

PS-I.431.1.19.2024

**PROTOKÓŁ
KONTROLI KOMPLEKSOWEJ
przeprowadzonej
w „Srebrnej Magnolii” w Osiedlu Poznańskim**

Działając na podstawie art. 22 pkt 10, art. 127 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1283), przepisów rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2020 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej (Dz.U. z 2020 r., poz. 2285 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 sierpnia 2020 r. w sprawie wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1562)

zespół inspektorów w składzie:

- 1. Marzena Modrzewska** – inspektor wojewódzki w Wydziale Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim, posiadająca upoważnienie Wojewody Lubuskiego Nr 155-1/2024 z 24 maja 2024 r. – *kierująca zespołem inspektorów;*
- 2. Marta Mikołajczyk** – starszy inspektor wojewódzki w Wydziale Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim, posiadająca upoważnienie Wojewody Lubuskiego Nr 155-2/2024 z 24 maja 2024 r. – *członek zespołu inspektorów*

(akta kontroli str. 1-2)

przeprowadził w okresie od 3 czerwca 2024 r. do 3 września 2024 r. w Placówce całodobowej pn. „Srebrna Magnolia” w Osiedlu Poznańskim, ul. Brzozowa 35, 66-446 Deszczno – kontrolę kompleksową. Zakres kontroli obejmował obszar organizacji i funkcjonowania jednostki wiążący się z realizacją zadań określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Czynności kontrolnych w Placówce dokonano dwukrotnie:

3 czerwca 2024 r. w obecności:

- Pana Krzysztofa Białkowskiego – Prowadzącego placówkę,
- *– Dyrektora placówki.

27 sierpnia 2024 r. w obecności:

- Pana Krzysztofa Białkowskiego – Prowadzącego placówkę,
- *– pielęgniarki;

powodem przeprowadzenia czynności 27 sierpnia 2024 r. była interwencja zgłoszona telefonicznie do Wydziału Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim, 21 sierpnia 2024 r.

Przed przystąpieniem do kontroli zespół inspektorów złożył pisemne oświadczenia o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie od udziału w niniejszej kontroli.

*Wyłączenia dokonał zespół kontrolny na podstawie art. 5 ustawy z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 902).

Zagadnienia do kontroli:

1. Dokumentacja regulująca funkcjonowanie placówki.
2. Ocena warunków bytowych.
3. Dokumentacja mieszkańców.
4. Kwalifikacje pracowników.
5. Poziom świadczenia usług na rzecz mieszkańców.
6. Zabezpieczenie dyżurów.

Do oceny powyższych zagadnień przyjęto:

- ustalenia dokonane w ramach oględzin pomieszczeń obiektu 3 czerwca 2024 r. i 27 sierpnia 2024 r.;
- dokumenty udostępnione w dniu kontroli oraz przekazane emaillem z 11. i 19 czerwca 2024 r., 19 sierpnia 2024 r. oraz pocztą tradycyjną 11., 26 czerwca 2024 r., 4 lipca 2024 r., w tym na pisemne wezwanie Dyrektora WPS z 24., 27 czerwca 2024 r., 8 lipca 2024 r., 7., 14 sierpnia 2024 r.
- dokumentację dostępną w aktach Wydziału Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim (PS-I.9423.5.2021).

(akta kontroli str. 3-25)

Na tej podstawie zespół inspektorów dokonał następujących ustaleń:

1. Dokumentacja regulująca funkcjonowanie placówki.

Placówka „Srebrna Magnolia” w Osiedlu Poznańskim działa na podstawie zezwolenia Wojewody Lubuskiego - decyzja Nr PS-I.9423.5.2014.ETom z 15 stycznia 2015 r. zmieniona decyzją Nr PS-I.9423.4.2017.MMik z 18 maja 2017 r. i Nr PS-I.9423.5.2021.MMod z 11 maja 2021 r. – na prowadzenie całodobowej placówki w ramach działalności gospodarczej. Zezwolenie jest wydane na czas nieokreślony. Liczba miejsc rzeczywistych wynosi 71.

W Placówce obowiązuje Regulamin, koncepcja prowadzenia oraz procedura dot. rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych. Rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych prowadzony jest zgodnie z przepisami. Kontrujący sugerują dopracowanie rejestru zgodnie z treścią protokołu kontroli. W Placówce prowadzona jest ewidencja przypadków stosowania przymusu bezpośredniego. Nie jest stosowany przymus bezpośredni wobec mieszkańców.

„Srebrna Magnolia” w Osiedlu Poznańskim jest placówką całodobową prowadzoną w ramach działalności gospodarczej.

Regulamin Placówki zawiera 17 punktów. Określa organizację, zasady działania i zakres usług świadczonych w placówce. Zgodnie z Regulaminem każdy mieszkaniec ma m.in. prawo do poszanowania godności osobistej, własnej autonomii, niezależności, kontaktu ze środowiskiem. Mieszkańcy mają prawo posiadania prywatnych rzeczy w pokoju i zgłaszania ewentualnych usterek. Regulamin określa kwestię żywienia i organizacji posiłków w Placówce, zasady dokonywania zakupów – w tym lekarstw i pieluch - podawania i przechowywania leków oraz opuszczania placówki.

Koncepcja prowadzenia placówki – Pensjonatu „Srebrna Magnolia”, jest zgodna z treścią Regulaminu. Dodatkowo wskazuje m.in., że pobyt w Placówce finansowany jest z wpłat

za pobyt każdego z mieszkańców. W Placówce przez całą dobę świadczone są usługi opiekuńcze – także podczas choroby - opieka higieniczna, pomoc w załatwianiu spraw osobistych, umożliwianie kontaktu z otoczeniem, a także usługi bytowe obejmujące całodobowe miejsce pobytu, wyżywienie i utrzymanie czystości. Do Placówki przyjmowane są osoby o różnym poziomie sprawności. Do stanu mieszkańca dostosowuje się sposób świadczenia usług. Stan mieszkańców nie wpływa na wysokość ustalonej opłaty za pobyt. Opisana jest kwestia dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, organizacji czasu wolnego mieszkańców. Poza tym, koncepcja zawiera ogólny opis warunków bytowych oraz określa zatrudnienie w Placówce.

Zgodnie z art. 68a, pkt 1, lit d, tiret czwarte ustawy o pomocy społecznej, podmiot prowadzący placówkę ma obowiązek prowadzenia **ewidencji przypadków stosowania na terenie placówki przymusu bezpośredniego**, ze wskazaniem daty i zakresu tego środka. W placówce prowadzona jest zgodnie z przepisami „Książka ewidencji środków przymusu bezpośredniego”. Dokument założony 1 września 2021 r. W dniu kontroli nie zawierał wpisów. Z wyjaśnień Prowadzącego wynika, że w Placówce nie jest stosowany przymus bezpośredni wobec mieszkańców.

Zgodnie z art. 68aa ustawy o pomocy społecznej, podmiot prowadzący placówkę zobowiązany jest do prowadzenia **rejestrów zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych** dotyczących osób przebywających w placówce. Obowiązek prowadzenia przedmiotowego rejestru w Placówce wynika z Zarządzenia Dyrektora Domu Opieki „Srebrna Magnolia” z dnia 29 grudnia 2023 r. w sprawie wprowadzenia procedury prowadzenia Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących Mieszkańców Domu Opieki „Srebrna Magnolia”.

Zakres rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych prowadzonego w Placówce jest zgodny z przepisami i zawiera wszystkie elementy wskazane w art. 68aa ust. 3 pkt 1-4 ustawy o pomocy społecznej. **Dopracowania wymaga natomiast pozycja w rejestrze dot. podjętych działań następczych.** W rejestrze dokonuje się opisu, jakie działania w zakresie zdarzenia zostały podjęte. Działania te mają charakter naprawczy; ich celem jest naprawienie szkody, zmniejszenie dolegliwości następstw danego zdarzenia, wsparcia osoby poszkodowanej (np. wezwanie pogotowia, wizyta lekarza rodzinnego). Ta część opisu zdarzenia ma zasadnicze znaczenie dla późniejszych obowiązków wynikających z ustawy o pomocy społecznej. Dlatego działania następcze powinny ponadto uwzględniać działania:

- profilaktyczne w celu zapobieżenia wystąpienia zdarzeń o podobnym charakterze w przyszłości;
- porządkujące, mające na celu dokonanie zmian w sposobie funkcjonowania PCO oraz wyciągnięcia wniosków w zakresie dalszego funkcjonowania PCO;
- dyscyplinujące polegające na wyciągnięciu konsekwencji wobec osób odpowiedzialnych za wystąpienie zdarzenia.

Kontrolujący sugerują ponadto dopracowanie rejestru o dodatkowe pozycje:

- datę zapoznania się ze zdarzeniem przez kierującego PCO (data, w której ze zdarzeniem został zapoznany prowadzący PCO);
- dane osoby przyjmującej zgłoszenie (dokonującej wpisu z upoważnienia kierującego PCO).

W dniu kontroli w rejestrze odnotowano 2 wpisy. Kontrolujący zauważają, że przy dokonywaniu wpisów do rejestru należy kierować się przede wszystkim definicją

zdarzenia nadzwyczajnego¹, przez które należy rozumieć każde zdarzenie, które w sposób negatywny wpływa na mieszkańca placówki i którego następstwa wiążą się z potencjalnym lub faktycznym pogorszeniem stanu zdrowia lub wręcz zagrażają życiu mieszkańca. Co do zasady zdarzenie nadzwyczajne to zdarzenie mające charakter rzadki, jest spowodowane szczególnymi okolicznościami, jest nieprzewidziane w planie. Zdarzenie nadzwyczajne jest przeciwieństwem zdarzenia zwyczajnego, codziennego, normalnego i zdarzającego się powszechnie.

(akta kontroli str. 560-571)

Przeprowadzone czynności kontrolne nie wykazały uchybień w badanym zakresie. Kontrujący sugerują dopracowanie rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych zgodnie z treścią protokołu kontroli.

2. Ocena warunków bytowych.

Działania - w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku - polegają na świadczeniu przez całą dobę usług opiekuńczych i bytowych na określonym poziomie. Warunki, jakie powinna spełniać całodobowa placówka zostały określone zapisami art. 68 ustawy o pomocy społecznej.

Placówka wyposażona jest w zewnętrzną tablicę informacyjną dot. posiadanego zezwolenia wojewody. Wewnątrz budynku – na tablicy ogłoszeń – znajdują się wszystkie informacje zgodnie z przepisami.

Podmiot prowadzący całodobową Placówkę zobowiązany jest umieścić w widocznym miejscu na budynku, w którym prowadzi placówkę, tablicę informacyjną zawierającą informację o rodzaju posiadanego zezwolenia oraz numer wpisu do rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Informacja dot. zakresu prowadzonej działalności musi być także umieszczona na tablicy ogłoszeń znajdującej się w widocznym miejscu w budynku.

W ramach przeprowadzonych czynności kontrolnych ustalono, że Placówka posiada zewnętrzną tablicę informacyjną odnośnie posiadanego zezwolenia wojewody. Wewnątrz budynku – na tablicy – została umieszczona informacja w zakresie prowadzonej działalności oraz pozostałe wymagane przepisami prawa.

Budynek nie spełnia standardu usług bytowych – w budynku bariery architektoniczne. Mieszkańcy placówki mają możliwość wyjścia poza budynek na teren posesji.

Placówka mieści się w 2 budynkach połączonych łącznikiem. Budynek posiada pozwolenie na użytkowanie – kategoria XI prawa budowlanego. Teren ogrodzony z zagospodarowanym ogrodem. Otoczenie budynku pozbawione barier architektonicznych.

W „starej części” do budynku z poziomu parteru prowadzą 4 wejścia. Budynek ten jest dwukondygnacyjny – pokoje dla mieszkańców znajdują się na parterze i na piętrze

¹ Uzasadnienie do ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

budynku. Na parterze obiektu podjazdy, szerokie drzwi i korytarze, łazienki wyposażone w poręcze. Bariery w miejscu przeznaczonym na pralnię i suszarnię – do użytku personelu. Kondygnacje skoordynowane 2 klatkami schodowymi oraz windą przeznaczoną do przewozu osób leżących, zlokalizowaną w części jadalni. Na piętrze **bariery architektoniczne przy wejściu do jednego pokoju – schodki** (pokój nr 9). W jednej łazience zlokalizowanej przy pokojach mieszkalnych nr 16 i 17, wysoki brodzik prysznicowy (stopień). Stanowiska kąpielowego nie wliczono do ogólnej liczby łazienek. Drugi budynek („nowa część”) jest parterowy. W „nowej części” do budynku z poziomu parteru prowadzą wejścia: główne - z boku budynku, ze „starej części” przez łącznik, wyjście z łącznika, okno balkonowe w sali dziennej. W każdym pokoju w tej części jest okno balkonowe z możliwością wyjścia na taras. „Nowa część” bez barier: szerokie drzwi i korytarze, łazienki wyposażone w poręcze ułatwiające korzystanie z toalety. Komunikacja pomiędzy budynkami zapewniona dzięki łącznikowi (część zabudowana, zadaszona, ogrzewana). Teren wokół ogrodzony, dzwonek przed bramką wejściową. Możliwość wejścia na posesję od strony „starej części” oraz „nowej części”. Teren wokół budynku zagospodarowany. Przed budynkiem stoliki, krzesała. Bramka na posesję zamknięta, otwierana przez personel.

Placówka oferuje wszystkie – określone przepisami – pomieszczenia. Pokoje mieszkalne spełniają wymagane standardy w zakresie powierzchni i liczby zamieszkujących osób. Liczba pomieszczeń sanitarnych jest dostosowana do liczby osób zamieszkujących w Placówce. W Placówce zamontowany system przyzywowy – alarmowy i czujki przeciwpożarowe. Kontrolujący sugerują zniwelowanie nieprzyjemnych zapachów.

Dla mieszkańców Placówki dostępne są następujące pomieszczenia:

- „stara część”: pokoje mieszkalne, jadalnia, pokój dziennego pobytu („sala kominkowa”), pokój zabiegowy, pomieszczenie do prania i suszenia, magazynek z bielizną pościelową, ręcznikami (pomieszczenia dostępne tylko dla personelu).
- „nowa część”: pokoje mieszkalne, jadalnia (pełniąca również funkcję pokoju dziennego pobytu), biuro, toaleta, pralnia, dwa magazynki oraz kotłownia.

Placówka pn. „Srebrna Magnolia” dysponuje 37 pokojami mieszkalnymi. Na potrzeby mieszkańców – zgodnie z zezwoleniem – przeznaczone są:

- parter („stara część”): 1 pokój trzyosobowy i 5 pokoi dwuosobowych,
- piętro („stara część”): 1 pokój trzyosobowy, 6 pokoi dwuosobowych oraz 5 pokoi jednoosobowych; w tej części 2 pokoje przechodnie.
- parter („nowa część”): 18 pokoi dwuosobowych, 1 jednoosobowy (spełnia standard pokoju 2-osobowego, zgodnie z wizytacją poprzedzającą zmianę zezwolenia).

Zgodnie z art. 68 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej, pokoje mieszkalne w placówkach całodobowych, nie mogą być więcej niż trzyosobowe. Powierzchnia pokoju mieszkalnego dwu i trzyosobowego nie może być mniejsza niż 6 m² na osobę, a pokoju jednoosobowego – nie mniejsza niż 9 m² na osobę. Pokój mieszkalny uznaje się za spełniający normę, jeśli odstępstwo od wymaganej powierzchni nie jest większe niż 5%. Zgodnie z ustaleniami zespołu kontrolnego wszystkie pokoje mieszkalne – na które placówka posiada zezwolenie (37 pokoi) **spełniają standard w zakresie minimalnej powierzchni** na jednego mieszkańca. Pokoje 1-, 2-, 3-osobowe. W dniu kontroli w pokoju dwuosobowym nr 17 (piętro „stara część”) dostawione 3 łóżko (niemedyczne). Z wyjaśnień Prowadzącego wynika, że wykorzystywane jest one do odpoczynku

przez jedną z mieszkanek tego pokoju. Ponadto dwa pokoje – zgodnie z zezwoleniem dwuosobowe – w dniu kontroli zamieszkiwane były każdy przez jedną osobę (nr 18 na piętrze „starej części”, nr 5 w „nowej części”).

Pokoje mieszkalne przestronne wyposażone w podstawowe meble (łóżka, szafy, szafki nocne, sprzęt rtv). Mieszkańcy zadbani, mają możliwość wyjścia na zewnątrz.

Przepisy wskazują, że Placówka powinna zapewniać jedną łazienkę dla nie więcej niż pięciu osób i jedną toaletę dla nie więcej niż czterech osób (...). Jeśli liczba osób leżących przekracza 50% ogólnej liczby mieszkańców, dopuszcza się zmniejszenie liczby tych pomieszczeń o 25%. Zespół kontrolny – w oparciu o zebrane dane i bezpośrednio oględziny obiektu – stwierdził, że w kontrolowanej placówce powyższe nie ma zastosowania.

Placówka spełnia standard w zakresie minimalnej liczby łazienek oraz toalet. Sanitariaty dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Na parterze w „starej części” (13 miejsc) dostępnych jest 7 toalet i 6 natrysków:

- 6 pokoi (wszystkie w tej części) z dostępem do łazienki i toalety;
- 1 toaleta ogólnodostępna.

Na piętrze w „starej części” (20 miejsc), dostępnych jest 7 toalet i 6 natrysków:

- 3 pokoje (nr 9, 15, 18) z dostępem do łazienki i toalety;
- 1 pokój (nr 13) z dostępem do łazienki i toalety; do tego sanitariatu dostęp także z korytarza; dostępne dwa natryski, w tym jeden nieczynny – nie uwzględniono przy ustalaniu standardu;
- 4 pokoje przechodnie (nr 7 i 8; 10 i 11) – po jednej łazience na dwa pokoje;
- 2 pokoje (nr 16 i 17) z dostępną wspólną łazienką – stwierdzono bariery architektoniczne (wysoki brodzik); punktu tego nie uwzględniono przy ustalaniu standardów.

W „nowej części” (obecnie 37 mieszkańców; standard dla 38 mieszkańców) dostępnych 19 toalet i 19 natrysków dla mieszkańców:

- 19 pokoi (wszystkie w tej części) z dostępem do łazienki i toalety;
- toaleta ogólnodostępna dla pracowników i gości.

Zespół inspektorów w dniu oględzin stwierdził brak poręczy przy części natrysków – uchybienia te zostały zlikwidowane w trakcie czynności kontrolnych.

We wszystkich pokojach mieszkalnych, przy każdym łóżku zamontowany jest system przyzywowo – alarmowy. System skoordynowany w tzw. dyżurkach oddzielnie w „starej” i „nowej” części. W „nowej części” dodatkowo nad pokojami sygnalizacja świetlna. Czujki przeciwpożarowe zamontowane są na korytarzach i w pokojach mieszkalnych.

Do Wydziału Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego – 21 sierpnia 2024 r. – wpłynęło telefoniczne zgłoszenie ws. funkcjonowania placówki. Interweniująca zgłosiła, że:

- metraż pokoju dwuosobowego w „nowej części” jest mały;
- zamknięte drzwi zewnętrzne do placówki;
- mieszkańcy wypuszczani na teren wokół na godzinę/dwie tylko z personelem;
- w pokojach brak możliwości otwierania drzwi tarasowych, możliwość otwarcia tylko okna;
- pokój za rzadko wietrzony – wyczuwalny zapach moczu;

- korytarz w „nowej części” zastawiony suszarkami z praniem, wózkami inwalidzkimi;
- brak zajęć terapeutycznych.

W związku z trwającą kontrolą w Placówce, zespół inspektorów – 27 sierpnia 2024 r. – podjął dodatkowe czynności w siedzibie Placówki. W ich toku ustalono, że pokoje w „nowej części” mają metraż zgodny z przepisami i zamieszkiwane są maksymalnie przez dwie osoby.

Drzwi zewnętrzne do placówki zamknięte. Możliwość ich otwarcia przez personel. Kontrolujący stwierdzili, że w każdym pokoju „nowej części” w oknach tarasowych znajdują się klamki z zamkiem patentowym. W jednym pokoju **brak klamki w drzwiach tarasowych**. W każdym pokoju możliwość otwarcia okna, we wszystkich założone moskitiery. W czasie oględzin **okna we wszystkich pokojach były uchylone**, ponadto w trzech pokojach otwarte drzwi tarasowe.

Mieszkańcy, którzy są samodzielni mogą wychodzić na zewnątrz zgodnie z potrzebą (wyjście drzwiami ogólnodostępnymi lub drzwiami tarasowymi). Mieszkańcy niesamodzielni wychodzą na zewnątrz – z personelem – dwa razy dziennie: przed południem i po południu, każdorazowo po ok. 2 godziny (w przypadku gdy warunki atmosferyczne na to pozwalają). Ponadto mają oni możliwość otwierania drzwi tarasowych w obecności personelu lub osoby z rodziny. W czasie wykonywania czynności kontrolnych mieszkańcy wyszli na zewnątrz.

Lustrowane pokoje i przynależne do nich sanitariaty były czyste, łóżka zaściane, w nielicznych pokojach przebywali mieszkańcy. W czasie oględzin w jednym pokoju stwierdzono nieprzyjemny zapach, pomieszczenie w trakcie wietrzenia. Z wyjaśnień Prowadzącego wynika, że spowodowane jest to stanem osób zamieszkujących i tym, że pomieszczenie jest przed sprzątnięciem. Pokoje sprzątnięte są codziennie rano i wieczorem oraz doraźnie. Kontrolujący sugerują zniwelowanie nieprzyjemnych zapachów.

Na części korytarza – z jednej strony – pozostawione wózki inwalidzkie i chodziki. Nie powodowało to utrudnień w poruszaniu się mieszkańców, w tym także na wózkach inwalidzkich. Suszarki z praniem wystawione na zewnątrz. W przypadku złej pogody część prania stoi na korytarzu. Z wyjaśnień Prowadzącego wynika, że zachowana jest drożność komunikacji. Teren wokół placówki ogrodzony, a bramy są zamykane. Na noc – z uwagi na bezpieczeństwo mieszkańców – zamykane są także drzwi zewnętrzne i drzwi tarasowe w pokojach.

Zajęcia rekreacyjne dla mieszkańców odbywają się codziennie i są prowadzone przez personel dyżurujący.

Dokumentacja dotycząca wyżywienia mieszkańców, w tym godziny podawania posiłków głównym mieszkańcom Placówki są zgodne z przepisami.

Zgodnie z art. 68 ust.6 ustawy o pomocy społecznej, placówka powinna zapewniać m.in. co najmniej 3 posiłki dziennie, w tym posiłki dietetyczne – zgodnie ze wskazaniem lekarza, dostęp do drobnych posiłków i napojów między posiłkami, przerwę między posiłkami nie krótszą niż 4 godziny. Ostatni posiłek nie powinien być podawany wcześniej niż o godzinie 18.

W toku czynności kontrolnych ustalono, że **wyżywienie** przygotowywane jest przez personel placówki. Uwzględniane są diety żywieniowe nakazane przez lekarzy poszczególnych mieszkańców. Godziny wydawania posiłków głównych zgodne

z przepisami, dostępne są dla mieszkańców na tablicy ogłoszeń. Placówka zapewnia mieszkańcom 5 posiłków dziennie (3 główne i 2 dodatkowe – deserowe), tj.:

- śniadanie – godz. 9⁰⁰;
- drugie śniadanie – godz. 11⁰⁰;
- obiad – godz. 13⁰⁰;
- podwieczorek – godz. 15³⁰;
- kolacja – godz. 18⁰⁰.

Mieszkańcy mają prawo spożywania posiłków wspólnie z innymi w jadalni lub w pokojach. Osobom zapewnia się również pomoc w spożywaniu posiłków, w swoich pokojach. Ponadto mieszkańcy mają dostęp do napojów zimnych lub ciepłych o każdej porze dnia i nocy oraz dostęp do dodatkowego jedzenia.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Gorzowie Wielkopolskim – 30 listopada 2023 r. – przeprowadził kontrolę sanitarną bloku żywieniowego w placówce. Zakres kontroli obejmował kontrolę kompleksową stanu sanitarno-technicznego obiektu, higieny produkcji, dystrybucji posiłków, jakości żywienia oraz systemów zarządzania bezpieczeństwem żywności i żywienia. Ustalono, że jadłospis tygodniowy wraz z listą alergenów i składem surowcowym umieszczony jest na tablicy w stołówce. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 28-121; 605-606)

Przeprowadzone czynności kontrolne wykazały uchybienia w zakresie braku standardu usług bytowych – bariery architektoniczne w budynku. Kontrolujący sugerują zniwelowanie nieprzyjemnych zapachów.

3. Dokumentacja mieszkańców.

Zgodnie z art. 22 pkt 3 oraz art. 67 ustawy o pomocy społecznej, wojewoda wydaje zezwolenie na prowadzenie placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Zezwolenie wydawane jest, gdy placówka spełnia określone przepisami standardy w zakresie usług opiekuńczych, bytowych. Zgodnie z art. 68a podmiot prowadzący placówkę zobowiązany jest prowadzić szczegółową dokumentację osób przebywających w placówce.

Liczba osób przebywających w Placówce jest zgodna z zezwoleniem Wojewody Lubuskiego. Wszyscy mieszkańcy wyrazili zgodę na umieszczenie w placówce. Dokumentacja mieszkańców (umowy) prowadzona jest nierzetelnie. Mieszkańcom nie ograniczono możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki.

Jednostka działa na podstawie zezwolenia Wojewody Lubuskiego na prowadzenie całodobowej placówki w ramach działalności gospodarczej. Placówka zapewnia opiekę osobom w podeszłym wieku. Oferuje ogółem **71 miejsc**.

Do oceny zagadnienia zespół inspektorów przyjął listę mieszkańców przedłożoną przez Prowadzącego 3 czerwca 2024 r. Lista zawierała dane 66 mieszkańców, dwie pozycje były wykreślone. Na liście Prowadzący uwzględnił: imię i nazwisko mieszkańca, rok urodzenia, informację o orzeczonej stopniu niepełnosprawności, sposobie poruszania się, ubezwłasnowolnieniu, opiece prawnej. Do analizy kontrolujący przyjęli akta

wszystkich 66 osób przebywających w placówce. Z zestawienia – sporządzonego przez Prowadzącego – wynika, że trzy osoby są ubezwłasnowolnione. Zgodnie z informacją Prowadzącego 29 mieszkańców posiada orzeczenia o niepełnosprawności.

Pobyt w placówce regulują zapisy umowy cywilno-prawnej. Zgodnie z art. 68a pkt 1 lit. a ustawy o pomocy społecznej, podmiot prowadzący placówkę zapewniającą całodobową opiekę (...) obowiązany jest prowadzić szczegółową dokumentację osób przebywających w placówce, zawierającą m.in. umowę o świadczenie usług w placówce.

Prowadzący posiada umowy dotyczące 66 mieszkańców. Wszystkie umowy o świadczenie usług opieki całodobowej obowiązywały w dniu kontroli. Dwie umowy **nie zostały podpisane** przez mieszkańców lub osoby wskazane w komparycji umów. Pozostałe umowy są podpisane. W umowach ujęte są dane identyfikacyjne mieszkańców (imię, nazwisko, adres, data urodzenia, PESEL, dokument tożsamości) oraz dane osób reprezentujących tj. najbliższej rodziny czy osób wskazanych do kontaktu. Z zapisów poszczególnych umów wynika, że Prowadzący zobowiązuje się do zapewnienia całodobowych świadczeń m.in. usług opiekuńczych, udzielania pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnację, opiekę higieniczną, niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych, kontakty z otoczeniem, miejsce pobytu, wyżywienie, utrzymanie czystości.

Kontrolujący zbadali ograniczenie samodzielnego opuszczania – przez mieszkańców – terenu PCO. Z oświadczenia Prowadzącego wynika, że nie ograniczał on możliwości samodzielnego opuszczania placówki. Wobec mieszkańców, których akta poddano kontroli nie zostało wydane:

- zaświadczenie lekarza wskazujące zasadność ograniczenia samodzielnego opuszczania terenu PCO;
- orzeczenie sądu dot. możliwości samodzielnego opuszczenia terenu PCO.

W dokumentacji mieszkańców znajdują się informacje dotyczące stanu zdrowia.

Zgodnie z art. 68c ustawy o pomocy społecznej osoba ubezwłasnowolniona całkowicie może być umieszczona w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie.

Zgodnie z art. 68a pkt 1 lit. f w dokumentacji osoby przebywającej musi znajdować się postanowienie sądu opiekuńczego w przedmiocie udzielenia zezwolenia na umieszczenie w placówce – w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Wymogi określone w tym przepisie, w stosunku do osób przyjętych do placówki zapewniającej całodobową opiekę przed 1 stycznia 2020 r. (tj. przed dniem wejścia w życie tego przepisu), stosuje się od dnia 1 czerwca 2021 r. W placówce **przebywają** trzy osoby ubezwłasnowolnione. Umieszczenie tych osób w placówce nastąpiło przed ich ubezwłasnowolnieniem, zatem mieli oni zdolność prawną do wyrażenia zgody na umieszczenie w placówce.

(akta kontroli str. 26-27; 122-411)

Przeprowadzone czynności kontrolne wykazały uchybienia w zakresie nierzetelnego prowadzenia dokumentacji mieszkańców (umowy).

4. Kwalifikacje pracowników.

Jednym z elementów stanowiących o zapewnieniu standardu usług w placówce całodobowej jest zabezpieczenie kadry. Ustawa o pomocy społecznej nakłada na podmioty prowadzące działalność w zakresie placówki całodobowej obowiązek zatrudniania osób posiadających odpowiednie kwalifikacje. Ponadto podmioty te zobowiązane są zapewnić świadczenie pracy na podstawie umowy o pracę lub innej umowy osoby w wymiarze nie mniejszym niż 1/3 pełnego wymiaru czasu pracy na jedną osobę przebywającą w placówce, jednak nie mniej niż 4,5 etatu.

W placówce powierza się opiekę nad mieszkańcami w ramach zawartych umów. Wymiar czasu pracy osób świadczących pracę – na podstawie umowy o pracę lub innej umowy – na rzecz mieszkańców jest powyżej ustawowego minimum. W placówce zatrudnia się osoby, których wymiar czasu pracy nie jest wliczany do ustawowego minimum.

W czasie kontroli Prowadzący przedłożył wykaz pracowników Placówki według stanu na 3 czerwca 2024 r. Na wykazie znajdowało się: 8 osób zatrudnionych na umowy o pracę, 14 osób, z którymi podpisano umowy zlecenie, 10 osób, z którymi podpisano nieodpłatne umowy zlecenie. Ponadto Prowadzący przedłożył dokumenty 1 osoby, z którą podpisano umowę o dzieło. Zespół inspektorów przyjął do analizy dokumentację wszystkich wymienionych w zestawieniu osób oraz osoby wykonującej dzieło.

W dniu kontroli w placówce przebywało 66 mieszkańców, zatem Prowadzący musi zapewnić kadrę – z odpowiednimi kwalifikacjami – zatrudnioną w wymiarze minimum **22 pełnych etatów wymiaru czasu pracy**. Na podstawie przedłożonej dokumentacji zespół inspektorów uznał, że faktyczny wymiar etatów w placówce wynosi **22,03 etatu, zatem jest powyżej ustawowego minimum.**

Do wskaźnika zatrudnienia zespół inspektorów **wliczył** wyłącznie osoby posiadające kwalifikacje zgodne z art. 68a pkt 4 ustawy o pomocy społecznej, tj.:

- 7 osób zatrudnionych w wymiarze **6,5 etatu** na umowy o pracę;
- 13 osób w wymiarze **11,23 etatu** (zgodnie z listami obecności za maj 2024 r.) – mających podpisane umowy zlecenie;
- 1 osobę w wymiarze **0,09 etatu** (zgodnie z listą obecności za maj 2024 r.) – mającą podpisaną umowę o dzieło;
- 8 osób w wymiarze **4,21 etatu** (zgodnie z listami obecności za maj 2024 r.) – mających podpisane nieodpłatne umowy zlecenie.

Zespół inspektorów wliczył do wskaźnika osoby zatrudnione na nieodpłatne umowy zlecenia. Zgodnie z art. 735 § 1 Kodeksu cywilnego, jeżeli ani z umowy, ani z okoliczności nie wynika, że przyjmujący zlecenie zobowiązał się wykonać je bez wynagrodzenia, za wykonanie zlecenia należy się wynagrodzenie. Oznacza to, że odpłatność umowy zlecenia jest zasadą, a nieodpłatność – wyjątkiem. Odpłatność nie stanowi jednak istotnego elementu takiej umowy, w związku z tym może być ona zawarta zarówno jako umowa odpłatna, jak i nieodpłatna. Jeśli umowa zlecenia ma być nieodpłatna, musi być to wyraźnie zaznaczone w jej treści. Brak takiego zapisu uruchamia domniemanie jej odpłatności, nawet jeśli nie zawiera postanowień dotyczących wynagrodzenia. W badanym przypadku wszystkie nieodpłatne umowy zlecenia w swojej treści zawierają zapisy dotyczące braku wynagrodzenia za wykonanie zlecenia.

W dniu kontroli 10 osób z personelu nie miało ukończonego szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Osoby te ukończyły szkolenie **w trakcie trwania czynności kontrolnych.**

Zespół inspektorów do wskaźnika zatrudnienia **nie wliczył**:

- Dyrektor placówki – nie wykonuje zadań związanych z bezpośrednią opieką, co wynika z zakresu obowiązków;
- 1 osoby, z którą podpisano umowę zlecenie jako pomoc kuchenna;
- 1 osoby mającej podpisaną nieodpłatną umowę zlecenie – brak zgodnych z przepisami kwalifikacji;
- 1 osoby, wykazanej w zestawieniu, z nieobowiązującą – w dniu kontroli – umową.

Zespół inspektorów uznaje, że pracownicy, którzy nie mają kwalifikacji zgodnych z przepisami – choć nie są wliczani do wskaźnika - to **stanowią realne wsparcie** w opiece nad mieszkańcami.

(akta kontroli str. 54-121; 412-529; 603-604)

Przeprowadzone czynności kontrolne nie wykazały uchybień w badanym zakresie.

5. Poziom świadczenia usług na rzecz mieszkańców.

Zgodnie z art. 68 ust. 1-3 ustawy o pomocy społecznej, w całodobowej placówce świadczone są usługi opiekuńcze i bytowe. Usługi opiekuńcze obejmują:

- udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych;
- pielęgnację, w tym także w czasie choroby;
- pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych;
- opiekę higieniczną;
- niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych;
- kontakty z otoczeniem.

Sposób świadczenia usług powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce, a także prawa człowieka.

Placówka w ramach usług opiekuńczych powinna zapewnić organizację czasu wolnego.

Prowadzona jest dokumentacja dotycząca pomocy w czynnościach życia codziennego.

Realizację usług w Placówce zapewnia personel placówki. Wykonuje on m.in. czynności higieniczno-pielęgnacyjne, pomoc przy posiłku, kąpiele, prowadzenie zajęć aktywizujących, toaletę, wizytację pokoi. W placówce prowadzi się:

- zeszyt raportów opiekunów, w którym odnotowuje się stan pacjenta i wykonanie kąpieli wg kart;
- raporty pielęgniarstwa – w których odnotowuje się stan zdrowotny pacjentów, przyjmowane leki, zaopatrzenie medyczne;
- grafiki kąpieli;
- zestawienie faktycznie wykonanych kąpieli;
- kartę obserwacji pacjenta cewnikowanego;
- kartę czynności wykonywanych każdego dnia przy mieszkańcu, w której odnotowuje się m.in.: całkowitą toaletę, mycie głowy/golenie, toaletę jamy ustnej, zmianę pampersa, zmianę bielizny pościelowej, paznokcie, stolec, pionizację, wysadzanie na wózek, gimnastykę oddechową, zabezpieczenie odleżyn, ran, oklepywanie pleców;

- kartę obserwacji chorego zagrożonego wystąpieniem odleżyn, w której zaznacza się m.in.: typ materaca, stan skóry, zmianę pozycji, dopajanie, oklepywanie, nacieranie, masowanie;
- zestawienie ilości przyjętych i oddanych płynów.

Dokumentacja prowadzona jest w sposób szczegółowy i rzetelny.

Osoby przebywające w Placówce mają zapewnioną pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. Prowadzona jest – zgodna z przepisami – ewidencja przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie Placówki.

Zgodnie z art. 68a, pkt 1, lit. d, tiret trzecie ustawy o pomocy społecznej, podmiot prowadzący ma obowiązek prowadzenia – ewidencji przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki, ze wskazaniem daty i zakresu tych świadczeń oraz danych świadczeniodawcy udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Prowadzący placówkę oświadczył, że wszyscy mieszkańcy mają zapewnioną opiekę lekarza, z którym Prowadzący podpisał umowę o dzieło. Wizyty lekarza w placówce odbywają się raz w tygodniu po 3 godziny. W maju 2024 r. było to 15 godzin wizyt. Ponadto w placówce – dla części mieszkańców – realizowana jest rehabilitacja domowa w ramach NFZ. Usługę tą realizuje 2 rehabilitantów.

Dostępna ewidencja przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie placówki **jest zgodna z przepisami.**

W Placówce jest dokumentowana organizacja czasu wolnego mieszkańcom. Mieszkańcy mają możliwość realizacji potrzeb religijnych oraz wnoszenia skarg.

Na tablicy ogłoszeń w placówce zamieszczone są informacje o zajęciach w ramach czasu wolnego. Zajęcia odbywają się w każdy dzień pracujący w godzinach 11³⁰-12³⁰ oraz 16⁰⁰-17⁰⁰. W placówce prowadzi się dokumentację potwierdzającą organizację czasu wolnego. Zespół inspektorów zapoznał się z dokumentacją zajęć sporządzoną w okresie 12-31.05.2024 r. Odnotowane są w niej data, rodzaj zajęć, mieszkańcy uczestniczący, personel. W badanym okresie zapewniano mieszkańcom: muzykoterapię, zajęcia z rytmiki, gimnastykę, zajęcia umysłowe, śpiewanie, gry ręczne, gry planszowe.

W badanym okresie organizowano także msze; szafarz pełni posługę co niedzielę. Wizyty duszpasterskie odbywają się co drugą środę o 15⁰⁰.

Mieszkańcy mają możliwość wniesienia skarg i wniosków w księdze, która znajduje się w biurze Dyrektora. Informacja o tym zamieszczona jest na tablicy ogłoszeń.

(akta kontroli str. 26-27; 530-559; 572-583)

Nie stwierdzono nieprawidłowości w badanym zakresie.

6. Zabezpieczenie dyżurów.

Zgodnie z art. 68 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, opieka w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku polega na świadczeniu – przez całą dobę – usług opiekuńczych i bytowych. Aktualnie obowiązujące przepisy regulują kwalifikacje kadry. Sposób świadczenia usług w placówce powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce.

Dokumentacja dot. zabezpieczenia kadrowego na dyżurach prowadzona jest nierzetelnie. Zawiera istotne uchybienia pod względem gwarancji właściwego zabezpieczenia kadrowego na dyżurach dziennych i nocnych.

Zgodnie z art. 129 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, rozkłady czasu pracy pracowników opracowywane są w formie pisemnej. Oceny zabezpieczenia kadrowego pod względem liczby osób na poszczególnych dyżurach dokonano w oparciu o analizę list obecności w pracy za maj 2024 r.

Z dokumentacji przedłożonej przez Prowadzącego Placówkę wynika, że usługi opiekuńcze na rzecz mieszkańców realizowane były – w maju 2024 r. – przez 30 osób (opiekunów, opiekunów medycznych i pielęgniarki). Dyrektor Placówki – w toku kontroli – dwukrotnie uzupełniła listy obecności o legendę dotyczącą godzin pełnionych dyżurów. Osoby pełniące dyżur podpisują się na listach obecności. Nieobecność pracowników zaznaczana była zazwyczaj symbolem „-” lub pozostawiano puste pole, w przypadku, gdy osoba nie miała zaplanowanego dyżuru.

Zespół inspektorów zbadał zabezpieczenie kadrowe na dyżurach na podstawie badanej próby, w maju 2024 r.

Organizacja pracy w Placówce charakteryzuje się zróżnicowaniem godzin pracy pracowników. Dyżury trwają 6, 7 ½, 8, 11, 12 lub 24 godziny. Dyżuryienne odbywają się w następujących godzinach: 7⁰⁰-7⁰⁰ (24 godziny); 7⁰⁰-19⁰⁰; 7³⁰-18³⁰; 7³⁰-15³⁰; 7³⁰-15⁰⁰; 8⁰⁰-14⁰⁰; dyżur nocny w godzinach 19⁰⁰-7⁰⁰.

Sposób prowadzenia dokumentacji budzi wątpliwości zespołu inspektorów pod względem zabezpieczenia kadrowego na dyżurach dziennych i nocnych – nie daje gwarancji

bezpieczeństwa mieszkańcom Placówki. Liczba pracowników na dyżurach – w maju 2024 r. – była różna. Zabezpieczenie kadrowe w ciągu dnia (w godzinach 7³⁰ – 18³⁰) wynosiło od 4 do 13 osób. Dyżury nocne od 19⁰⁰ do 7⁰⁰ były zapewnione każdorazowo przez 2 osoby z personelu. **Wyjątek stanowiły godziny od 7⁰⁰ do 7³⁰ oraz od 18³⁰ do 19³⁰ podczas których obecna była tylko 1 osoba na dyżurze (32 przypadki²) lub brak osób na dyżurze (18 przypadków³).** Taki sposób zabezpieczenia kadrowego budzi wątpliwości zespołu kontrolnego. Prowadzący powinien zabezpieczyć ilość kadry, w taki sposób, aby zapewnić ciągłość funkcjonowania i opiekę dostosowaną do potrzeb mieszkańców, tak aby dać gwarancję zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom Placówki. Dyrektor Placówki wyjaśniła, że cyt. „praca w godzinach 7⁰⁰ do 7³⁰ oraz od 18³⁰ do 19³⁰ nie zawsze widoczna jest w grafiku. Mamy ustalenia, że dyżur zawsze musi być zdany nowej zmianie. Czyli, gdy ktoś pracuje od godz. 7⁰⁰, to musi zostać około 15 minut dłużej, a osoby przychodzące na godz. 7³⁰ przychodzą około 15 minut wcześniej. Tak samo wygląda to wieczorem (godz. 18³⁰-19⁰⁰)”. Dodatkowo w pracy jest Dyrektor Placówki (w godz. 7⁰⁰-15⁰⁰), od poniedziałku do piątku i Prowadzący Placówkę (również w weekendy). **W ocenie zespołu kontrolnego, zabezpieczenie kadrowe powinna odzwierciedlać dokumentacja.**

Dokumentacja dot. zabezpieczenia kadrowego na dyżurach prowadzona jest nierzetelnie. Kontrolujący ustalili, że 2 dyżury nocne⁴ (w godzinach 19⁰⁰ – 7⁰⁰) były

² 03.05.2024 r., 05.05.2024 r., 10.05.2024 r., 13.05.2024 r., 15.05.2024 r., 18.05.2024 r., 19.05.2024 r., 20.05.2024 r., 21.05.2024 r., 22.05.2024 r., 23.05.2024 r., 24.05.2024 r., 25.05.2024 r., 26.05.2024 r., 29.05.2024 r., 30.05.2024 r. – dwukrotnie: w godzinach 7⁰⁰ do 7³⁰ oraz od 18³⁰ do 19³⁰.

³ 04.05.2024 r., 06.05.2024 r., 08.05.2024 r., 09.05.2024 r., 12.05.2024 r., 14.05.2024 r., 16.05.2024 r., 27.05.2024 r., 31.05.2024 r. – dwukrotnie: w godzinach 7⁰⁰ do 7³⁰ oraz od 18³⁰ do 19³⁰.

⁴ 16.05.2024 r. i 21.05.2024 r.

zabezpieczone przez jednego pracownika. Dyrektor Placówki oświadczyła ustnie do protokołu, że w liście obecności znajdowały się błędy (błędny symbol – legenda dot. godzin dyżuru i brak adnotacji o zmianie godzin pełnionego dyżuru). Faktycznie na ww. dyżurach było 2 pracowników, czego nie potwierdza prowadzona dokumentacja. **Zatem dokumentacja jest prowadzona nierzetelnie.**

(akta kontroli str. 54-121; 520-529; 584-602)

Dokumentacja dot. zabezpieczenia kadrowego na dyżurach zawiera istotne uchybienia i prowadzona jest nierzetelnie. Sposób prowadzenia dokumentacji budzi wątpliwości zespołu inspektorów pod względem zabezpieczenia kadrowego na dyżurach dziennych i nocnych – nie daje gwarancji bezpieczeństwa mieszkańcom Placówki.

Wnioski:

1. Funkcjonowanie Placówki zostało uregulowane w stosowej dokumentacji (Regulamin, koncepcja prowadzenia Placówki).
2. Prowadzona jest ewidencja przypadków stosowania przymusu bezpośredniego. W Placówce nie jest stosowany przymus bezpośredni wobec mieszkańców.
3. Rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych prowadzony jest zgodnie z przepisami. Kontrolujący sugerują dopracowanie rejestru zgodnie z treścią protokołu kontroli.
4. Mieszkańcy mają możliwość wnoszenia skarg i wniosków.
5. Placówka wyposażona jest w zewnętrzną tablicę informacyjną dot. posiadanego zezwolenia wojewody. Wewnątrz budynku – na tablicy ogłoszeń – znajdują się wszystkie informacje zgodnie z przepisami.
6. Budynek nie spełnia standardu usług bytowych – w budynku bariery architektoniczne.
7. Kontrolujący sugerują zniwelowanie nieprzyjemnych zapachów.
8. Mieszkańcy placówki mają możliwość wyjścia poza budynek na teren posesji.
9. Placówka oferuje wszystkie - określone przepisami - pomieszczenia. Pokoje mieszkalne spełniają wymagane standardy w zakresie powierzchni i liczby zamieszkujących osób.
10. Liczba pomieszczeń sanitarnych jest dostosowana do liczby osób zamieszkujących w Placówce.
11. W Placówce zamontowany system przyzywowo – alarmowy i czujki przeciwpożarowe.
12. Dokumentacja dotycząca wyżywienia mieszkańców, w tym godziny podawania posiłków głównych mieszkańcom Placówki są zgodne z przepisami.
13. Liczba osób przebywających w Placówce jest zgodna z zezwoleniem Wojewody Lubuskiego.
14. Wszyscy mieszkańcy wyrazili zgodę na umieszczenie w placówce.
15. Dokumentacja mieszkańców (umowy) prowadzona jest nierzetelnie.
16. Mieszkańcom nie ograniczono możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki.
17. W placówce powierza się opiekę nad mieszkańcami w ramach zawartych umów.
18. Wymiar czasu pracy osób świadczących pracę – na podstawie umowy o pracę lub innej umowy - na rzecz mieszkańców jest powyżej ustawowego minimum.

19. W placówce zatrudnia się osoby, których wymiar czasu pracy nie jest wliczany do ustawowego minimum.
20. W placówce prowadzona jest dokumentacja dotycząca pomocy w czynnościach życia codziennego.
21. Osoby przebywające w Placówce mają zapewnioną pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. Prowadzona jest – zgodna z przepisami – ewidencja przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie Placówki.
22. W Placówce jest dokumentowana organizacja czasu wolnego mieszkańcom.
23. Dokumentacja dot. zabezpieczenia kadrowego na dyżurach zawiera istotne uchybienia i prowadzona jest nierzetelnie. Sposób prowadzenia dokumentacji budzi wątpliwości zespołu inspektorów pod względem zabezpieczenia kadrowego na dyżurach dziennych i nocnych - nie daje gwarancji bezpieczeństwa mieszkańcom Placówki.

Wnioski zawarte w punktach:

- 6, 15, 23 stanowią **istotne uchybienia**,
- 3, 7 stanowi **sugestię** zespołu kontrolnego.

Za stwierdzone uchybienia odpowiedzialny jest Prowadzący Placówkę.

Na tym kontrolę zakończono.

Dokonano wpisu do książki kontroli pod pozycją nr 15.

POUCZENIE

Zgodnie z § 17 rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2020 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej kierownik jednostki podlegającej kontroli może odmówić podpisania protokołu kontroli, składając, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, wyjaśnienie przyczyn tej odmowy.

Ponadto kierownikowi jednostki podlegającej kontroli przysługuje prawo zgłoszenia, przed podpisaniem protokołu kontroli, umotywowanych zastrzeżeń dotyczących ustaleń zawartych w protokole. Zastrzeżenia zgłasza się na piśmie do dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.

W przypadku zgłoszenia zastrzeżeń do protokołu kontroli, termin odmowy podpisania protokołu wraz z podaniem jej przyczyn biegnie od dnia doręczenia kierownikowi jednostki podlegającej kontroli stanowiska dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim wobec zastrzeżeń.

Niniejszy protokół kontroli sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazano Prowadzącemu placówkę całodobową pn. „Srebrna Magnolia” w Osiedlu Poznańskim, drugi pozostawiono w aktach Wydziału Polityki Społecznej LUW w Gorzowie Wielkopolskim.

Kontrolujący:

INSPEKTOR WOJEWÓDZKI
w Oddziale Nadzoru i Kontroli
w Pomocy Społecznej
w Wydziale Polityki Społecznej

Marzena Modrzewska

Kierownik jednostki:

NIKO
Krzysztof Białkowski
66-446 Osiedle Poznańskie
ul. Brzozowa 35
NIP 599-212-50-54

STARSZY INSPEKTOR WOJEWÓDZKI
w Oddziale Nadzoru i Kontroli
w Pomocy Społecznej
w Wydziale Polityki Społecznej

Marta Mikołajczyk

Gorzów Wielkopolski, dnia 11 września 2024 r.

Osiedle Poznańskie, dnia 10 października 2024 r.