł.

⁵³ 26 mieszkańców zmarłych w okresie objętym kontrolą.

⁵⁴ Dzień przeprowadzenia badania szczegółowego.

że w przypadku śmierci mieszkańca samotnego, Dom wzywa w formie ogłoszenia osoby uprawnione do odebrania depozytu, wyznaczając trzyletni termin odbioru oraz informując o skutkach niepodjęcia depozytu, a w przypadku depozytu o wartości ponad 5 tys. zł, Dom zamieszcza również ogłoszenie w dzienniku poczytnym w danej miejscowości lub Biuletynie Informacji Publicznej.

Odpowiedzialność za nieprawidłowe postępowanie z depozytami ponosi również Główny Księgowy DPS, który zgodnie z § 8 ww. instrukcji, sprawował nadzór nad przekazywaniem i odbiorem depozytów po śmierci mieszkańców.

Jak wyjaśnił Główny Księgowy DPS, depozyt (pieniądze, rzeczy wartościowe) będący w posiadaniu mieszkańca w przypadku jego śmierci są zabezpieczone i przechowywane przez Dom do momentu odbioru depozytu przez osoby uprawnione na mocy postanowienia Sądu lub posiadające notarialne poświadczenie dziedziczenia. Po przyjęciu mieszkańca do placówki jedną z czynności wykonywanych przez pracowników socjalnych (...) jest ustalenie osób bliskich nowego podopiecznego i nawiązanie z nimi kontaktu. W przypadku zgonu mieszkańca osoby te otrzymują informację o kwocie pozostawionej po zmarłym w depozycie oraz sposobie jej odebrania. Brak wystarczających informacji o rodzinie zmarłego utrudnia podjęcie działań. DPS jest zobowiązany do publikacji ogłoszeń w prasie, co generuje koszty. Praca pracowników Domu nad sprawą, przygotowanie dokumentacji i korespondencja również wiążą się z kosztami administracyjnymi. Dom mógłby wynająć zewnętrzną firmę specjalizującą się w poszukiwaniu spadkobierców, ale wiązałoby się to poniesieniem znacznych kosztów, które mogłyby rosnąć w zależności od skomplikowania sprawy i czasochłonności poszukiwań. Po trzech latach spadek przypada Skarbowi Państwa. Ale nie wprost, tylko po przeprowadzeniu odpłatnego postępowania odrębnie dla każdego przypadku i to na koszt DPS. To są główne przyczyny narastania problemu niepodjętych depozytów. Z ekonomicznego punktu widzenia prowadzenie całej skomplikowanej, odpłatnej procedury przy depozytach wydaje się nieracjonalne. W finansach publicznych stosowana jest już reguła ogólna, zgodnie z którą nie dochodzi się roszczeń, jeśli istnieje uzasadnione przypuszczenie, że w postępowaniu nie uzyska się kwoty wyższej od kosztów dochodzenia egzekucji. W przypadku depozytów po zmarłych DPS jest jednak zobligowany do prowadzenia postępowania po upływie 3 lat, nawet jeśli koszt tego postępowania przekracza wartość depozytu. Co więcej, koszt ten ponoszony jest przez DPS i nie można go potrącić z procedowanego depozytu. Uszczupla się w ten sposób nakłady na utrzymanie mieszkańców DPS. W związku z powyższym brak jest determinacji w podejmowaniu działania. Jeżeli chodzi o zamieszczanie informacji o poszukiwaniu spadkobierców na tablicy ogłoszeń oraz zamieszczanie stosownych informacji w BIP, podejmiemy niezwłocznie działania mające na celu zlikwidowanie uchybień.

(akta kontroli str. 1555-1559)

Dyrektor wyjaśnił, że: (...) Z ekonomicznego punktu widzenia prowadzenie skomplikowanej, odpłatnej procedury dotyczącej depozytów, dla moich poprzedników i dla mnie, wydaje się nieracjonalne. Z uwagi na powyższe, przyjęta w placówce instrukcja, do posiadania której jesteśmy zobowiązani, nie była przez odpowiedzialne osoby w pełni realizowana. Z informacji, które posiadam, problem niepodjętych depozytów dotyczy większości domów pomocy społecznej. Podobnie jak ja, wszyscy dyrektorzy Domów liczą na szybką zmianę przepisów prawnych w tym zakresie. Temat niepodjętych depozytów po zmarłych mieszkańcach DPS poruszany był przez parlamentarzystów poprzez złożenie stosownych interpelacji poselskich.

(akta kontroli str. 436-445)

NIK zwraca uwagę, że koszty prowadzonych spraw w sprawie likwidacji niepodjętych depozytów nie mogą uzasadniać nieprzestrzegania obowiązujących przepisów prawa

OCENA CZĄSTKOWA

w tym względzie. Poza tym, działania zmierzające do likwidacji depozytów byłyby możliwe w przypadku podejmowania skutecznych działań pozwalających na ustalenie potencjalnych spadkobierców.

W DPS z reguły przestrzegano praw mieszkańców, lecz niektóre działania z tym związane były realizowane nierzetelnie. Dyrektor umożliwił mieszkańcom samodzielne wyjścia poza teren DPS – część nich, ze względu na stan zdrowia mogło wychodzić z innymi mieszkańcami bądź pracownikami DPS. Rejestry samowolnych oddaleń, stosowania przymusu bezpośredniego oraz zdarzeń nadzwyczajnych prowadzono nierzetelnie, gdyż nie zawierały wszystkich zdarzeń podlegających zaewidencjonowaniu. W objętych analizą sytuacjach samowolnych oddaleń pracownicy DPS postępowali zgodnie z obowiązującą procedurą wewnętrzną. Stosowany przymus bezpośredni był uzasadniony i prawidłowo udokumentowany. We wszystkich pięciu analizowanych przypadkach, zaświadczenia o stanie zdrowia psychicznego potwierdzające konieczność dalszego pobytu mieszkańca w DPS wystawiono z naruszeniem sześciomiesięcznego terminu, o którym mowa w art. 38 ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, co naruszało prawo do wolności mieszkańców. Indywidualne plany wsparcia mieszkańców sporządzone zostały bez wskazania wymiaru czasu zajęć do realizacji w ramach IPW, a w jednym przypadku nieterminowo. DPS zapewniał właściwą pielęgnację mieszkańcom, lecz nie zawsze rzetelnie dokumentowano wykonywane zabiegi pielęgnacyjne. Opiekę pielęgnarską zapewniono przez całą dobę. Dokumentacja mieszkańców DPS, dotycząca podawania leków, obserwacji pielęgnarskich oraz leczenia psychiatrycznego prowadzona była rzetelnie. Realizowane leczenie, wykonywane zlecenia lekarskie lekarzy specjalistów, podstawowej opieki zdrowotnej oraz pohospitalizacyjne były prawidłowe i adekwatne do zaleceń. Postępowanie zmierzające do przekazania na rzecz osób uprawnionych do odbioru depozytów po śmierci mieszkańców prowadzono z naruszeniem przepisów ustawy o likwidacji niepodjętych depozytów oraz postanowień wewnętrznej instrukcji. Ponadto nie zostały dotychczas przekazane na rzecz Skarbu Państwa depozyty po zmarłych w latach 2000-2020 na kwotę 501,5 tys. zł.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

1. Uwzględnienie zadań związanych z pełnieniem funkcji pracownika pierwszego kontaktu w zakresach czynności pracowników realizujących te zadania.
2. Zapewnienie wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, zgodnie z wymogami § 6 ust. 2 pkt 3 lit. c i d rozporządzenia w sprawie DPS.
3. Zapewnienie uczestnictwa pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego co najmniej raz na dwa lata w wymaganych szkoleniach organizowanych przez Dyrektora.
4. Prawidłowe i rzetelne prowadzenie rejestrów samowolnych oddaleń, stosowania przymusu bezpośredniego oraz zdarzeń nadzwyczajnych poprzez ujmowanie w nich wszystkich zdarzeń.
5. Podjęcie działań mających na celu terminowe wystawianie opinii o konieczności dalszego pobytu w DPS przez lekarza psychiatrę.
6. Rzetelne dokumentowanie wymiany pościeli oraz realizacji zabiegów pielęgnacyjnych (kąpiele).

7. Zapewnienie sporządzania prawidłowych IPW, określających wymiar czasu zajęć zgodnie z § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

8. Podejmowanie wymaganych przepisami ustawy o likwidacji niepodjętych depozytów i postanowieniami instrukcji w sprawie postępowania z depozytami wartościowymi mieszkańców w DPS w Łagiewnikach działań, wobec depozytów po zmarłych mieszkańcach DPS.

Uwagi NIK nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Kielcach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Kielce, czerwca 2024 r.

Kontrolerzy
Sławomir Tokarczyk
specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
p.o. Wicedyrektor
Krzysztof Wilkosz

.....
podpis

.....
podpis

Przemysław Domoradzki
starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

Sporządził:

Sławomir Tokarczyk, specjalista kp., dnia

Przemysław Domoradzki, starszy inspektor kp., dnia

Uzgodniono z:

Marzeną Baradziej, głównym specjalistą kontroli państwowej, dnia

Janem Woźniakiem, doradcą prawnym, dnia