

## PROTOKÓŁ

z kontroli doraźnej przeprowadzonej w Domu Pomocy Społecznej w Psarskim, z siedzibą pod adresem: Psarskie, ul. Owocowa 8, 63-100 Śrem.

Organem prowadzącym Dom jest Powiat Śremski.

Nadzór nad przestrzeganiem standardu usług świadczonych w Domu oraz nad zgodnością zatrudnienia pracowników z wymaganymi kwalifikacjami sprawuje Wojewoda Wielkopolski.

Kontrolę przeprowadzili pracownicy Wydziału Polityki Społecznej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu: Violetta Rakowska – Żytkiewicz – starszy inspektor wojewódzki, jako kierownik zespołu inspektorów i Magdalena Wiśniewska – inspektor wojewódzki na podstawie upoważnienia Wojewody Wielkopolskiego nr KN-II.0030.363.2013.1 z dnia 14 sierpnia 2013 r. (zał. nr 1 do protokołu kontroli).

Kontrolujący złożyli oświadczenia, że nie istnieją okoliczności uzasadniające wyłączenie ich od udziału w niniejszej kontroli.

Kontrolę przeprowadzono w dniach 21 i 28 sierpnia 2013 r.

Zakres kontroli objął wybrane elementy standardu obowiązujących usług opisane w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964) w związku z podjęciem informacji o niedomogach w zakresie świadczenia usług opiekuńczych i wspomagających.

Kontrola została przeprowadzona w oparciu o następujące akty prawne: ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2013 r., poz. 182 ze zm.), rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964) oraz rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 marca 2005 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej (Dz. U. Nr 61, poz. 543 ze zm.).

Treść protokołu podlega udostępnieniu zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112 poz. 1198 ze zm.) prócz informacji stanowiących dane osobowe w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

### I. OBJAŚNIENIA WSTĘPNE

Dom Pomocy Społecznej określa się w protokole jako Dom lub skrótem DPS, indywidualne plany wsparcia skrótem IPW, a zespół terapeutyczno-opiekuńczy skrótem Zespół, a pracownik pierwszego kontaktu skrótem ppk.

24 lipca do Wydziału Polityki Społecznej WUW w Poznaniu wpłynęło pismo p. XXXX XXXX, która zgłosiła m.in., że w DPS w Psarskim:

- 25.06.2011 r. oraz 6.04.2012 r. dyżurująca pielęgniarka odmówiła wezwania pogotowia ratunkowego do brata, p. XXXX XXXX,
- nie zapewniono właściwej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, w tym profilaktyki przeciwoleżynowej – p. XXXX dołączyła zdjęcia
- niewłaściwe traktowano mieszkańców np. odmówiono podania bratu śniadania dopóki się nie ubierze, poniża się mieszkańców i grozi, że zostaną „zamknięci na dole”
- nie rozwiązano sytuacji odmowy przyjmowania posiłków przez brata
- kradzieży przedmiotów stanowiących własność mieszkańca itp. (Kserokopia pisma p. X. XXXX stanowi zał. nr 2 do protokołu kontroli).

Ustaleń kontrolnych dokonano na podstawie:

- rozmowy z Radą Mieszkańców, Dyrektorem Domu i pracownikami
- notatek służbowych zespołu inspektorów,
- dokumentów (oświadczeń, wykazów, zestawień) sporządzonych w Domu na prośbę zespołu inspektorów,
- dokumentacji będącej w posiadaniu Domu.

W trakcie kontroli informacji udzielały następujące osoby:

- p. Hieronim Bartkowiak - Dyrektor Domu
- Rada Mieszkańców (4 osoby)
- p. XXXX XXXX- starszy opiekun
- p. XXXX XXXX – główny specjalista
- p. XXXX XXXX – opiekun.

Ustalenia kontroli:

Pan XXXX XXXX został przyjęty do Domu 07 kwietnia 2011 r.

W trakcie rozmowy z Radą Mieszkańców zapytano o p. XXXX XXXX . Przewodniczący Rady Mieszkańców kojarzył, że „był ktoś taki”, jednak mieszkańcy będący w Radzie nie poznali Go bliżej (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Jak wynika z relacji p. XXXX, starszego opiekuna mieszkaniec „został przyjęty do Domu w dobrym w stanie fizycznym, był chory, ale chodzący (...). Pan XXXX przyszedł do Domu na swoje życzenie chodził na terapię, rozmawiał, był przekonany, że jest w placówce czasowo, że przyjechał tak jak do sanatorium. Jednakże kiedy okazało się, że ma w nim zostać na stałe, zaczął się wycofywać, i wtedy też i fizycznie i psychicznie zaczął niedomagać.” Zdaniem p. XXXX, p. XXXX nie przyjmował do wiadomości, że ma zostać w DPS i zaczął podupadać na zdrowiu – „to był swoisty bunt organizmu związany z niechcianą sytuacją” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów ze starszym opiekunem stanowi zał. nr 4 do protokołu kontroli).

Pani XXXX XXXX, pracownik pierwszego kontaktu p. XXXX poinformowała, że „(...) od momentu przyjęcia był zagubiony i depresyjny (...). W pokoju p. X usiadł na łóżku i nic nie mówił. Z mieszkańcem przyjechały 2 panie - jedną z nich była p. XXXX - siostra mieszkańca, która dyrygowała i kierowała mieszkańcem, wydawała polecenia.” Pani XXXX przekazała, że „mieszkaniec poruszał się samodzielnie, ale powoli, wymagał wsparcia”, „był trudny i kapryśny - na wstępie był na nie, co dotyczyło w zasadzie wszystkiego - wstajemy - nie, na terapię - nie”, mieszkaniac był przekonany, że przyjechał na leczenie, że jest tu przejściowo, i że po leczeniu wyjedzie (Notatka służbowa

z rozmowy zespołu inspektorów z pracownikiem pierwszego kontaktu p. X. XXXX stanowi zał. nr 5 do protokołu kontroli).

Pani XXXX, główny specjalista poinformowała, że p. XXXX XXXX od początku był przekonany, że został umieszczony w placówce leczniczej i że po leczeniu wyjedzie. Pan XXXX został skierowany do nas na pobyt czasowy, a docelowo miał zamieszkać w DPS w Poznaniu przy ul. Konarskiego. Siostra p. XXXX, p. XXXX XXXX koordynowała przenosiny (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą stanowi zał. nr 6 do protokołu kontroli).

Dyrektor Domu poinformował:

- „p. XXXX przyszedł do nas fizycznie sprawny, miał problemy z adaptacją, nie chciał uczestniczyć w życiu Domu,”
- „po przyjęciu p. XXXX był w dość dobrej kondycji, protestował odmawiając jedzenia”
- „kiedy zmarła żona p. XXXX, to dostał skierowanie do Domu, mam wrażenie, że problem rodziny został przeniesiony na nas (...)”
- „pan XXXX zachowywał się inaczej kiedy był sam i inaczej kiedy przyjeżdżała siostra (...)”
- „(...) odmawiał jedzenia - wtedy przyjeżdżałem nawet w niedzielę, bo p. XXXX musiał przyjmować leki, a nie mógł ich otrzymać na czczo”
- „między p. XXXX a innymi mieszkańcami nie było sporów, nikt z mieszkańców się nie uskarżał” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS Psarskie stanowi zał. nr 7 do protokołu kontroli).

Dyrektor poinformował, że kiedy p. XXXX, chciała rozmawiać na temat brata (p. XXXX) najczęściej wzywał pielęgniarkę, która była osobą najbardziej zorientowaną co do aktualnego stanu zdrowia p. XXXX (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS Psarskie stanowi zał. nr 7 do protokołu kontroli).

W Domu przekazano kserokopie dokumentów dotyczących zgłaszanych przez p. XXXX uwag dotyczących pracy Domu:

1. pismo (skarga) p. XXXX XXXX z dnia 23.08.2011 r. w sprawie p. X. XXXX do Starosty Śremskiego, dotyczące złego traktowania brata przez personel DPS w Psarskim oraz braku odpowiedniej opieki
  - przekazanie skargi dotyczącej działalności Domu przez przewodniczącego Rady Powiatu w Śremie Dyrektorowi DPS (pismo z dnia 30.08.2011 r.)
  - pismo do Przewodniczącego Rady Powiatu w Śremie dotyczące skargi na DPS w kwestii złego traktowania Mieszkańca p. XXXX XXXX, w którym Dyrektor ustosunkował się do zgłoszonych zarzutów p. X. XXXX oraz wnioskował o uznanie skargi za bezzasadną (pismo z dnia 06.09.2011 r.)
2. informacja o stanie zdrowia P. XXXX XXXX sporządzona przez kardiologa specjalistę chorób wewnętrznych (z dnia 30.08.2011 r.)
  - opinia sporządzona przez prof. dr hab. XXXX XXXX, w której zapisano: „mieszkaniec czuje się oszukany i nie może zaakceptować swojej aktualnej sytuacji”
  - oświadczenie p. X. XXXX dotyczące odmowy przyjmowania posiłków, mimo przyjmowania insuliny (z dnia 15.08.2011 r.)
  - protokół ze spotkania, które odbyło się 13 grudnia 2011 r. w siedzibie PCPR w Śremie, którego celem było omówienie i wyjaśnienie kwestii związanych z funkcjonowaniem mieszkańca DPS w Psarskim, Pana XXXX XXXX ; w podsumowaniu spotkania w którym uczestniczyli przedstawiciele PCPR, DPS oraz siostra p. X. XXXX – p. X. XXXX ustalono: „iż najlepszym rozwiązaniem będzie przeniesienie ww. do Domu Pomocy Społecznej w Poznaniu z uwagi na fakt, iż w tym mieście zamieszkiwał całe życie,

a wszyscy obecni na spotkaniu zobowiązali się wesprzeć p. X. XXXX w działaniach zmierzających do osiągnięcia założonego celu (...)"

3. pismo z dnia 22.02.2012 r. p. X. XXXX do Dyrektora DPS w Psarskim w sprawie konsultacji lekarskiej u chirurga/neurologa lub skierowania p. X. XXXX do szpitala w celu zmiany dotychczasowego leczenia

- pismo Dyrektora DPS w Psarskim DPS.AT/061-01/83/12 z dnia 29.02.2012 r. do p. XXXX XXXX, informujące iż wszelkie podane we wcześniejszym piśmie uwagi były przedstawione lekarzowi prowadzącemu, który jest upoważniony do udzielania szczegółowych informacji o stanie zdrowia i stosowanych lekach.

W sprawie kontaktów p. XXXX z siostrą p. XXXX ustalono, że najczęściej odwiedzany był przez siostrę, czasem przez szwagra, a synowie pojawiali się sporadycznie (...) (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów ze starszym opiekunem stanowi zał. nr 4 do protokołu kontroli).

Pracownik pierwszego kontaktu p. XXXX poinformowała, że mieszkaniec „omawiał jedzenia oferowanego przez Dom, jednakże p. XXXX przywoziła bratu jedzenie tj. soki, ciasta, truskawki” oraz, że „p. XXXX mówiła o przeniesieniu do innego Domu, sam mieszkaniec o tym nie wspominał (...) (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z pracownikiem pierwszego kontaktu p. X. XXXX stanowi zał. nr 5 do protokołu kontroli).

*W celu określenia indywidualnych potrzeb mieszkańca domu oraz zakresu usług, o których mowa w ust. 1, dom powołuje zespoły terapeutyczno-opiekuńcze składające się w szczególności z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców. Do podstawowych zadań zespołów terapeutyczno-opiekuńczych należy opracowywanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców oraz wspólna z mieszkańcami domu ich realizacja. Indywidualny plan wsparcia powinien być przygotowany w terminie 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu. Dom funkcjonuje w oparciu o indywidualne plany wsparcia mieszkańca domu, opracowywane z jego udziałem, jeżeli udział ten jest możliwy ze względu na stan zdrowia i gotowość mieszkańca do uczestnictwa w nim. Działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca domu koordynuje pracownik domu, zwany dalej "pracownikiem pierwszego kontaktu", wskazany przez mieszkańca domu, jeżeli wybór ten jest możliwy ze względu na jego stan zdrowia i organizację pracy domu. Pracownicy pierwszego kontaktu działają w ramach zespołów terapeutyczno-opiekuńczych. (§ 2, ust. 2-4, § 3 ust. 1-3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964).*

Zarządzeniem Nr 41/2005 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Psarskim z dnia 30.12.2005 r. w Domu powołano zespół terapeutyczno – opiekuńczy (zał. nr 8 do protokołu kontroli). Jak stanowi §1 Zarządzenia, W skład zespołu wchodzi: pracownicy medyczni, pracownicy merytoryczni, pokojowe, kapelan, dietetyk, pracownicy administracji i obsługi wykonujący funkcje pracownika pierwszego kontaktu, świadczący pracę w Domu Pomocy Społecznej w Psarskim w ramach: stosunku pracy, umowy na zasadach wolontariatu, umowy z PUP o staż, przyuczenie do wykonywania pracy, umowy dotyczącej praktyk, odbywania służby zastępczej.

W §2 Zarządzenia przedstawiono schemat organizacyjny zespołu terapeutyczno – opiekuńczego, zakładający skoordynowane działania podejmowane wobec mieszkańca przez: pracowników socjalnych, opiekunów, terapeutów, pracownika I kontaktu, pracowników medycznych i pokojowe oraz pracowników administracji i obsługi. Nadzór nad przebiegiem działań zgodnie ze schematem powierzono osobie koordynatora, któremu podporządkowano bezpośrednio pracowników pełniących funkcję pracownika I kontaktu. Graficznie przedstawiono to w schemacie organizacyjnym za pomocą połączenia stanowisk koordynatora i pracownika I kontaktu za pomocą ciągłej linii. Relacje koordynatora z pozostałymi stanowiskami wymienionymi w Zarządzeniu przedstawione zostały za pomocą linii przerywanej.

Spotkania zespołu terapeutyczno-opiekuńczego są protokołowane – zawierają następujące wpisy: „Protokół z zebrania zespołu terapeutycznego w dn.(...)” lub „zespołu terapeutyczno-opiekuńczego (...) w pkt I „Obecni” wpisuje się od 1 do (...) nazwisko i inicjał imienia osób uczestniczących w spotkaniu, w pkt II „Tematy” wpisuje się od 1 do (...) rozpatrywane sprawy bieżące np. problemów poszczególnych mieszkańców lub problemów stwarzanych przez mieszkańców np. mieszkańcem, który nadużywa alkoholu oraz m.in. zorganizowanych wyjazdów, wyboru pracownika ppk, zmian pokoi mieszkalnych, prac remontowych. Poniżej znajduje się podpis. W protokołach sygnalizuje się problem, natomiast sporadycznie dokonano wpisów dotyczących rozwiązań poruszanych sytuacji.

W przekazanych do wglądu protokołach z zebrań Zespołu w okresie objętym kontrolą zapisy dotyczące p. XXXX XXXX znajdowały się w protokołach datowanych:

- 23.03.2011 r. „3. Omówienie przyjęć nowych mieszkańców p. (...) i p. XXXX”
- 30.06.2011 r. „2. Zmiany dot. zamieszkania w pokojach (...) – p. XXXX p.104 lub 109” (wpis ostatniej cyfry był nieczytelny)
- 24.08.2011 r. „6. Sprawa p. XXXX XXXX: - konflikt z siostrą ww., personelem i mieszkańcem”
- 8.09.2011 r. „6. Spr. p. XXXX XXXX – rehabilitacja – nie chce uczestniczyć w zajęciach”
- 14.09.2011 r. „3. Rehabilitacja p. X. XXXX”
- 29.09.2011 r. „2. Spr. p. X. XXXX – skargi wniesionej przez jego siostrę rozpatrywanej na Radzie Powiatu i sesji Powiatu – Rada uznała sprawę za bezzasadną”
- 5.10.2011 r. – „4. Sprawa p. X. XXXX – dziś powrócił ze szpitala i podpisał zgodę na przeniesienie do DPS w Poznaniu przy ul. Konarskiego – w związku z otrzymanym pismem z MOPR Poznań”
- 12.10.2011 r. – „6. Spr. p. X. XXXX – nie chce brać udziału w zajęciach terapeutycznych (ponowienie próby zachęcania do udziału)”
- 16.11.2011 r. „5. Omówienie spr. zorganizowania spotkań z p. (... ) i spotkania z p. X. XXXX i p. X. XXXX z prac. DPS i prac. PCPR Śrem”
- 8.12.2011 r. – „Sprawa spotkania w PCPR Śrem z p. (...) i p. X. XXXX (p. XXXX) w dn. 13.12.11 r.”
- 1.02.2012 r. „4. Spr. p. X. XXXX – siostra p. XXXX XXXX bez powiadomienia personelu wczoraj zabrała brata do jakiegoś lekarza i (...) żąda realizacji swoich pomysłów i zaleceń.”

Mieszkańcy byli zorientowani co do faktu otoczenia opieką przez pracownika pierwszego kontaktu. Poinformowali, że ppk można wybrać samemu, a jak ktoś nie może sam wybrać to przydziela mu się kogoś. „Pani X [pedagog] po przyjęciu do Domu opowiada mieszkańcom o życiu Domu, w tym o wyborze pracownika pierwszego kontaktu. Rada Mieszkańców dodała, że „do niektórych mieszkańców ppk przychodzi, żeby posiedzieć i porozmawiać, a jeśli akurat się nie pokaże, a jest taka potrzeba, to sami go znajdujemy” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Pani XXXX, opiekun, była pracownikiem pierwszego kontaktu wybranym przez p. XXXX XXXX. Ppk poinformowała, że rozmawiała z mieszkańcem często, potem odnotowywała to w IPW. Pani XXXX dodała, że nie uczestniczyła w spotkaniach Zespołu (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z pracownikiem pierwszego kontaktu p. X. XXXX stanowi zał. nr 5 do protokołu kontroli).

Mieszkańcy nie byli zorientowani, że są w Domu dokumenty zgodnie z którymi planuje się zajęcia i pracę z nimi, nie pamiętali również, by zostali zapoznani z takimi dokumentami lub

że złożyli na nich swój podpis (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Główny specjalista poinformowała, że zasady sporządzania Indywidualnych Planów Wsparcia są następujące: „Każdy mieszkaniec ma program wstępnej adaptacji, który jest taki sam dla każdego mieszkańca. Od przyjęcia do Domu mieszkańcem zajmuje się pedagog, mieszkaniec poznaje DPS otrzymuje wiele informacji, w trakcie aklimatyzacji dokonuje wyboru ppk lub zostaje mu on przydzielony. Pedagog monitoruje mieszkańca w okresie adaptacji, dokumentuje ten czas zbiera informacje. Potem wraz ze mną przekazuje druki IPW wybranemu pracownikowi pierwszego kontaktu. Ppk nie uczestniczy w spotkaniach Zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, informacje o podopiecznym zbiera od osób pracujących z mieszkańcem. Nie zakłada się terminu weryfikacji założonych celów, ich weryfikacja dokonywana jest w przypadku kiedy zmieni się stan mieszkańca, taka sytuacja jest odnotowywana przez ppk. Mieszkaniec zapoznaje się ze swoim planem lub jest z nim zapoznawany, widocznie mieszkańcy o tym zapomnieli” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą stanowi zał. nr 6 do protokołu kontroli).

W procedurze dotyczącej zakresu obowiązków pracownika pierwszego kontaktu sformułowano m.in. zasady koordynowania przez ppk Indywidualnych Planów Wsparcia Mieszkańca: „1. Dla sprawnego prowadzenia indywidualnego planu wsparcia ważne są częste kontakty pracownika pierwszego kontaktu z mieszkańcem. W planie wsparcia planowane są działania na najbliższy okres, a także dokonywane bieżące korekty, wynikające ze zmiany zdania mieszkańca lub obserwacji bądź zaleceń specjalisty. 2. Każda zmiana stanu psychofizycznego mieszkańca wymaga sporządzenia nowej diagnozy. Diagnoza musi zawierać wszystkie informacje o mieszkańcu (negatywne i pozytywne). 3. Cel musi wynikać z diagnozy, musi być z nią spójny”, 4. Cele formułujemy szczegółowo, muszą one dotyczyć konkretnych potrzeb mieszkańca na podstawie diagnozy. Np. zamiast cel:” utrzymanie sprawności psycho-fizycznej” piszemy np.: „odzyskanie sprawności prawej kończyny górnej” 5. Notatki w planach robimy krótkie - trzy, cztery zdania. 6. Umowny okres dla osiągnięcia celu - 6 miesięcy - po tym okresie odnotowujemy w planach „cel został osiągnięty”, cel został częściowo osiągnięty” lub „cel nie został osiągnięty” + data i podpis. 7. Po śmierci mieszkańca plan zostaje przekazany do archiwum planów w dziale socjalnym.”

W przekazanej dokumentacji Indywidualnego Wsparcia Mieszkańca p. XXXX XXXX znajdowały się:

- karta „Diagnoza społeczna” oznaczona pieczęcią Domu, na niej odnotowano „zgon 6.10.2012 r.”, zawierała następujące wpisy: imię i nazwisko mieszkańca, pracownik I kontaktu „XXXX XXXX”, datę i miejsce urodzenia, datę przyjęcia do DPS „07.04.2011 r.”, wykształcenie, kontakt z rodziną”(…) syn (...), Ocenę stanu psychofizycznego mieszkańca – „Mieszkaniec lat 74, wdowiec, ma 3 synów. Pan po udarze, niedowład lewostronny, cukrzyk insulinozależny. Pan leżący, nie siada, nie chodzi, słaby kontakt słowny, wypowiada pojedyncze słowa, bywa bez kontaktu. Wymaga całodobowej opieki, uzależniony od osób drugich”. Karta datowana została 1.06.2012 r., w miejscu podpis osoby sporządzającej diagnozę jest wpis: „X. XXXX ”

- karta „Diagnoza społeczna” oznaczona pieczęcią Domu, zawierała następujące wpisy: imię i nazwisko mieszkańca, pracownik I kontaktu „XXXX XXXX ”, datę i miejsce urodzenia, datę przyjęcia do DPS „07.04.2011 r.”, wykształcenie, kontakt z rodziną”(…) syn (...), Ocenę stanu psychofizycznego mieszkańca – „Mieszkaniec lat 73, wdowiec, ma 3 synów. Pan po udarze, niedowład lewostronny, cukrzyk insulinozależny. Podopieczny porusza się samodzielnie – ale powoli i niepewnym krokiem. Wymaga całodobowej opieki.” Karta

datowana został 20.05.2011 r., w miejscu podpis osoby sporządzającej diagnozę jest wpis „X. XXXX”

- karta „PROGRAM WSTĘPNEJ ADAPTACJI MIESZKAŃCA” datowana 08.04.2011 r., na której odnotowano datę przyjęcia „07.04.2011 r.” oraz imię i nazwisko mieszkańca, karta zawiera stosowane punkty 1 -12 punkty (druk komputerowy), w miejscu podpis pracownika jest pieczęć o treści: „mgr XXXX XXXX pedagog”, a na niej parafa

- „Karta realizacji programu wstępnej adaptacji mieszkańca,” na której odnotowano: imię i nazwisko mieszkańca, datę przyjęcia „08.04.2011 r.”, termin realizacji programu: 22.04.2011 oraz datę urodzenia, poniżej znajduje się tabela zawierająca sporządzona według schematu: Lp., data, przebieg realizacji programu. Na dole kart wpisano „syn: (...) i odnotowano numer telefonu”, wpisy datowano 8,11,13,19 i 22 kwietnia 2011 r., dotyczyły wprowadzenia mieszkańca w życie Domu, zajęć z zakresu rehabilitacji, w których uczestniczył mieszkaniac, sygnalizowania niezadowolenia przez mieszkańca z pobytu w Domu, rozmowach skierowanych na motywowanie mieszkańca oraz wskazań co do dalszego postępowania z mieszkańcem oraz przekazaniu ppk. Pod tabelą jest pieczęć o treści: „mgr XXXX XXXX pedagog”, a na niej parafa

- karta „Informacja o mieszkańcu (poufne – tylko dla pracownika I kontaktu)”, na której wpisano imię i nazwisko mieszkańca, datę i miejsce urodzenia, stan cywilny, wykształcenie, imiona rodziców, miejsce zamieszkania przed przyjęciem do DPS, datę przyjęcia do DPS „07.04.2011 r.”, rodzaj otrzymywanego świadczenia, kontakt z rodziną: (...) syn (...), oraz ocenę stanu psychofizycznego: I. stan zdrowia oraz II sytuację społeczną. Na karcie jest pieczęć o treści „Główny specjalista mgr XXXX XXXX” a na niej parafa

- „Oświadczenie” z 23.04.2012 r. (druk komputerowy) o treści: „Ja - tu wpisano imię i nazwisko mieszkańca, legitymujący się dowodem osobistym - tu wpisano odpowiednie dane - upoważniam mojego pracownika I kontaktu, pracownika DPS panią/pana - tu wpisano imię i nazwisko - do dysponowania moimi środkami pieniężnymi zgromadzonymi na koncie depozytowym DPS Psarskie w zakresie regulowania należności za leki zgodnie z fakturami dokumentującymi ich zakup oraz zakupów artykułów pierwszej potrzeby (żywność, odzież, środki czystości itp.). Jednocześnie zobowiązuję pracownika do ewidencjonowania środków zadysponowanych w moim imieniu. W miejscu podpis mieszkańca jest odcisk kciuka. Poniżej jest zapis „Podpis złożono w obecności pracowników DPS Psarskie: (czytelny podpis) i pozycje 1., 2., 3. – podpis w pozycji 2. Nie jest czytelny, poniżej pozycji 3 wpisano „w obecności” i tu jest podpis „XXXX XXXX”

- „KARTA UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH TERAPEUTYCZNYCHW ROKU 2011” z pieczęcią Domu, wpisano imię i nazwisko mieszkańca oraz „pracownika I kontaktu”, poniżej znajduje się tabela, która w pierwszej kolumnie zawiera nazwy zajęć, w których mieszkaniac może uczestniczyć tj.: zajęcia kulturalno-oświatowe, ergoterapia/holikuloterapia, arteterapia, zajęcia dydaktyczne, biblioterapia, walidacja gerontologiczna, profilaktyka i terapia uzależnień, terapia indywidualna/przyłóżkowa, pomoc pedagogiczna, fizjoterapia, kółko teatralne, chór, gry stolikowe, imprezy, uroczystości, msze św., nabożeństwa, terapia kulinarna, muzykoterapia, w kolejnej kolumnie wpisano imiennie osoby prowadzące zajęcia, dalej są rzymskie oznaczenia kolejnych miesięcy, poniżej „Ocena uczestnictwa”, a pod tabelą umieszczono legendę wpisów tj. „zawsze 3 pkt., często – 2 pkt, niekiedy – 1 pkt, nigdy 0”. Z zapisów wynika, że „zawsze” p. XXXX uczestniczył w terapii indywidualnej/przyłóżkowej oraz pomocy pedagogicznej, ze zmienną aktywnością w fizjoterapii, z mniejszą jeszcze aktywnością w zajęciach kulturalno-oświatowych oraz biblioterapii, mszach św. i nabożeństwach czy muzykoterapii

- „KARTA UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH TERAPEUTYCZNYCHW ROKU 2012” z pieczęcią Domu, wpisano imię i nazwisko mieszkańca oraz „pracownika I kontaktu”, obok umieszczono zapis „zgon”, poniżej znajduje się tabela, która w pierwszej kolumnie zawiera

nazwy zajęć, w których mieszkaniec może uczestniczyć tj.: zajęcia kulturalno-oświatowe, ergoterapia/hortikuloterapia, arteterapia, zajęcia dydaktyczne, biblioterapia, walidacja gerontologiczna, profilaktyka i terapia uzależnień, terapia indywidualna/przyłóżkowa, pomoc pedagogiczna, fizjoterapia, kółko teatralne, chór, gry stolikowe, imprezy, uroczystości, msze św. i nabożeństwa, terapia kulinarna, muzykoterapia, w kolejnej kolumnie wpisano z imiennie osoby prowadzące zajęcia, dalej są rzymskie oznaczenia kolejnych miesięcy, poniżej „Ocena uczestnictwa”, a pod tabelą umieszczono legendę wpisów tj. „zawsze 3 pkt., często – 2 pkt, niekiedy – 1 pkt, nigdy 0”. Z zapisów wynika, że „zawsze” p. XXXX uczestniczył w terapii indywidualnej/przyłóżkowej i często w fizjoterapii i biblioterapii, a od stycznia do marca w zajęciach kulturalno-oświatowych oraz psychoterapii, a niekiedy w filmoterapii oraz mszy i nabożeństwach, a także „pomocy pedagogicznej „

- karta „Indywidualny Plan Wsparcia” z pieczęcią Domu, wpisano imię i nazwisko mieszkańca oraz „pracownika I kontaktu”, a poniżej:

- I. Cel pracy z podopiecznym\*, a poniżej kolejne punkty od 1 do 19: Aktywizacja w zakresie samoobsługi, Pobudzenie zaradności, Uzyskanie dobrostanu psychicznego, Rozwijanie poczucia społecznej użyteczności, Poczucie własnej wartości, Przystosowanie do życia w instytucji, Dobre funkcjonowanie w grupie/środowisku dps, Podtrzymywanie kontaktu z rodziną, Dbałość o własne zdrowie, Wypracowanie nawyku dbania o higienę osobista, Umiejętne gospodarowanie środkami pieniężnymi, Utrzymywanie abstynencji w picciu alkoholu, Ograniczenie palenia papierosów, Przygotowanie do współpracy z terapeutami, Rozwijanie nowych zainteresowań, Dbałość o sprawność fizyczną/systematyczność w zajęciach rehabilitacyjnych, Aktywny udział w zajęciach terapeutycznych, Praca nad negatywnymi zachowaniami oraz Inne, na dole kartki jest zapis „\* - właściwe podkreślić”. W karcie p. XXXX podkreślono Aktywizacja w zakresie samoobsługi, Dobre funkcjonowanie w grupie/środowisku dps, Aktywny udział w zajęciach terapeutycznych.

- II. Formy proponowanych zajęć terapeutycznych\* a poniżej kolejne punkty od 1 do 17: Zajęcia kulturalno - oświatowe, Terapia zajęciowa, Zajęcia dydaktyczne: Trening mózgu, „Spotkanie przy iskierce”, klub miłośników gier umysłowych, Gry zespołowe, Biblioterapia, Walidacja gerontologiczna, Fizjoterapia: kinezyterapia, masaże, zabiegi fizykalne, Pomoc pedagogiczna, Profilaktyka/terapia uzależnień, Hortikuloterapia, Terapia indywidualna/przyłóżkowa, Kółko teatralne, Chór, Terapia kulinarna, Msze św., nabożeństwa, muzykoterapia oraz Inne. U p. XXXX podkreślono: Zajęcia kulturalno - oświatowe, Terapia zajęciowa, Fizjoterapia oraz Msze św., nabożeństwa, pkt. 11 Terapia indywidualna nie podkreślono, a jedynie przekreślono wyraz „przyłóżkowa”, a pkt. 17 wpisano „imprezy, uroczystości”. W miejscu „Plan omówiono i uzgodniono z Mieszkańcem dnia „, wpisano 20.05.2011, nad „Podpis Mieszkańca” jest nieczytelny podpis, poniżej w miejscu „Podpis pracownika pierwszego kontaktu jest podpis „X. XXXX”

- III. Przebieg realizacji indywidualnego planu wsparcia

W miejscu data wpisano 20.05.2011 r. w miejscu „Wpis”: jest informacja o objęciu przez ppk opieki na p. XXXX, w miejscu podpis pracownika wpisano: XXXX. Kolejnych wpisów w 2011 r. dokonano: 25 maja, 8, 24, 25, 27 i 30 czerwca, 11 lipca, 11, 14, 15, 17 sierpnia, 7 i 18 września, 5, 9 i 30 października, 7 i 15 grudnia. W 2012 r.: 1,8,10,23 i 25 stycznia, 9 (dwa wpisy) i 15 lutego, 22 marca, 2 kwietnia, 4 i 17 maja, 23 czerwca oraz 5 i 26 września. Pod wpisem z 26 września 2012 r. wpisano „06. X.2012 zgon” Wpisy dotyczą opisów zachowania i samopoczucia mieszkańca, odwiedzin, pobytu w szpitalu. Ppk odnotował także odmowy spożywania posiłków mieszkańca.

- karta „Obserwacja podopiecznego w roku 2011” oraz „Obserwacja podopiecznego w roku 2012” poniżej tytułu kart jest adnotacja druk „wypełnia pracownik pierwszego kontaktu”, dalej imię i nazwisko mieszkańca oraz „Pracownik I kontaktu”, poniżej jest tabela, w pierwszej kolumnie wpisano „I. Samoobsługa mieszkańca\* poniżej wymieniono poszczególne



czynności Myje się, Ubiera się Spożywa posiłki korzysta z WC, sprzęta” „II. Kontakty interpersonalne\*\*/ ocena samoobsługi poniżej wpisano: Nawiązuje kontakty, Ma znajomych, Pomaga innym, Angażuje się w życie domu, III Wykorzystanie czasu wolnego\*\*/ Ocena kont. inerp. i kolejno wymieniono: Czyta, Píše, Ogląda TV, Słucha radia, Spaceruje, Wyjeżdża, Bierze udział w zajęciach terapeutycznych, Uczestniczy we mszach św., nabożeństwach, Inne (jakie?) , Ocena czasu wolnego oraz Podsumowanie, w kolejnych kolumnach rzymskimi liczbami oznaczono kolejne miesiące, jest też miejsce na ocenę poszczególnych sfer aktywności. Pod tabelą umieszczono legendę. Z przedstawionych dokumentów wynika, że w we wszystkich wskazanych zakresach aktywność p. XXXX w 2012 roku była zdecydowanie mniejsza niż w 2011 r.

Zapytano ppk p. XXXX o brak wpisu w IPW istotnych zmian dotyczących mieszkańca, np. kiedy z osoby chodzącej stał się osobą leżącą. Pani XXXX stwierdziła, że faktycznie o tym nie pisała (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z pracownikiem pierwszego kontaktu p. X. XXXX stanowi zał. nr 5 do protokołu kontroli).

### USŁUGI OPIEKUŃCZE I WSPOMAGAJĄCE

*Dom powinien stwarzać warunki niezbędne do efektywnej realizacji usług opiekuńczych i wspomagających poprzez zatrudnianie w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych na 100 mieszkańców domu, zapewnianie mieszkańcom domu kontaktu z psychologiem, posiadanie wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy właściwego dla domu przeznaczonego dla osób przewlekle somatycznie chorych powinien posiadać wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno – opiekuńczego, zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy, nie mniejszy niż 0.6 na jednego mieszkańca Domu.*

*Przy ustalaniu wskaźników zatrudnienia uwzględnia się również wolontariuszy, stażystów, praktykantów oraz osoby odbywające służbę zastępczą w domu, jeżeli pracują bezpośrednio z mieszkańcami domu, przy czym przy wyliczaniu wskaźnika udział tych osób nie może przekroczyć 30 % ogólnej liczby osób zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym § 6 ust. 2 pkt 1–2, ust. 2 pkt 3 lit. b i ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964).*

Dyrektor Domu poświadczył: „zatrudniłem kilku pracowników socjalnych, dwóch zajmuje się pracą socjalną, w tym dokumentacją mieszkańców i tyle w mojej ocenie wystarcza, pozostali pracownicy socjalni pracują na poszczególnych oddziałach Domu, są przy mieszkańcach, aktywizują ich” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS Psarskie stanowi zał. nr 7 do protokołu kontroli).

Mieszkańcy poinformowali, że „w Domu był psycholog, teraz nie ma, na pewno by się przydał, jednak jak jest potrzeba to wiezie się mieszkańca do psychologa” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Pani XXXXX poinformowała „mieliśmy wcześniej stażystkę psychologa, korzystamy z uprzejmości profesora XXXX, ponadto jeśli jest taka potrzeba to zawozimy mieszkańca do psychologa; ponadto dodała „chcielibyśmy zatrudnić psychologa, jednakże nie ma chętnych i nie ma co ukrywać, że chodzi o finanse” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą stanowi zał. nr 6 do protokołu kontroli).

Dyrektor Domu w sprawie p. XXXX poinformował: „poprosiłem profesora XXXX o sporządzenie opinii psychologicznej” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS Psarskie stanowi zał. nr 7 do protokołu kontroli).

W Domu przekazano „Wykaz zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w Domu Pomocy Społecznej w Psarskim na dzień 31 marzec 2011 r.” (zał. nr 9 do protokołu kontroli), z którego wynika, że w skład zespołu wchodziło 75 pracowników łącznie 72, 25 etatu. Z powyższej informacji wynika, że dla 120 mieszkańców Dom zapewniał wskaźnik zatrudnienia zespołu terapeutyczno – opiekuńczego na poziomie 0,6 na mieszkańca.

Z przedstawionego „Wykazu zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w Domu Pomocy Społecznej w Psarskim na dzień 21 sierpnia 2013 r.” (zał. nr 10 do protokołu kontroli), wynika, że w skład zespołu wchodzi 76 pracowników łącznie 73, 88 etatu.

Zespołowi inspektorów przekazano także „Listę Pracowników z 28 sierpnia 2013 r.” (zał. nr 11 do protokołu kontroli), z której wynika, m. in. że opiekun, p. XXXX XXXX - XXXX aktualnie ma urlop rodzicielski. Z ww. „Listy (...)” i „Wykazu (...)” wynika, że zarówno p. XXXX XXXX i p. XXXX XXXX zatrudnione są w Domu na stanowiskach starszych opiekunów w ramach 1 etatu (każda z Pań). Jednakże z przedstawionych aneksów do umów o pracę (oba z 2.01.2012 r. o takiej samej treści) wynika, że na mocy porozumienia stron obu Paniom od 1.01.2012 r. powierzono stanowisko „starszy opiekun” w wymiarze czasu pracy „4/5 etatu”.

W ww. „Liście (...)” błędnie wpisano więc zatrudnienie obu Pań w wymiarze 1 etatu na stanowisku starszego opiekuna w Domu.

Z informacji udzielonych przez Dyrektora Domu wynika, że obie Panie zostały zatrudnione przez podmiot zewnętrzny jako pielęgniarki, jednak nie przedstawiono dokumentów zawierających informację o wymiarze tego zatrudnienia. Ponadto z przekazanej kserokopii umowy najmu „lokalu użytkowego (...) w budynku pałacu wraz z poczekalnią i pomieszczeniem socjalnym z przeznaczeniem na gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej (...)” wynika, że opieka na wymiar jednej godziny dziennie, co daje przypuszczenie możliwości pracy obu Pań dla podmiotu zewnętrznego w wymiarze jednej godziny dziennie i jednocześnie wyklucza zaliczenie Pań do omawianego zespołu w wymiarze do pełnego etatu.

Wobec powyższego skład zespołu obliczono odliczając etat opiekuna będącego na urlopie rodzicielskim oraz obniżono wymiar zaliczenia 2 ww. starszych opiekunów do 1, 5 etatu. Dla 120 mieszkańców Dom zapewnia wskaźnik zatrudnienia w zespole terapeutyczno – opiekuńczym na poziomie 0,59 (8...) na mieszkańca.

W aktach osobowych p. XXXX XXXX znajdowały się:

- wniosek o skierowanie do DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych z dnia 27.01.2011 r.
- kwestionariusz rodzinnego wywiadu środowiskowego część I przeprowadzony w dniu 27.01.2011 r.
- oświadczenie: wyrażenie zgody na umieszczenie w DPS oraz na ponoszenie odpłatności z dnia 27.01.2011 r.
- oświadczenie o stanie majątkowym ww. z dnia 27.01.2011 r.
- zaświadczenie lekarskie osoby ubiegającej się o skierowanie do DPS z dnia 19.01.2011 r.
- decyzja emerytalna ww. o wysokości otrzymywanego świadczenia z dnia 17.03.2010 r.
- pismo MOPR-VI-4033/68/11 z dnia 2.03.2011 r. w kwestii przekazania dokumentów dotyczących umieszczenia Pana XXXX XXXX do DPS w Psarskim
- kopia decyzji MOPR.S.4046/4031/116/11 z dnia 23.02.2011 r. kierującej do DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych w Śremie, Psarskie ul. Owocowa 8
- kopia decyzji MOPR.S.4046/4031/116/11 z dnia 23.02.2011 r. ustalającej odpłatność za pobyt w DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych w Śremie, Psarskie ul. Owocowa 8
- decyzja PCPR.82320-20/11 z dnia 23.03.2011 r. orzekająca o umieszczeniu ww. w DPS w Psarskiem

- notatka służbowa z dnia 23.03.2011 r. w sprawie uzgodnienia terminu przyjęcia ww. do DPS z siostrą ww. - brak wywiadu sporządzonego w miejscu zamieszkania przez pracownika socjalnego DPS
- arkusz przyjęć z dnia 07.04.2011 r.
- Deklaracja z dnia 07.04.2011 r. dotycząca wyrażenia zgody na potrącanie z konta depozytowego różnicy za utrzymanie w DPS podpisana przez mieszkańca – p. XXXX
- Deklaracja z dnia 07.04.2011 r. dotycząca przekazywania należnych środków pieniężnych na rachunek depozytowy podpisana przez mieszkańca – p. XXXX
- Deklaracja z dnia 07.04.2011 r. dotycząca wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych podpisana przez mieszkańca – p. XXXX
- Prośba z dnia 07.04.2011 r. o przechowywanie dowodu osobistego w dziale socjalnym podpisana przez mieszkańca – p. XXXXX
- kserokopia dowodu osobistego i legitymacji emeryta-rencisty
- Pismo DPS271/10 z dnia 07.04.2011 r. do ZUS w Poznaniu, informujące o przyjęciu ww. mieszkańca w dniu 07.04.2011 r. z prośbą o dokonanie potrąceń w wysokości 70% i przekazywanie na konto
- Pismo DPS 270/10 z dnia 07.04.2011 r. do MOPR w Poznaniu informujące o przyjęciu p. XXXX do DPS w Psarskim
- decyzja emerytalna ww. o wysokości otrzymywanego świadczenia z dnia 20.03.2011 r.
- decyzja emerytalna ww. o wysokości otrzymywanego świadczenia z dnia 15.04.2011 r.
- Pismo MOPR-VI/4031/1196/11 z dnia 16.05.2011 r. informujące o zwiększeniu miesięcznego kosztu utrzymania w DPS
- Pismo MOPR-VI-4031/1305/11 z dnia 23.05.2011 r. informujące, że odpłatność za pobyt w DPS w Psarskim nie ulega zmianie
- Pismo DPS 530/11 z dnia 15.07.2011 r. do MOPR w Poznaniu przesyła w związku z złożoną prośbą mieszkańca o przeniesienie do DPS w Poznaniu ul. Ugory 18/20 wraz z kompletem dokumentów dot. przeniesienia
- Pismo MOPR-VI-4033.68.2011 z dnia 01.08.2011 r. zawiadamiające o wszczęciu postępowania
- Pismo MOPR-VI.4033.68.2011 z dnia 12.09.2011 r. informujące, iż nie może zostać skierowany do DPS przy ul. Ugory 18/20 w Poznaniu z uwagi na to, że Dom ten przyjmuje osoby w podeszłym wieku. W związku z tym wskazano DPS w Poznaniu przy ul. Konarskiego 11/13, który jest przeznaczony dla osób przewlekle somatycznie chorych.
- Pismo z dnia 05.10.2011 r. do MOPR w Poznaniu w sprawie wyrażenia zgody przez mieszkańca p. XXXX na przejście do DPS w Poznaniu przy ul. Konarskiego 11/13
- Decyzja MOPR-VI.4031.1943.2011 z dnia 24.10.2011 r. zmieniająca, kierująca p. XXXX do DPS dla osób przewlekle chorych w Poznaniu przy ul. Konarskiego 11/13, oraz kierująca do DPS Psarskie na pobyt okresowy do czasu umieszczenia w DPS przy ul. Konarskiego 11/13 w Poznaniu oraz ustalająca odpłatność za pobyt w DPS
- Pismo MOPR-VI.4033.479.2011 z dnia 7.11.2011 r. informujące o skierowaniu do DPS w Poznaniu przy ul. Konarskiego 11/13 i umieszczeniu na liście oczekujących z uwagi na brak wolnych miejsc
- Pismo z dnia 16.12.2011 r. p. XXXX do MOPR w Poznaniu z prośbą o przyspieszenie umieszczenia w DPS w Poznaniu przy ul. Konarskiego 11/13
- Pismo MOPR –VI.4033.479.2011 z dnia 2.01.2012 r. informujące o zakwalifikowaniu do umieszczenia w DPS w Poznaniu przy ul. Konarskiego 11/13 poza kolejnością
- Decyzja MOPR-VI.4031.35.2012 z dnia 06.03.2012 r. zmieniająca w ten sposób, że kieruje się ww. do DPS w Poznaniu przy ul. Ugory 18/20 na pobyt okresowy do czasu pozyskania wolnego miejsca w DPS przy ul. Konarskiego 11/13

- Oświadczenie z dnia 14.03.2012 r. dotyczące wyrażenia zgody i prośba o dokonywanie płatności w formie przelewów z rachunku sum depozytowych za faktury dotyczące odpłatności za leki podpisane przez p. XXXX i osobę przyjmującą oświadczenie starszego pracownika socjalnego
- Decyzja Burmistrza Śremu OPS.III.451.178.2012.MG z dnia 27.04.2012 r. przyznająca zasiłek pielęgnacyjny z tytułu niepełnosprawności ww.
- Decyzja MOPR-VI.4031.1972.2012 z dnia 21.05.2012 zmieniająca ustalającą odpłatność za pobyt w ww. Domu
- Pismo MOPR –VI.4031.1973.2012 informujące, iż zmieniła się miesięczna wysokość opłaty za pobyt w DPS
- Decyzja MOPR-VI.4031.2301.2012 z dnia 22.06.2012 r. zmieniająca od lipca 2012 r. odpłatność za pobyt w DPS Psarskie
- Protokół ze spisu rzeczy po zmarłym z dnia 08.10.2012 r.
- Pismo DPS.TO/400-120/375/2012 z dnia 08.10.2012 r. do Ośrodka Pomocy Społecznej w Śremie zawiadamiające o śmierci ww. i zaprzestaniu przesyłania świadczenia.
- Zaświadczenie DPS Psarskie z dnia 08.10.2012 r. o zajęciu się pogrzebem i pokryciu kosztów w celu realizacji zwrotu kosztów pogrzebu
- Pismo DPS.TO/400 118/372/12 z dnia 08.10.2012 r. do ZUS zawiadamiające o śmierci ww. z prośbą o zaprzestanie przesyłania świadczenia
- Pismo DPS.TO/400 118/372/12 z dnia 08.10.2012 r. do MOPR–u zawiadamiające o śmierci ww.
- Protokół likwidacyjny nr 20/12 z dnia 31.10.2012 r.

W dokumentach brak było wywiadu przeprowadzonego przez pracownika socjalnego Domu w środowisku zamieszkania p. XXXX przed jego umieszczeniem w placówce. Pani XXXX poinformowała, że wywiad nie został przeprowadzony z uwagi na fakt przeprowadzania przez pracowników socjalnych wywiadów aktualizacyjnych dla OPS. Główny specjalista oświadczyła, że wywiady u przyszłych mieszkańców nie zawsze są przeprowadzane, „w zasadzie czasami są”. Dodała: „sytuacja czasem toczy się szybko, a nam zależy na kliencie, więc nie ma już czasu na przeprowadzanie wywiadu” oraz poinformowała, że „dwóch pracowników socjalnych, których mam do dyspozycji jest tak obciążonych pracą, że trudno wygospodarować czas na wyjazdy do przyszłych mieszkańców” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą stanowi zał. nr 6 do protokołu kontroli).

Dyrektor poinformował, że „pracownicy socjalni przeprowadzają wywiady z przyszłymi mieszkańcami, ale nie ze wszystkimi, w interesie Domu jest, by mieszkańca przyjąć jak najszybciej, a PCPR przekazuje dokumenty w momencie podjęcia decyzji o umieszczeniu klienta w Domu, kiedy zwolni się w nim miejsce - obieg dokumentów trwa, a przedłużanie tej procedury powodowałoby czekanie np. 14 dni, to klient mógłby w tym czasie zrezygnować” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS Psarskie stanowi zał. nr 7 do protokołu kontroli).

Dyrektor Domu oświadczył, że przeprowadzania wywiadów aktualizacyjnych przez pracowników socjalnych DPS - pracownicy socjalni zatrudnieni w Domu przeprowadzają wywiady aktualizacyjne dla Ośrodków Pomocy Społecznej w ramach dobrej współpracy, na której zależy Domowi ponieważ to Ośrodki wydają skierowania, zatrudniłem kilku pracowników socjalnych: dwóch zajmuje się pracą socjalną, w tym dokumentacją mieszkańców i tyle w mojej ocenie wystarcza, pozostali pracownicy socjalni pracują na poszczególnych oddziałach Domu, są przy mieszkańcach, aktywizują ich (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS Psarskie stanowi zał. nr 7 do protokołu kontroli).

W dokumentach p. XXXX XXXX pedagoga znajdowały się, datowane wpisy dotyczące rozmów i obserwacji p. XXXX XXXX Wpisów dokonano w 2011 r.:

- 8, 11, 12, 13, 14, 15, 19 lipca

- 17, 23, 31 sierpnia

7, 16, 18, 19 września

- 5, 10., 16, 29, 30 i 31 października oraz 14 listopada (Kserokopia dokumentów pedagoga stanowią zał. nr 12 do protokołu kontroli).

Do wglądu przekazano zeszyt opisany jako „Psychoterapia – psycholog mgr XXXX XXXX”: Ww. dokument to zeszyt A-4, w którym nie ponumerowano stron, na każdej ze stron w prawym, górnym rogu znajdowała się pieczętka nagłówkowa Domu, pod każdym wpisem znajdował się podpis osoby sporządzającej z imieniem i nazwiskiem. Poszczególne wpisy zawierały: datę, imię i nazwisko mieszkańca, ocenę stanu psychicznego mieszkańca oraz jego funkcjonowanie w DPS. Zapisy dotyczące p. XXXX datowano:

- 26.10.2011 r. - „Kontakt dobry, logiczny. Nastroj chwiejny, płacliwość (...) U mieszkańca przeprowadzono badania psychologiczne w celu diagnozy stopnia zaburzeń procesów poznawczych. Mieszkańca poddano testom. „Uzyskane wyniki wskazują na występowanie zaburzeń funkcji poznawczych na podłożu organicznym, bez cech otępiennych (...)”

- 25.11.2011 r. wpisano, że mieszkaniec uskarża się na pogorszenie się stanu zdrowia – mniejszą sprawność ręki, ponadto zamieszczono zapis: „P. XXXX ma skłonności do manipulowania otoczeniem, stosuje szantaż wobec personelu (...)”

Po stwierdzeniu przez zespół inspektorów faktu przechowywania dokumentów dotyczących zmarłego mieszkańca p. XXXX XXXX w różnych miejscach (braku scalenia ich w jedną całość) poproszono o wyjaśnienia głównego specjalistę. Pani XXXX poinformowała, że „dokumentacja jest prowadzona w różny sposób przez kilku pracowników, przez co nie zawsze można przechowywać ją jako jedną całość, dodała, że dokumenty są przechowywane w jednym biurze w dwóch miejscach w dziale socjalnym” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą stanowi zał. nr 6 do protokołu kontroli).

W dokumentach jako osobę do kontaktu wpisano syna p. XXXX XXXX, jednakże informacji udzielano także p. XXXX, siostrze w ww. mieszkańca.

Dyrektor Domu stwierdził, że „siostra była na wezwanie, na zawołanie p. XXXX, a syn upoważniony do kontaktu powiadamiany o zaistniałych w Domu sytuacjach mówił, że nie będzie wchodzić w drogę cioci, która załatwia te sprawy” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS Psarskie stanowi zał. nr 7 do protokołu kontroli).

Główny specjalista poinformowała, że „p. XXXX nie zabronił udzielania informacji p. XXXX, poza tym kiedy Dom zwracał się do syna ten z kolei prosił o pomoc ciocię tj. p. XXXX” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą stanowi zał. nr 6 do protokołu kontroli).

*Dom powinien zapewniać usługi opiekuńcze, polegające na udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji, niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych § 5 ust. 1 pkt 2 lit. a - c rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964)*

Radę Mieszkańców zapytano o opiekę świadczoną przez personel Domu. Mieszkańcy podkreślili, że jak tylko to możliwe to starają się być samodzielni w samoobsłudze. Rada Mieszkańców dodała, że opieka jest zapewniona we właściwy sposób, jedna z mieszanek poinformowała, że ma leżącą współlokatorkę: „karmią Ją przez strzykawkę, często

przychodzą, nawet rehabilitantki, poza tym zawsze jak czegoś potrzeba można zgłosić się do dyżurki albo skorzystać z sygnalizacji przyzywowej” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Mieszkańcy poinformowali, że są obsługiwani przez pielęgniarki zatrudnione w DPS, dodali, że jest przynajmniej jedna na dyżurze oraz, że nocny dyżur w Pałacu pełnią 2 osoby (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Dyrektor poinformował, że mieszkańcy korzystają z usług pielęgniarek zatrudnionych w Domu oraz z usług firmy zewnętrznej - tu Dyrektor oświadczył, że dwie pielęgniarki pracujące wcześniej w Domu zostały zatrudnione przez podmiot zewnętrzny, a w Domu pracują na etacie opiekunów, Dyrektor poinformował, że nie zna szczegółów ich zatrudnienia (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS Psarskie stanowi zał. nr 7 do protokołu kontroli).

Dyrektor Domu przekazał kserokopię „Umowy najmu lokalu użytkowego” z 10 sierpnia 2011 r. zawarta pomiędzy Powiatem Śremskim (...) Wynajmujący a NZOZ „XXXX” (...) Najemcą na okres 36 miesięcy od 1 stycznia 2012 r. dotyczącą oddania Najemcy w najem „lokalu użytkowego (...) w budynku pałacu wraz z poczekalnią i pomieszczeniem socjalnym z przeznaczeniem na gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, w wymiarze jednej godziny dziennie”, a dodatkowo „Wynajmujący udostępni możliwość składowania odpadów medycznych we własnych pomieszczeniach”. Ponadto „Najemca oświadcza, że ww. powierzchnie przeznaczy na wykonywanie praktyki pielęgniarskiej” oraz, że w zamian za wynajmowaną powierzchnię Najemca świadczy Usługi Pielęgniarskie dla pacjentów w Domu Pomocy Społecznej w Psarskim” (Kserokopia „Umowy najmu lokalu użytkowego” stanowi zał. nr 13 do protokołu kontroli)

Z relacji Rady Mieszkańców wynika, że chęć wizyty u lekarza należy zgłosić pielęgniarce lub na wizyty zapisuje też sama pielęgniarka. Lekarz przyjeżdża we wtorki i bada mieszkańców Pałacu, a w czwartki mieszkańców Pawilonu. Jednakże w przypadku pilnej konsultacji bada mieszkańców bez względu na to w jakim budynku Domu zamieszkują, czasem lekarz przyjeżdża na wezwanie, wzywane jest też pogotowie, na wizyty do specjalistów mieszkańcy są dowożeni (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Mieszkańcy poinformowali również, że lekarz zapisuje leki na wizycie, jednakże jak leki się kończą to pielęgniarki same zgłaszają lekarzowi ich brak, mieszkańcy dodali, że z depozytów uiszczają odpłatność za leki, w księgowości są dokumenty dotyczące ponoszonych kosztów (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Główny specjalista przekazała „Wykaz liczbowy mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Psarskim wg stanu psychofizycznego na dzień 22.08.2013” (zał. nr 14 do protokołu kontroli), z którego wynika, że w Domu na 119 mieszkańców: 15 to były osoby leżące wymagające pomocy we wszystkich czynnościach samoobsługowych i opiekuńczych, 32 mieszkańców poruszających się na wózkach inwalidzkich wymaga pomocy w samoobsłudze, podobnie 33 chodzących. Ponadto 7 osób na wózkach inwalidzkich jest samodzielnych w samoobsłudze, podobnie jak 32 osoby chodzące.

Starszy opiekun, p. XXXX stwierdziła, że mieszkańcy przyjmowani do Domu bardziej wymagają opieki niż wcześniej: „o wiele więcej jest osób leżących, które wymagają

pielęgnacji, osób po udarach, somatycznie chorych, z otępieniami, takich, które wymagają stałego nadzoru,” „zmieniło się np. dawkowanie leków w chorobie Parkinsona - teraz leki podajemy także w nocy” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów ze starszym opiekunem stanowi zał. nr 4 do protokołu kontroli).

Główny specjalista poinformowała, że osobą najbardziej zorientowaną w sprawie sytuacji związanej p. XXXX XXXX i stanem Jego zdrowia jest p. XXXX XXXX – starszy specjalista-koordynator, która jest w Domu „najbliżej” usług pielęgniarских i medycznych, a która aktualnie przebywa na urlopie wypoczynkowym (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą stanowi zał. nr 6 do protokołu kontroli).

Główny specjalista oświadczyła, że „p. XXXX przez cały czas pobytu w Domu zapewniano właściwą opiekę, a kiedy był osobą leżącą miał zapewnioną standardową opiekę dla osób leżących tj. na pewno miał materac przeciwodleżynowy i odpowiednią pielęgnację” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą stanowi zał. nr 6 do protokołu kontroli).

Starszy opiekun poinformowała, że „Stan zdrowia mieszkańców jest monitorowany. Kiedy ktoś zagorączkuje nie od razu wzywa się pogotowie, podejmuje się działania doraźne, używa się dostępnych środków, w przypadku konieczności wzywa się pogotowie ratunkowe, pogotowie zazwyczaj przyjeżdża, jednakże czasem wymaga to dłuższego przekonywania” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów ze starszym opiekunem stanowi zał. nr 4 do protokołu kontroli).

Dyrektor poinformował, że „pogotowie wzywane jest przez pielęgniarki zgodnie z potrzebami, to one monitorują stan zdrowia mieszkańców.” Dyrektor nie znał szczegółów sytuacji związanych z kwestią braku wezwania pogotowia do p. XXXX, jednocześnie dodał, że „bez wątplenia jak rodzina wzywa pogotowie, to pogotowie reaguje inaczej niż jak robimy to my” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS Psarskie stanowi załącznik nr 7 do protokołu kontroli).

Pracownik pierwszego kontaktu p. XXXX poinformowała, że „do mieszkańców, w razie potrzeby pogotowie jest wzywane, jednakże pogotowie od razu nie przyjedzie, czasem zaleca obserwację i potem wzywa się je ponownie” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z pracownikiem pierwszego kontaktu p. X. XXXX stanowi zał. nr 5 do protokołu kontroli).

Pani XXXX dodała, że „p. XXXX bardzo często chciał iść do lekarza, także siostra zabierała mieszkańca do lekarza” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z pracownikiem pierwszego kontaktu p. X. XXXX stanowi zał. nr 5 do protokołu kontroli).

Pracownik pierwszego kontaktu poinformowała, że „p. XXXX miał materac przeciwodleżynowy, był otoczony opieką w większości przez pielęgniarki, ale także przez opiekunów, pielęgniarki przynosiły także leki, sama czasem zostałam poproszona o dopilnowanie czy mieszkaniec zażył leki; oprócz leków podawanych przez pielęgniarki siostra przywoziła mieszkańcowi „takie ogólne leki np. raphacholin i jakieś maści” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z pracownikiem pierwszego kontaktu p. X. XXXX stanowi zał. nr 5 do protokołu kontroli).

W sprawie odleżyn p. XXXX XXXX opiekun p. XXXX poinformowała, że mieszkaniec:

- „niedojadał, nie chciał jeść, mniej się ruszał, nie chciał wstawać, niestety same środki farmakologiczne nie wystarczają w walce z odleżynami”,  
- miał materac przeciwoodleżynowy, był pielęgnowany środkami do zapobiegania odleżynom, stosowano drenaż ułożeniowy, zabiegi, stosowano Octenisept i Granuflex (...) zmiany opatrunków były dokonywane tak jak trzeba, standardowo” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów ze starszym opiekunem stanowi zał. nr 4 do protokołu kontroli).

Starszy opiekun poinformowała, że „(...) sugerowana sytuacja kradzieży opatrunków nie miała miejsca” oraz, że „(...) leki są drogie, każdy wie ile tabletek jest w jakim opakowaniu i czyją dany lek stanowi własność” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów ze starszym opiekunem stanowi zał. nr 4 do protokołu kontroli).

O sytuację sytuacji kradzieży koców i opatrunków stanowiących własność p. XXXX zapytano Dyrektora Domu, który oświadczył, że „nikt nie zgłaszał ani kradzieży opatrunków ani koców” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS Psarskie stanowi załącznik nr 7 do protokołu kontroli).

Główny specjalista p. XXXX poinformowała, że nie otrzymała żadnego takiego zgłoszenia (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą stanowi zał. nr 6 do protokołu kontroli).

O ewentualne kradzieże na terenie Domu zapytano Radę Mieszkańców. Mieszkańcy poinformowali, że „zdarza się, że słyszą o kradzieżach, jednakże okazuje się, że nikt nikomu nic nie ukradł, tylko ktoś coś zapodział, zapomniał gdzie coś włożył, Państwo dodali, że takie sytuacje są często wynikiem choroby” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Starszy opiekun, p. XXXX oświadczyła, że zarówno ona sama, jak i koleżanki nie mają sobie nic do zarzucenia jeśli chodzi o sprawowanie opieki nad mieszkańcami tego wymagającymi – tj. około 60 osobami (...) (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów ze starszym opiekunem stanowi zał. nr 4 do protokołu kontroli).

Zespół inspektorów zapytał mieszkańców co oznacza używane przez personel sformułowanie, że mieszkańcy zostaną „zamknięci na dole”. Mieszkańcy poinformowali, że „nie słyszeli, by personel zwracał się tak do kogokolwiek, jednakże mieszkańcy dodali, że na parterze Pałacu jest największy nadzór i że parter zamieszkują najmniej sprawni mieszkańcy” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Radę Mieszkańców zapytano także o sposób zwracania się przez personel do mieszkańców. Mieszkańcy poinformowali, że nie mają w tym zakresie zastrzeżeń do personelu - tu przeczytano mieszkańcom fragment pisma p. XXXX dotyczący rzekomo użytego zwrotu, że *jak się mieszkaniec nie ubierze to nie dostanie śniadania* - mieszkańcy poinformowali, że sami nie doświadczyli, ani nie byli świadkami takiej sytuacji. Dodali, że pracownicy nawet jak są zdenerwowani lub niezadowoleni to swoją pracę muszą wykonać (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

W zeszycie prowadzonym przez pedagoga 17.08.2011 roku zapis dotyczył m.in. przekazania pracownikowi przez mieszkańca informacji „o incydencie między nim, a pielęgniarką podczas toalety porannej. Tematem sporu był fakt niemożliwości samodzielnego ubrania się pana XXXX, a pielęgniarka rzuciła mu, iż ma się ubrać samodzielnie, bo potrafi, a jeśli tego nie zrobi, to nie dostanie śniadania. Do tego skarżył się na ton jakim było to powiedziane. Poinformował mnie, że interweniował w tej sprawie dyrektor. Na ten moment pan XXXX był



chętny do zajęć, dużo spacerował po parku i funkcjonował bez większych terapeutycznych zmian.” Wpisy w ww. zeszycie dotyczyły także rozmów z mieszkańcem na temat odmowy przyjmowania posiłków.

Pani XXXX, starszy opiekun oświadczyła, że ani ona sama, ani w ocenie nikt inny z personelu nie odważyłby się powiedzieć do mieszkańców, że jak się nie ubiorą to nie będzie posiłku i że taka sytuacja nie mogła mieć miejsca” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów ze starszym opiekunem stanowi zał. nr 4 do protokołu kontroli).

Starszy opiekun poinformowała, że pracuje w systemie 12 godzinnym – dyżur dzienny od 7.00. do 19.00., a nocny od 19.00. do 7.00., a sprawozdania z dyżurów odnotowywane są w książce raportów pielęgniarstwa – nocny na czerwono, „poza tym informacje przekazujemy sobie ustnie” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów ze starszym opiekunem stanowi zał. nr 4 do protokołu kontroli).

W Domu prowadzone są książki Raportów Pielęgniarskich, w których odnotowuje się stan ogólny mieszkańców, powody ich nieobecności (stan obecnych, w szpitalu, urlop) oraz informacje o stanie zdrowia, czynności wykonanych dla mieszkańca i zachowaniu mieszkańców.

Analizie poddano zapisy książek Raportów Pielęgniarskich w okresie objętym kontrolą, ze szczególnym uwzględnieniem p. XXXX XXXX.

### **Książka Raportów Pielęgniarskich od 14.03.2011 do 21.05.2011**

- Raport z dyżuru rannego z dnia 7.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec nowo przyjęty na oddział Piętro, rozmowny i zadowolony. Został wykąpany, na skórze liczne zmiany. Podane posiłki spożywa chętnie, choć powoli. Pan ma cukrzycę insulinozależną – rozpisano. Porusza się przy pomocy kuli-chodzika. Skontrolowano o 15:00 poziom cukru – 171 mg%.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 8.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec dość chętnie brał udział w terapii. Posiłki przyjmuje samodzielnie. Udzielono pomocy podczas toalety, nie potrafi ubrać się samodzielnie. Na zlecenie lekarskie proszę o kontrolę cukru 3x dziennie.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 9.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec ma prowadzony profil cukru. Wyniki rozpisane”.
- Raport z dyżuru rannego z dnia 11.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec przeniesiony na pokój 127, bardzo zadowolony. Profil cukru prowadzony, rozpisany.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 11/12.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 20:00 zgłaszał osłabienie, skóra blada, zlana potem. Poziom cukru we krwi 43 mg%. Podano słodki napój + czekoladę. Godz. 20:40 – cukier 62 mg%, mieszkaniec nadal osłabiony, niespokojny. Podano w iniekcji ½ ampułki GlucaGen. Godz. 21:30 – cukier 133 mg%, mieszkaniec poczuł się lepiej. W nocy mieszkaniec wychodził z pokoju kilka razy, błędził po oddziale idąc do WC.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 12.04.2011  
XXXX X. „Profil cukru nadal prowadzony, wyniki rozpisane, dziś samopoczucie dobre.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 13.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec ok. 14:30 poczuł się słabo, skontrolowano cukier – 85 mg%, podano pół tabletki czekolady. O godz. 16:00 cukier – 118 mg%. Pan poczuł się lepiej.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 13/14.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec nie zgłaszał dolegliwości. O godz. 20:00 zmierzono poziom cukru we krwi, który był bardzo niski 35 mg%. Podano w in. podskórnej 1 mg GlucaGen. Po godz.

Poziom podniósł się do 108 mg%. Mieszkaniec uskarżał się na bezsenność. Podano 1 t. Nitrazepamu.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 14.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec ma zmniejszoną dawkę insuliny. Cukier skontrolowano o określonych godzinach i rozpisano.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 14/15.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec po wieczornym telefonie od rodziny nie mógł zasnąć. Podano 1 t. Relanium; spał spokojnie. Dziś będzie miał odwiedzin.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 15.04.2011  
XXXX X. i in. mieszkańcy „Mieszkańcy badani przez lekarza rodzinnego, zlecenia rozpisane.”  
XXXX X. „Profil cukru nadal prowadzony, wyniki rozpisane.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 15/16.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami, skarg nie zgłaszał.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 16.04.2011  
XXXX X. „Mieszkańcowi prowadzono profil cukru (rozpisano). Pan był na spacerze sam, ale z powrotem, nie mógł trafić. Upadł na schodach, obrażeń zewnętrznych nie zaobserwowano.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 16/17.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec spał z przerwami, wychodził do WC, nie mógł trafić z powrotem.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 17/18.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec skarżył się na nudności, jednakże nie wymiotował. Po przeprowadzonej rozmowie uspokoił się i zasnął.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 21.04.2011  
XXXX X. i in. mieszkańcy „Mieszkańcy zostali wykapani. Bielizna, pościel zmienione.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 22/23.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec w nocy wychodził dwukrotnie do WC.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 24/25.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec wrócił ok. 20:00, zadowolony. W lodówce ma jedzenie. W amb. maść do smarowania twarzy i głowy. W nocy mieszkaniec wychodził i błądził po oddziale.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 27/28.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec nie chciał położyć się do łóżka. Błądził po oddziale. Twierdził, że tutaj pogorszył się jego stan zdrowia. Po przeprowadzonej rozmowie został położony. Zasnął nad ranem.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 28.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec miał umytą głowę, skórę nasmarowano maścią. Pan obrażony, kategorycznie nie położył się do łóżka, będzie spał na kocu na korytarzu. Zgodził się zamianę łóżka z p. XXXXX.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 30.04.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec miał nasmarowaną głowę oraz twarz i łokieć maścią wg zlecenia.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 30.04/1.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec kilka razy wychodził do WC, nad ranem mieszkaniec nie potrafił wejść do łóżka, bał się że przewrócić. Przy pomocy personelu położono do łóżka.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 3.05.2011  
XXXX X. „U mieszkańca na zmiany skórne zastosowano maść wg zlecenia.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 6/7.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec długo w nocy nie mógł zasnąć. Rozmawiano z mieszkańcem, który wspominał iż chce uciekać z tego domu.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 8.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec czuje się osamotniony. Pomaga przy toalecie. Posiłki i płyny spożył w dost. ilości. Zleczone leki podano wg zalec. lekarza.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 8/9.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec w nocy nie mógł spać, włączył głośno radio – prosił o tabl. nasenne.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 9.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec często wychodzi na dwór i podejmuje próby oddalenia się poza teren domu. Wracano pana z drogi na wiosce. Rozmowy nie przynoszą rezultatu, proszę o zwrócenie szczególnej uwagi, pan twierdzi, iż pójdzie gdzie go oczy poniosą.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 9/10.05.2011  
XXXX X. „Okło 3:00 chodził po podłodze na kolanach, próbował przekonać personel, że spadł z łóżka, po zwróconej uwadze położył się do łóżka, spał do rana.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 10.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec podczas dyżuru, spokojny. Przeprowadzono rozmowę z mieszkańcem w której stwierdził, że nie chce być tutaj. Posiłki zjada w podanej ilości. Zmiany łuszczycowe na łokciach nasmarowano maścią konopną.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 11/12.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z niewielkim i przerwami.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 12.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec miał wykonane zabiegi oraz zlecone smarowanie.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 13.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec został wykąpany w wannie. Pościel zmieniono. Zabiegi pielęgnacyjne wykonano. Zlecone leki otrzymał wg karty zlec. lekarza. Miał odwiedziny rodziny. Bardzo zadowolony.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 14/15.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec spał tylko d godz. 1:00. Skarg nie zgłaszał. Dwukrotnie wychodził do toalety.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 15/16.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec ubrał się o godz. 6:00, poszedł na p. 107 do kolegów, był bardzo zdziwiony, że panowie jeszcze śpią.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 19/20.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 19:15 wrócił z pikniku, podano insulinę. W nocy często wstawał po herbatę.”
- Książka raportów pielęgniarских od 21.05.2011 do 22.07.2011
- Raport z dyżuru rannego z dnia 22.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec niezadowolony z faktu, że nie pozwolono mu wyjść poza teren domu do sklepu. Powiedział, że tak tego nie zostawi.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 24.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec przed śniadaniem zgłaszał ból głowy, RR /36/79 mmHg – podano Ketonal 50 mg ze skutkiem pozytywnym.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 26.05.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec zgłaszał ból przy oddawaniu moczu. Zgłoszono do lekarza.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 3.06.2011  
XXXX X. i in. „Mieszkańcy mają mieć wykonane USG – jamy brzusznej dnia 6.06.2011 mają być na czczo.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 7.06.2011  
XXXX X. i in. „Mieszkańcy byli badani przez lek. dermatologa.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 8.06.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec przed kolacją uskarżał się na złe samopoczucie, twierdził, że ma temperaturę, zmierzona wynosiła 36,5 °C. Mieszkaniec ma chrypkę. Mieszkańcowi podano 1 t. Polopiryny S i Rutinoscorbin.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 9.06.2011

XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny siostry, która zostawiła w lodówce jogurty (proszę podawać panu). Poziom glukozy we krwi godz. 10:00 - 365 mg%, 11:30 – 252 mg%. Wieczorem mieszkaniec przebywał poza oddziałem, czekano aż wróci po zleconą insulinę.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 10.06.2011

XXXX X. „Mieszkaniec był badany przez lekarza. Ma podwyższony cukier. Rodzina została poinformowana, że nie ma być dokarmiany słodyczami z czego była siostra bardzo niezadowolona. Mieszkańcowi wszystkie zlecenia wykonano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 10/11.06.2011

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Zgłaszał przeziębienie, głównie katar (zatkany nos).”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 11.06.2011

XXXX X. „Mieszkaniec miał kontrolę cukru.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 12.06.2011

XXXX X. „Mieszkaniec miał prowadzony profil cukru, dużo przebywa na pokoju.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 13.06.2011

XXXX X. i in. „Mieszkańcy zostali wykapani.” XXXX X. „Profil cukru prowadzono.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 15.06.2011

XXXX X. „Mieszkańcowi zabrano leki ze słoikiem, które przywiozła jego siostra. Pan bardzo niezadowolony z tego. Przed kolacją miał odwiedziny syna.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 16.06.2011

XXXX X. „Mieszkaniec wraz ze swoją siostrą odmówił podawania bułek, gdyż ich nie zjada.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 17.06.2011

XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny siostry. Wieczorem oddał dużą ilość stolca zanieczyszczając całą ubikację.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 19/20.06.2011

XXXX X. „Mieszkaniec skarżył się, że jest przeziębiony ma katar i kaszel, nie mógł spać, bo miał problem z oddychaniem. Podano 1 tabl. Rutinoscorbin.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 20.06.2011

XXXX X. „Mieszkaniec miał w pokoju opakowanie Sylimarol. Zostało włożone do koszyczka z lekami w ambulatorium.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 22.06.2011

XXXX X. „Mieszkaniec po obiedzie oddał się poza zakład. Poszedł do sklepu po papierosy. Nie miał siły wrócić, został przywieziony przez P. XXXX XXXX. samochodem. Wcześniej nikomu z personelu o tym nie powiedział.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 22/23.06.2011

XXXX X. „Z chwilą objęcia dyżuru pan zmoczony cały, wraz z pościelą. Pana zaprowadzono do WC, tam umyto i zaopatrzone w pampersa.”

- **Raport z dyżuru rannego z dnia 25.06.2011**

XXXX X „Samopoczucie mieszkańca dobre, od momentu przyjazdu siostry, stan nagle się pogorszył (wg relacji siostry). Skontrolowano parametry – RR – 120/80, tętno 86, temp. 37,8°C. Podano Pyralgin + Rutinoscorbin położono do łóżka. Rodzina domaga się usilnie wezwania Pogotowia Ratunkowego. O godz. 13:00 temp. 38,8°C podano dom. Pyralgin 5 ml. O godz. 13:40 temp. 39,1°C. Wezwano pogotowie ratunkowe. Mieszkaniec został zabrany do szpitala. Insulinę i przepisane leki dowiozła do szpitala siostra p. XXXX, która poinformowała, iż pan ma zap. płuc i został w szpitalu.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 30.06.2011

XXXX X „Mieszkaniec o godz. 9:40 wrócił ze szpitala w stanie ogólnym dobrym. Pan ma insulinę 3x dziennie.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 30.06./01.07.2011

XXXX X. „O godz. 20:30 mieszkańca wyprowadzono do WC. Po położeniu do łóżka, spał do rana (miał założonego pampersa). Dzwoniła siostra p. XXXX X. zaniepokojona jak panu mieszka się na nowym pokoju.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 03.07.2011

XXXX X. „Mieszkańcowi skontrolowano poziom cukru.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 4.07.2011

XXXX X. „Od dziś mieszkaniec otrzymuje zlecony antybiotyk.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 4/5.07.2011

XXXX X. „Mieszkaniec nie mógł spać, gdyż było mu bardzo niewygodnie w łóżku, poprawiono i mieszkaniec stwierdził, że jest nieco lepiej. Około godz. 2:30 wychodził do WC i upadł zahaczając się o wózek p. XXXX. Na dany moment dolegliwości nie zgłaszał i obrażeń nie stwierdzono.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 5.07.2011

XXXX X. „Mieszkaniec w złym nastroju psychicznym (bardzo wycofany). Podczas dyżuru dużo drzemał. Nie chciał brać udziału w terapii zajęciowej. Zlecone leki otrzymał. Posiłki i płyny spożył w dost. ilości.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 8.07.2011

XXXX X. i in. „Mieszkańcy zostali wykapani. Bieliznę zmieniono.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 9.07.2011

XXXX X. „Mieszkaniec rano zastosował strajk dlatego, że nikt nie reaguje na jego uwagi do łóżka, że jest za wysokie i bardzo niewygodne. Zgłaszał, że 3 dni pał w fotelu, nie będzie jadł, nie będzie się mył. Po dłuższej rozmowie pan zgodził się po porozumieniu z p. XXXX na zamianę łóżek. W poniedziałek proszę wymienić łóżko p. XXXX. Zaistniały problem zgłoszono dyrektorowi w trakcie wizytacji. Pan XXXX zadowolony, uwag nie zgłaszał, popołudniu był z p. XXXX na spacerze.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 10.07.2011

XXXX X. „Mieszkaniec w złym stanie psychicznym, niezadowolony z wszystkiego. Obrażony zarówno na personel jak i na współmieszkańców. Nie chciał jeść, przed kolacją skontrolowano poziom cukru 59 mg%. Kolacji nie jadł.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 10/11.07.2011

XXXX X. „Kolacji nie jadł, ok. 22:30 zgłaszał, że nie może spać, dodatkowo podano po konsultacji z lekarzem z PR Zolaxa 5 mg, po czym spał do rana.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 11.07.2011

XXXX X „Pan nadal nic nie je i nie pije. Przyjechała siostra, która nie przekonała p. XXXX do zjedzenia posiłku. Pan XXXX napisał oświadczenie, że chce być przeniesiony do Domu Pomocy Społecznej w Poznaniu. Kontrolowano poziom cukru o godz. 18:00 – 92 mg%. Wezwano pogotowie – pan został wzięty na oddział ratunkowy.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 11/12.07.2011

XXXX X. „Mieszkaniec został przywieziony ze szpitala około godziny 22:30. Samopoczucie mieszkańca dobre. Zjadł kolację w dużej ilości (4 kromki chleba). Po kolacji mieszkańca położono spać.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 12.07.2011

XXXX X. „Mieszkaniec nadal negatywnie nastawiony do całej sytuacji. Usilnie domaga się przeniesienia do innego domu. Jak twierdzi od jutra podejmuje głodówkę. Dziś posiłki zjadł, był też na dworze z innymi mieszkańcami. Profil cukru prowadzony.”

XXXX X. „Mieszkaniec poślizgnął się na moczu p. XXXX, upadł ale obrażeń nie stwierdzono.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 13.07.2011

XXXX X. „Nadal prowadzony profil cukru – wyniki wpisane. Posiłki i płyny przyjmuje w dużej ilości. Jeżeli w krótkim czasie nie będzie przeniesiony do innego domu, ponownie podejmie głódówkę.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 14.07.2011

XXXX X. „Posiłki i płyny przyjmuje w podanej ilości skontrolowano poziom cukru.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 21.07.2011

XXXX X. i in. „Mieszkańcy wykapani.”

#### **Książka raportów pielęgniarских od 23.07.2011 do 19.09.2011**

- Raport z dyżuru rannego z dnia 31.07.2011

XXXX X. „Stan ogólny dobry, popołudniu dzwoniła siostra ze stwierdzeniem, że brat zbyt intensywnie ćwiczył na sali rehabilitacyjnej i boli go ręka, doraźnie podano 1 tabl. Ketonalu.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 3.08.2011

XXXX X. „Mieszkaniec po podwieczorku wyszedł na spacer do parku. Jego nieobecność zaniepokoiła personel. Po dłuższym poszukiwaniu pana znaleziono leżącego na trawie (na dole). Okazało się, że mieszkaniec potknął się i upadł. Obrażeń nie stwierdzono. Pana przywieziono na wózku do pokoju. Podano kolację. Mieszkaniec bardzo zdenerwowany zaistniałą sytuacją.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 5.09.2011

XXXX X. „Mieszkaniec był wykapany, miał zmienioną bieliznę osobistą i pościelową. Był badany przez lekarza rodzinnego, który zlecił płukanie uszów, które wykonano. Po kolacji mieszkaniec oddał stolec na korytarzu. Ponownie wykapano.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 6.08.2011

XXXX X. „Mieszkaniec rano zabrudzony stolcem, został umyty. Wieczorem ponownie zanieczyścił się stolcem. Został wykapany, przebrany.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 6/7.08.2011

XXXX X. „Mieszkaniec oddał 2 x niewielkie ilości stolca do WC.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 9.08.2011

XXXX X. „Samopoczucie mieszkańca zadowalające. Pan w dobrym nastroju psychicznym. Skontrolowano poziom cukru, który wynosił 140 mg%. Mieszkaniec brał udział w zajęciach na Sali Ojca Pio. Zlecone leki otrzymał.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 11.08.2011

XXXX X „Mieszkaniec miał odwiedziny siostry. Pan bardzo zadowolony. Zlecone leki otrzymał.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 14.08.2011

XXXX X „Pan od rana b. zły faktem, że personel kazał mu ubrać bluzkę, bo on twierdził, że nie umie zrobić tego sam a my od tego jesteśmy. Z tego powodu nie jadł on śniadania, ani obiadu ani kolacji, pił tylko wodę cytrynową. Skontrolowano poziom cukru po obiedzie 94 mg% a po kolacji 117 mg%. Pan obrażony i kolegom kłamie, że personel go wyzywa i głodzi.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 14/15.08.2011

XXXX X „Mieszkaniec toaletę wieczorną wykonał po 20:00, pana ubrano w pidżamę i położył się spać. Cały czas wspominał dzienny dyżur, że tego tak nie zostawi.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 15.08.2011

XXXX X „Mieszkaniec rano chętnie umył się i ubrał. Przed śniadaniem podano wg zlecenia insulinę. Z chwilą podania śniadania, odmówił przyjęcia posiłku, płynów oraz leków. Rozmawiano z panem, twierdził, że jest źle tu traktowany, żądał rozmowy z p. dyrektorem. Telefonicznie rozmawiał z siostrą, która również próbowała nakłonić pana do jedzenia i przyjęcia leków – bez skutku. Przyjechał p. dyrektor i w rozmowie stwierdził, że będzie jeść wówczas gdy pielęgniarka zostanie ukarana, nie prędzej. Zmierzono poziom glukozy – 117 mg, mieszkaniec poczuł się słabo i wyjątkowo pozwolił podać w iniekcji GlucoGen 1 mg.

O godz. 11:00 poziom cukru – 189 mg% i stopniowo zaczął spadać. Pan osłabiony, podsypiający, ale kategorycznie twierdził, że w DPS-ie nie przyjmie posiłku i leków. W rozmowie wspominał, że nie chce tu być, rodzina go sprzedała, jedynie co możemy mu podać to truciznę, bo ma dosyć takiego życia. Zadzwoniono po pogotowie ratunkowe – dyspozytor zasugerował, że wskazane jest leczenie psychiatryczne. Po przybyciu ratowników medycznych, na zadawane przez nich pytania odpowiedział, że stanowczo nie będzie jadł, że siostry go tu zamknęły, on nie chce tu być, chce jechać do szpitala. Bardzo zadowolony, pozwolił zabrać się do szpitala. Siostra p. XXXX poinformowana. Siostra p. XXXX mówiła, że gdy była u brata w czwartek, ten wspominał, że od wtorku rozpocznie strajk głodowy. Przed godz. 17-tą mieszkaniec został przywieziony przez rodzinę ze szpitala. W dobrym nastroju, leki, kolację spożył. Umył się samodzielnie.”

- Raport z dyżuru dziennego z dnia 16.08.2011

XXXX X. „Mieszkaniec był w poradni ortopedycznej. Lekarz zaleca wykonanie zabiegu operacyjnego, ale prosi o konsultację lekarza rodzinnego. Miał odwiedziyny siostry, która usilnie domagała się skierowania od lek. Tatara do szpitala na oddział neurologiczny w celu podleczenia ww. podczas wizyty lekarskiej p. XXXX nie było i pani doktor decyzję o jakimkolwiek leczeniu szpitalnym nie mogła podjąć. Na piątek zgłoszony do lekarza rodzinnego.”

- Raport z dyżuru dziennego z dnia 20.08.2011

XXXX X. „Mieszkaniec spokojny, zabiegi piel. wykonano – pan wspomina o wyjeździe do domu, dzwoniła siostra p. XXXX – bardzo roszczeniowa wobec personelu.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 21.08.2011

XXXX X. „Mieszkaniec po śniadaniu zanieczyścił się luźnym cuchnącym stolcem. Został wykąpany. Bieliznę zmieniono.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 21/22.08.2011

XXXX X. „Mieszkaniec skarżył się na ból k. górnych i bezsenność. Podano 1 tabl. Ketonalu + Relanium. Dolegliwości ustąpiły, pan zasnął.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 25.08.2011

XXXX X „Mieszkaniec od rana oddawał luźne stolce. Był cały zabrudzony. Mieszkańca wykąpano i zmieniono bieliznę pościelową i osobistą. Założono pampersa. Podano 2 t. Loperamidu z pozytywnym skutkiem. Zastosowano dietę.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 26.08.2011

XXXX X „Mieszkaniec był badany przez lek. zakł. – skarżył się na ból k. Górnych, lekarz zlecił Olfen 75 mg. Po niedzieli mieszkaniec będzie zabrany przez rodzinę na urlop.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 26/27.08.2011

XXXX X „Mieszkaniec upadł podczas wchodzenia na balkon i uderzył się w nogę pr. i odczuwał ból, innych obrażeń nie stwierdzono i dolegliwości nie zgłaszał.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 27.08.2011

XXXX X „Mieszkaniec odmówił pójścia na rehabilitację. Spacerował po parku.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 27/28.08.2011

XXXX X „Mieszkaniec o godz. 3:00 golił się. Na zadane pytanie dlaczego tak wcześniej odpowiedział że tak „mu się podoba”.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 28/29.08.2011

XXXX X „Mieszkaniec nie spał prawie całą noc, zgłaszał bóle, ale nie umiał określić co boli w końcu stwierdził, że duży palec u nogi, i nie może spać, dodatkowo podano Ketonal, bez skutku ok. 3:00 dod. podano Hydroxizine z miernym skutkiem, o godz. 5:30 pomagano w drodze do WC.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 29.08.2011

XXXX X „Mieszkaniec od rana bardzo osłabiony. Miał duże trudności w przemieszczaniu się. Pomagano przy posiłkach. Po obiedzie został zabrany na wózku na spacer przez opiekunkę. Zleczone leki otrzymał.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 29/30.08.2011

XXXX X. „Mieszkaniec zasnął ok. 24:30 i spokojnie spał do rana.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 30.08.2011

XXXX X. „Mieszkaniec apatyczny, podsypiający, odmówił wstania z łóżka (chce się wyspać). Skontrolowano cukier 99 mg%, o godz. 11:00 – 107 mg %. Był badany przez lek. rodzinnego. Zlecenie b.z., który zlecił zmniejszenie insuliny. Zmieniono poziom cukru we krwi – 122 mg% o godz. 18:00. Mieszkaniec dużo podsypia, jednak trochę bardziej ożywiony, rozmawia logicznie. Posiłki spożywa w podanej ilości.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 31.08.2011

XXXX X „Mieszkaniec o godz. 11:00 został zabrany przez siostrę na urlop (7 dni).”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 7/8.09.2011

XXXX X „Mieszkaniec ok. 19:00 wrócił z urlopu, był u lekarza w Poznaniu ma nowe zlecenie – rozpisano. Wykonano toaletę, leki podano, spał z przerwami.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 13.09.2011

XXXX X. „Mieszkaniec ma prowadzony profil cukru.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 13/14.09.2011

XXXX X. „Mieszkaniec o 1:00 w nocy domagał się tabl. na spanie. Panowie z pok. 104 nie spali do późnych godz. nocnych.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 15.09.2011

XXXX X. „Ma prowadzony profil cukru wyniki rozpisano, po południu bez wiedzy personelu poszedł do sklepu, wrócił z lodem ok. 17:00 bardzo zadowolony, ale zgłaszał, że trudno mu było wrócić z powrotem, mieszkańca poinformowano, aby następny raz przed wyjściem zgłaszał personelowi.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 17/18.09.2011

XXXX „Okolo godz. 19:15 mieszkaniec zgłaszał ból ręki, powiedział, że tak nie może być, że go boli i od jutra strajkuje – nie je. Otrzymał Apap wg zlecenia. Ok. godz. 23:00 pan wziął koc i siedł przed telewizor spać – twierdził, że radio u pana XXXX mu przeszkadza. Radio wyciszono a pana położono spać. O godz. 2:30 pan dzwonił bo chciał iść do WC twierdził, że sam nie wstanie z łóżka. Zaprowadzono pana do WC i położono spać. O godz. 3:30 pan prosił by zgasić mu światło koło stolika bo on nie może. Do rana pan spał.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 18.09.2011

XXXX X „Mieszkaniec w dniu dzisiejszym odmówił spożycia posiłków, jak twierdził miał to zrobić dwa dni temu, ale zapomniał. Żadne argumenty do pana nie przemawiały, ani rozmowa opiekuna, ani pielęgniarki. Pan odpowiadał, bardzo ignorująco i z uśmiechem na twarzy. Doskonale zdaje sobie sprawę ze swojego zachowania. O godz. 18:00 cukier 88 mg% w południe i na noc insuliny nie podano. Leki podano wg zlecenia. Płyny przyjął w bardzo małej ilości.”

Książka raportów pielęgniarskich od 19.09.2011 do 18.11.2011

- Raport z dyżuru dziennego z dnia 19.09.2011

XXXX X „Mieszkaniec nadal nie przyjmuje posiłków, jest opryskliwy, ignoruje wszystko co się do niego mówi, na twarzy widać szyderczy uśmiech. Próby rozmowy nie dają żadnego rezultatu. Pan twierdzi, że dawno już tak powinien z nami postąpić. Skontaktowano się z l. rodzinnym, (lek. Tataara) który zlecił kontrolę cukru we krwi, i nie podawanie insuliny. O godz. 11:30 – 141 mg%, o godz. 18:00 – 129 mg%. Insuliny nie podawano, jednak zauważono, iż pan podjadał krakersy ze swojego stolika. Kategorycznie odmawia posiłków!”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 19/20.09.11

XXXX X „W nocy spał spokojnie, dolegliwości nie zgłaszał.”



- Raport z dyżuru rannego z dnia 20.09.2011  
XXXX X „Mieszkaniec nadal odmawia przyjmowania leków i posiłków. Skontrolowano cukier 128 mg%. Po konsultacji z lek. rodzinnym został skierowany do szpitala w Kościanie (X pawilon tel.XXXXXX). Rodzina powiadomiona.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 3.10.2011  
XXXX X „Mieszkaniec wraca ze szpitala prawdopodobnie w środę tj. 5.10. Proszę nie rozpakowywać torby, o co prosiła siostra p. XXXX”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 05.10.2011  
XXXX X „Pan wrócił ze szpitala w Kościanie ok. godz. 10:00. Pan niezadowolony, twierdzi, że znowu zacznie strajk głodowy. Porozmawiano z panem i posiłki przyjmuje w podanej ilości. Mieszkaniec ma zmienioną insulinę, leki przepisano.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 5/6.10.2011  
XXXX X „W nocy spał bardzo mało, twierdził, że nie będzie spał nic nie podawano, zasnął ok. 4:30.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 7.10.2011  
XXXX X „Dziś samopoczucie dobre, posiłki i płyny przyjmuje w podanej ilości, miał odwiedziny siostry, rzeczy przywiezione ze szpitala, oddano do pralni, od dnia dzisiejszego proszę dokumentować podpisem, wydanie II śniadania, gdyż nie potrafi określić się czy jadł czy nie.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 7/8.10.2011  
XXXX X „Mieszkaniec o godz. 23:00 obudził się, zjadł posiłek. Twierdził, że usnąłby, gdyby miał do towarzystwa panią.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 8.10.2011  
XXXX X „Mieszkaniec w dniu dzisiejszym w dobrym nastroju psychicznym brał udział w zajęciach terapeutycznych.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 10/11.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec rano samodzielnie wstał z łóżka, usiadł w fotelu, twierdził, że nie może się podnieść. Wstał i poszedł do WC.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 13/14.10.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec całą noc nie spał. Wyprowadzono do WC – oddał moc. Zgłaszał ból pięt (kłujący) Podano dodatkowo 1 t. Apap. Ból ustąpił.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 15.10.2011  
XXXX X „Mieszkaniec po nocy zmoczył podłogę i łóżko. Został umyty. Bieliznę zmieniono. Z ww. przeprowadziła rozmowę p. psycholog. Zlecone leki otrzymał wg karty zleceń lekarza.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 15/16.10.2011  
XXXX X „Zgłaszał ból pięt dodatkowo podano Apap ze skutkiem pozytywnym.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 16/17.10.2011  
XXXX X. „O godz. 2:00 pan przyszedł powiedzieć, że bolą go nogi i z tego powodu będzie strajkował bo tak nie może być. Podano mu DicloDuo, położono do łóżka. Po godzinie zasnął, obudził współmieszkańców.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 17.10.2011  
XXXX X. „Nie zgłaszał żadnych dolegliwości popołudniu był na spacerze.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 17/18.10.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec zgłaszał ból pięt i nóg i ręk. Podano 1 t. DicloDuo, zmieniono pozycję ułożeniową. Pan do rana spał spokojnie.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 19.10.2011  
XXXX X. i in. „Wykapani w wannie, zmieniono bieliznę osobistą i pościelową.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 20/21.10.2011

XXXX X. „Ok. 24:00 zgłaszał dolegliwości bólowe, dodatkowo podano Apap ze skutkiem pozytywnym.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 21/22.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Dwukrotnie zmieniono pozycję ułożenia w łóżku (na życzenie ww.)”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 22.10.2011

XXXX X. „W czasie dyżuru nie zgłaszał żadnych problemów.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 22/23.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec upadł koło łóżka, gdy wstał do WC. Obrażeń żadnych nie odniósł.”

- Raport z dyżuru dziennego z dnia 23.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec rano zabrudzony stolcem. Został umyty i przebrany, podano Loperamid. Zastosowano dietę. Dużo przeleżał w łóżku.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 23/24.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Siadał na fotelu kilka razy, liczył czas po którym przyjdzie personel, twierdził, że samodzielnie nie może podnieść się z fotela. Prosił opiekuna „by przygrzał się do niego” – ponieważ ma „półroczne braki”. Ok. 1:00 mieszkaniec zjadał słodycze.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 24/25.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec zgłaszał bóle nóg, podano 1 t. Apo-naproxenu, do rana spał spokojnie.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 25/26.10.2011

XXXX X. „O godz. 21:00 zmieniono pozycję, spał do rana.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 26/27.10.2011

XXXX X. „Mieszkańcowi wg życzenia zmieniono pozycję ułożeniową przy czym pan zachowuje się ignorująco i z uśmiechem na twarzy, a za chwilę samodzielnie spaceruje po korytarzu.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 27.10.2011

XXXX X. i in. „Mieszkańcy byli badani przez lekarza psychiatrę. Zlecenia w karcie zleceń.”

- Raport z dyżuru dziennego z dnia 28.10.2011

XXXX X. i in. „Mieszkańcy byli u dermatologa.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 28/29.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec sięgając z podłogi zsunął się z łóżka, uderzył głową o poręcz nad lewą brwią, lekko zaczerwienione, innych obrażeń nie stwierdzono.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 29/30.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec nad ranem przyszedł do ambulatorium ze sprawą przeniesienia go na inny pokój, ponieważ p. XXXX X. przeniosła go tu wbrew jego woli, jest ze swoich współlokatorów bardzo niezadowolony. O godz. 6:00 prosił o zaprowadzenie do biura w celu załatwienia tej sprawy.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 30.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec rano po podaniu insuliny odmówił zjedzenia śniadania, drugiego śniadania, nie wypijał żadnych płynów. Poszedł do kaplicy. Twierdził, że nie będzie jadł dopóki nie przeniesiemy go na inny pokój. Na tym pokoju nie śpi (co jest nieprawdą). Jeśli nie ma miejsca, chce być przeniesiony do piwnicy lub jechać do szpitala do Gniezna. Przed godz. 12:00 wyszedł na korytarz, przewrócił się, miał zdarty naskórek na policzku. Nadal nie pozwolił zmierzyć poziomu cukru, ani przemyć rany. Wezwano pogotowie ratunkowe. Pozom cukru wynosił 46 mg%. Otrzymał dożylnie 2 amp. 40% glukozy. Poziom cukru wzrósł do 84 mg%. Mimo rozmowy z lekarzem, nadal odmawiał przyjęcia obiadu. Został podłączony wlew dożylny 10% Glukozy. Przy lekarzu zjadł 3 cukierki, przyjął leki. Następnie przy opiece zjadł rosół oraz jabłko. Po godzinie poziom glukozy wynosił 176 mg%, odłączono wlew. Zjadł również podwieczorek. Przyjechała siostra p. XXXX, jej powiedział, że problem jest

w radiu, które w nocy złośliwie włącza p. XXXX. O godz. 16:00 cukier wynosił 178 mg%. Kolację mieszkaniac przyjął + słodkie od rodziny, insulinę podano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 30/31.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 20:30 został wyprowadzony do WC, następnie zaczął się golić. Jak się okazało pan zdezorientowany co do czasu. Pozostałą część nocy przespał spokojnie.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 31.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec od rana protestował i nie chciał jeść. Nie podano insuliny. Prosił o rozmowę z „kierownikiem”. Po rozmowie pan powiedział, że jeżeli radio p. XXXX będzie wyłączone o godz. 19:00 to pan będzie jadł. Obiad i kolację spożył w podanej ilości.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 31.10./1.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec około godz. 22 jadł banana, był w bardzo dobrym nastroju. Noc przespał spokojnie.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 02.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec posiłki i płyny przyjmuje. Uczestniczył w terapii zajęciowej. Skontrolowano poziom cukru – 108 mg%. Został wykąpany – zmieniono bieliznę osobistą i pościelową.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 03.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec będąc na terapii zajęciowej zasnął (chwilowa utrata przytomności). RR wynosiło 120/57 p. 61, cukier 154 mg%. Podano kr. Cardiolu położono na łóżko. Mieszkaniec ma trudności ze wstawaniem z łóżka i poruszaniem się.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 4/5.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec około godz. 1 dożywiał się, przyszedł po herbatę. Po godzinie p. XXXX dzwonił i okazało się, że mieszkaniac wypadł z łóżka, nie potrafił określić jak to się stało. Obrażień nie stwierdzono, twierdził, że uderzył się w głowę.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 5.11.2011

XXXX X. „Samopoczucie mieszkańca zadowalające. Mieszkaniec uczestniczył w zajęciach na Sali Ojca Pio. Posiłki i płyny spożył w podanej ilości. Zleczone leki podano wg karty zleceń lekarza.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 7.11.2011

XXXX X. „Samopoczucie mieszkańca dobre posiłki i płyny spożywa w zadowalającej ilości. Był na spacerze w parku.

- Raport z dyżuru rannego z dnia 9.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec w dobrym nastroju psychicznym. Brał udział w zajęciach na Sali Ojca Pio. Posiłki i płyny spożył w podanej ilości. Po obiedzie wyszedł samodzielnie na spacer do parku.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 11.11.2011

XXXX X. „Mieszkanca odwiedził siostra, pan zadowolony, był na spotkaniu w Sali Ojca Pio. Posiłki i płyny spożywa w zadowalających ilościach. Zmiany skórne zabezpieczono wg zlecenia.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 13.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec był w kaplicy, ponieważ było duszno, zrobiło mu się słabo. Został przywieziony na wózk, a samopoczucie uległo poprawie. RR 130/70 mmHg . Godz. po obiedzie – cukier 211 mg%. Dalszych dolegliwości nie było.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 13/14.11.2011

XXXX X. „Mieszkanca 2 x układano do łóżka, gdyż wychodził do WC.”

- Raport z dyżuru dziennego z dnia 14.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec wrócił wcześniej z zajęć, bo nie chciał w nich brać udziału. Położył się do łóżka, aby odpocząć. Pan domaga się zmiany pokoju ze wzgl. na sąsiadów.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 15/16.11.2011

XXXX X. „Mieszkańcowi w nocy zmieniono pozycję ułożeniową w łóżku. O godz. 22:00 nie pozwolił wyłączyć TV.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 16/17.11.2011

XXXX X. „O godz. 4:00 mieszkaniec dzwonił, zgłaszał, że jest mu zimno, przykryto kołdrą i kocem.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 17/18.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec dwukrotnie w nocy prosił o pomoc o godz. 2:00 prosił aby pana przykryć, a o godz. 5:00 nie mógł się podnieść z łóżka, gdzie wcześniej spożywał banany. Pana ułożono wg życzenia.”

Książka raportów pielęgniarskich od 19.11.2011 do 17.01.2012

- Raport z dyżuru rannego z dnia 21.11.2011

XXXX X. „Stan ogólny mieszkańca zadowolający. Posiłki i płyny spożył w podanej ilości. Nie uczestniczył w zajęciach w Sali Ojca Pio twierdząc, że drżą mu ręce. Z mieszkańcem została przeprowadzona rozmowa przez pedagoga i psychologa.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 21/22.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec został wyprowadzony do WC.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 21/22.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 24:00 zgłaszał silny ból pięt – podano Diclo-Duo.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 25.11.2011

XXXX X. „Mieszkańca odwiedziła siostra, bardzo pretensjonalna, umyła bratu głowę, wyczesywała łupież, smarowała maściami p. łuszczycy, odwiedziła wszystkie biura, księgowość, socjalny, tam kierowała swoje uwagi. Mieszkaniec dziś konsultowany przez dermatologa – bez zleceń wg zaleceń siostry.”

- Raport z dyżuru nocnego dnia 25/26.11.2011

XXXX X. „O północy mieszkaniec spożył obfity posiłek.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 27/28.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec zmoczył się, pana umyto, przebrano, założono pampersa z czego nie był zadowolony. Mimo tego i tak wychodził do WC.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 28.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec został zabrany przez syna i siostrę do Poznania, wróci wieczorem.”

XXXX X. „Mieszkaniec został przywieziony na oddział ok. godz. 17. Siostra ww. zgłaszała, że był na konsultacji lekarskiej w Poznaniu. W załączeniu karta informacyjna. Pan X. kolację spożył w podanej ilości. Pomagano przy toalecie wieczornej.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 28/29.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec spał całą noc. Żadnych skarg nie zgłaszał.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 29.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec dolegliwości nie zgłaszał, w dobrym nastroju, ma tylko żal do rodziny, że wczoraj nie został zawieziony do swego domu. Parametry w normie, profil cukru prowadzono.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 29/30.11.2011

XXXX X. „Mieszkańcowi w nocy kilka razy poprawiano pozycję złożeniową i przykrywano.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 1.12.2011

XXXX X. „Samopoczucie mieszkańca zadowolające. Skontrolowano poziom cukru oraz RR. Brał udział w zajęciach na Sali Ojca Pio.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 02.12.2011

XXXX X. i in. „Mieszkańcy zostali wykapani.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 2/3.12.2011

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Zmoczył się. Został przebrany. Mieszkaniec w nocy jadł słodczyce i owoce.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 3/4.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec uskarżał się na ból lewej ręki. Podano Duo-Diclo z pozytywnym skutkiem. Mieszkaniec w nocy często wstawał i wymagał przykrycia.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 6/7.12.2011  
XXXX X. „Mieszkańca dwukrotnie układano w łóżku na własną prośbę.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 07.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec pojechał do okulisty na godz. 18:00.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 7/8.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec wrócił od okulisty o godz. 19:15, pana umyto i położono spać.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 9/10.12.2011  
XXXX X. „W nocy 2x wstawał do WC, układano, przykrywano, a o godz. 5:00 konsumował łakocie przywiezione przez rodzinę.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 10/11.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec w nocy spał bardzo mało. Często poprawiano pozycję ułożeniową w łóżku. O godz. 2:00 podano 1 t. Apap – ponieważ skarżył się na ból pięt. Mieszkaniec zasnął i do rana spał spokojnie.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 12/13.12.2011  
XXXX X. „Mieszkańca kilka razy przykrywano kołdrą i kocem.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 13.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec w dobrym nastroju. Uczestniczył na Sali Ojca Pio (Jasełka). Posiłki i płyny spożył w podanej ilości. Zabiegi piel. wykonano.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 14/15.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec w nocy często dzwonił dzwoniem, wychodził z łóżka, przesiadywał na fotelu i kazał się ponownie układać spać (twierdząc, że sam sobie nie poradzi), był przy tym opryskliwy i wulgarny. Rano z uśmiechem na twarzy szedł samodzielnie do WC.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 15/16.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec dwukrotnie w nocy prosił o przykrycie, ponieważ sam sobie nie radzi.”
- Raport z dyżuru dziennego z dnia 16.12.2011  
XXXX X. „Mieszkańcy zostali wykąpani w wannie.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 16/17.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec około godz. 21 uskarżał się na ból lewej ręki. Podano 1 t. Apo-Naproxen z pozytywnym skutkiem. O godz. 3:00 mieszkaniec dojadł banany i spadł z łóżka, rozciął 1 łuk brwiowy. Założono opatrunek. Pozostałą część nocy przespał spokojnie.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 17.12.2011  
XXXX X. „Stan mieszkańca bez zmian. Podczas dyżuru skarg nie zgłaszał. Zlecone leki podano. Posiłki i płyny spożył w podanej ilości.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 18/19.12.2011  
XXXX X. „O godz. 19:30 zmoczona piżama, założono pampersa, przebrano, położono do łóżka. Od godz. 21:00 mieszkaniec prosił co 45 min. o pomoc różnego rodzaju (jedzenie, picie, położenie do łóżka, przykrywanie). O godz. 1:20 panu odstawiono słodycze na bok i położono, przykryto, poinformowano o czasie. O godz. 2:30 mieszkaniec golił się golarką w łóżku co zdenerwowało współmieszkańców. Pan agresywny w stosunku do opiekuna, zamierzał się uderzyć golarką, krzyczał na p. XXXX. Awanturę zażegnano o godz. 3:00, pana położono, przykryto do rana więcej nie dzwonił.”
- Raport z dyżuru dziennego z dnia 19.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec rano przewrócił się w pokoju, obrażeń zewnętrznych nie stwierdzono, pana podniesiono. Śniadanie zjadł w całości. Był u dermatologa. Zlecenie przepisano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 21/22.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec przebudził się o godz. 1:00 i chciał iść na spacer. Po wytłumaczeniu panu, która jest godz. mieszkaniec położył się ponownie spać.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 22/23.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami, wychodził kilka razy na „spacer” do łazienki.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 27.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec wrócił na oddział o godz. 16:00 przywieziony przez syna. Bardzo zadowolony. Zlecone leki otrzymał, wg zlecenia lekarskiego. Zabiegi pielęgnacyjne wykonano.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 27/28.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec około godz. 3 wyszedł z pokoju i poszedł na świetlicę, upadł przy fotelach. Mieszkańca podniesiono, obrażeń nie doznał. Twierdził, że szedł do WC.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 28/29.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Trzykrotnie pana układano i przykrywano w łóżku.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 30.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec uskarżał się na ból l. ręki. Był badany przez lekarza rodzinnego. Nowe zlecenia wykonano. Mieszkaniec ma bardzo duże zmiany zaognione, szczególnie na twarzy. Mieszkaniec brał udział w zabawie.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 30/31.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 20:00 wrócił z zabawy. Został umyty i przebrany w piżamę, insulinę i leki podano. O godz. 2:00 mieszkaniec prosił aby go przykryć.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 31.12.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec od rana oddawał luźne stolce, był dwukrotnie kąpany z tego powodu. Dodatkowo podano Loperamid + Smecta +dieta. Pan twierdzi, że nie może jeść sałatki śledziowej.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 1.01.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec cały zmoczony wraz z bielizną pościelową. Wykonano toaletę poranną. Bieliznę zmieniono. Brał udział we Mszy Św. Zabiegi piel. wykonano.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 1./2.01.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec kilka razy dzwonił, aby go przykryć.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 2.01.2012  
XXXX X. i in. „Mieszkańcy zostali wykapani, zmieniono bieliznę pościelową, obcięto paznokcie.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 2/3.01.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. W nocy pana przykrywano i poprawiano pozycję ułożeniową.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 3/4.01.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec uskarżał się na ból ręki, podano 1 t. Apo-Naproxen z pozytywnym skutkiem. Pan kilka razy wychodził do WC, pomagano mu się przykryć kocem.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 9.01.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 12:20 został zabrany przez syna do Poznania . Wróci około godziny 15:00.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 10.01.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec przeziębiony, katar, ból gardła, temp. 36,2°C, RR 120/75 mmHg. Podano tabl. Ibum, 2 tabl. Cholinex, 3 tabl. Rutinoscorbin. Na noc założono pampersa.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 10/11.01.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec kilka razy wychodził do WC. Uskarżał się na ból prawej ręki. Podano Apo-Naproxen z pozytywnym skutkiem.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 11/12.01.2012  
XXXX X. „Zgłaszał ogólne rozbitcie, przeziębienie, ból gardła temp. 37,5°C, podano Apap + Rutinoscorbin, prosił o tel. do siostry, zadzwoniono, zgłoszony do lekarza.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 12.01.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec uskarżał się na złe samopoczucie, kaszel, zmierzono parametry – temp. 37,9°C, RR 134/62. Podano dom. Pyralgin. Był badany przez lek. rodzinnego – zap. oskrzeli. Zlecono Forcid 1000 2x dz., Multilac 1x dz., w razie temp. Nurofen. Obecnie temp. 36,5°C. Zalecono leżenie w łóżku przez 3 dni.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 12/13.01.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z niewielkim i przerwami. Nie gorączkuje. W nocy dopajano.”
- Raport z dyżuru dziennego z dnia 13.01.2012  
XXXX X. „Pan wg zaleceń pozostał w łóżku, samopoczucie nieco lepsze. Nie gorączkował, na posiłki wstawał. Miał odwiedziny siostry, zadowolony.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 13/14.01.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec wychodził kilka razy do WC. Mieszkańca przykrywano.”
- Raport z dyżuru rannego z dnia 13/14.01.2012  
XXXX X. „Mieszkańca pozostawiono w łóżku. Zabiegi pielęgnacyjne wykonano. Mieszkaniec czuje się znacznie lepiej. Posiłki i płyny spożył w podanej ilości. Nie gorączkuje.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 14/15.01.2012  
XXXX X. „Mieszkańcowi poprawiano ułożenie w łóżku i przykrywano. Pan spał spokojnie całą noc.”
- Raport z dyżuru nocnego z dnia 15/16.01.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami, zaświecił światło, wychodził z łóżka. Książka Raportów Pielęgniarskich 17.01.2012-17.03.2012 r.
- Raport z dyżuru rannego z dn. 17.01.2012 r.  
XXXX X. „Stan ogólny mieszkańca znacznie lepszy. Plecy oklepano. Zlecone leki podano. Zmiany skórne zaopatrzone zleconą maścią. Posiłków i płynów w/w spożył w podanej ilości.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 17/18.01.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkańca jeden raz wyprowadzono do w-c.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 18/19.01.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Wychodził do wc. Pana układno do łóżka oraz przykrywano.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 22/23.01.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec bardzo mało w nocy spał. Często wychodził do wc. Nad ranem uskarżał się na bóle stawów. Podano 50 mg ketonalu.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 23.01.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec po obiedzie został przebrany – zmoczył się.”  
XXXX X. „Mieszkańca odwiedziła siostra. Mieszkaniec ma w okolicy jąder zaczerwienienie – zaopatrzone. W/w prosi o konsultację lekarską.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 24/25.01.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec nie spał całą noc. Dzwonił, prosił o pomoc w wstaniu, przykryciu – kilka razy.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 25.01.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec ma problemy z przemieszczaniem się, wieziony na wózku, na terapię szedł sam. Parametry RR 120/70, cukier po śniadaniu 209 mg %. Wykapano pod prysznicem.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 24/25.01.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec wychodząc z ubikacji przewrócił się na korytarzu, ponieważ oparł się o drzwi, które się otwały. Obrażeń zew. nie stwierdzono. Pana zaprowadzono na pokój.”

XXXX X. „Samopoczucie mieszkańca dobre, żadnych dolegliwości nie zgłaszał. Uczestniczył w terapii zajęciowej. Porusza się samodzielnie.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 26/27.01.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec wychodził do wc, pomagano wejść do łóżka i przykrywano mieszkańca.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 28.01.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec po obiedzie zsunął się z łóżka, chcąc założyć laczek. Obrażeń nie zaobserwowano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 28/29.01.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. W/w przykrywano.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 30.01.2012 r.

XXXX X. „Mieszkańcy byli w poradni okulistycznej.” (dot. także trojga innych mieszkańców)

- Raport z dyżuru nocnego 30/31.01.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec wychodził do w-c, pomagano przy położeniu i przykrywano.”

- Raport z dyżuru rannego 31.01.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec po podwieczorku został zabrany przez rodzinę do lekarza neurologa. Wrócił na oddział w trakcie kolacji. Zleczone leki podano + insulinę.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 2/3.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. W/w często przykrywano poprawiano pozycję ułożenia w łóżku.”

XXXX X. „Mieszkaniec po konsultacji z neurologiem i lek. rodzinnym ma zmienione leki. Proszę obserwować.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 3/4.02.2012 r.

XXXX X. „Kilka razy wychodził do w-c, przykrywano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 4/5.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec wychodząc z umywalni o godz. 20.45 upadł na podłogę, obrażeń zew. nie stwierdzono. Pomimo upomnień mieszkaniec nadal wstawał z łóżka, ma duże problemy przy poruszaniu się – w nocy bardzo często wzywał personel.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn.5/6.02.2012 r.

XXXX X. „Pana pomimo założonego pampersa wyprowadzono do wc (g. 2:00, 3:40). mieszkaniec bardzo słabo chodzi, ma zachwiania równowagi.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 6/7.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Zgłaszał ból lewej ręki oraz pięty. Podano 1 x Apap. Dolegliwości ustąpiły.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 7.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec skarża się na ból lewej . górnej. ma niewielki obrzęk. Jest zgłoszony do lekarza.” XXXX X. „Na zlecenie lekarskie lewą dłoń zabandażowano, rękę unieruchomiono na temblaku. Mieszkaniec twierdzi, że ból jest większy – temblak zdejmuje. Był u p. XXXX– z zabiegów również niezadowolony. Podano kaps. Diclo-duo. Ze względu na dolegliwości bólowe – kąpiel przesunięto.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 7/8.02.2012 r.

XXXX X. „Pan budził się w nocy, siadał na łóżku i robił bałagan wokół siebie.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 8.02.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny bez zmian, zabiegi wykonywano, leki podano, problemów nie zgłaszał.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 8/9.02.2012 r.



XXXX X. „Pan spał z przerwami, zgłaszał dolegliwości bóle, podano Apo-naproxen, Zmoczył się, został przebrany, o godz. 5:00 zmoczył całe łóżko. Został umyty i przebrany. Pan bardzo opryskliwy i wulgarny.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 9.02.2012 r.

XXXX X. „Pan został wykąpany.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 9/10.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał spokojnie. O godz. 6:00 - zaświecił światło, zrobił wokół łóżka bałagan i dzwonił by posprzątać.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 10.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec bardzo wymagający. leki podano ściśle wg. zaleceń lekarza. Miał odwiedziny siostry. O godz. 14:00 zawieszony został na salę fizykoterapii. Posiłki i płyny spożył w dost. ilości.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 10/11.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec spał z przerwami, wzywa personel dzwonekami z błahych powodów. Zlecone leki podano.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 11.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec uczestniczył we mszy świętej, następnie był na terapii zajęciowej, zlecone leki otrzymał, posiłki zjada w całości.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 11/12.02.2012 r.

XXXX X. „Wychodził do w-c pomagano, położono, przykryto.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 13/14.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec dwukrotnie dzwonił, resztę nocy przespał spokojnie.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 16/17.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec szybko zasnął wieczorem. Obudził się po godz. 22 – prosił o tabletkę p. bólową. Podano Apap.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 19/20.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec zgłaszał ból pięty, podano Nurofen.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 20/21.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 5:00 prosił o zmianę pampersa. Raz został umyty i przebrany, bieliznę pościelową także zmieniono.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 21/22.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec wstawał do toalety po czym układano pana do łóżka i przykrywano. Spał spokojnie.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 23/24.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec uskarżał się na ból lewej kończyny górnej. Podano 100 mg Olfen. Mieszkańca ułożono do snu i od godz. 23 spał do rana.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 24.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec przed śniadaniem zanieczyścił się luźnym stolcem. Został wykąpany. Dodatkowo podano 2 t. Loperamidu. Miał odwiedziny siostry.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 24/25.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkańca przykrywano na potrzeby, zmieniano ułożenie nóg.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 26/27.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec spał do godz. 2:00. Następnie dwukrotnie poprawiano ułożenie w łóżku i przykrywano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 27/28.02.2012 r.

XXXX X. „W nocy kilka razy poprawiano pozycję ułożenia w łóżku.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 28/29.02.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec osunął się z łóżka na podłogę, bardzo niezadowolony i zły z tego zdarzenia, opryskliwy i wulgarny. Pana podniesiono, ponownie ułożono w łóżku,

zabezpieczono drabinkami. Obrażeń zewnętrznych nie zaobserwowano, skarg bólowych nie zgłaszał.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 29.02.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec osłabiony, ma trudności w poruszaniu, podczas obiadu karmiono. Skontrolowano poziom cukru 24 mg %.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 1/2.03.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec uskarżał się na ból kończyn dolnych. Podano 50 mg Ketonalu z pozytywnym skutkiem.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 2/3.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec w nocy spał z przerwami trzykrotnie prosił o pomoc.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 3/4.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec zgłaszał ból pięty. podano dodatkowo Apo-naproxen. Zmieniono pozycję ułożeniową na łóżku. Noc przespał z niewielkimi przerwami.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 4.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec podczas dyżuru dolegliwości nie zgłaszał, dzwoniła siostra p. XXXX udzielono informacji.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 4/5.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec spał od 19-23:00. Później kilka razy dzwonił. Zmieniano ułożenie łóżku, dopajano. Zgłaszał ból pięty i łokcia. Leki podano wg zalecenia.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 5.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec został zabrany o godz. 13:00 przez rodzinę do Poznania (do lekarza). Wrócił do domu o godz. 18.30.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 6/7.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec nie mógł spać ze wzg. na nasilające się duszności: wezwano Pogotowie ratunkowe, które o godz. 21:45 zabrało pana do szpitala na oddział laryngologiczny. Rodzina powiadomiona.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 7/8.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec prosił o ułożenie w łóżku. skarżył się na ból pięt, zastosowano ułożenie na poduszce, do rana spał spokojnie.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 8.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec zabrudzony luźnym, cuchnący stolcem. Został wykąpany, zmieniono bielizną osobistą i pościelową. Podano Loperamid + zastosowano diety z czego pan nie był zadowolony.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 9/10.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec prawie całą noc nie spał. Domagał się aby mu ciągle towarzyszyć zgłaszając przy tym różne dolegliwości (ból pięty, złe ułożenie w łóżku itp.). Wzywał personel poprzez sygnalizację przyzywową średnio o godzinę. Dodatkowo podano 1 t. Apo-naproxenu, zmieniono pozycję ciała w łóżku, rozmasowano bolącą piętę.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 10/11.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec spał całą noc, leki podano, zmieniono pozycję, przykryto.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 11.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec od rana zanieczyszczony stolcem (normalnym). Wykonano toaletę oczyszczającą. Posiłki pan spożył podanej ilości. Mieszkaniec brał udział we Mszy świętej kaplicy. Stan psychiczny zadowolający. Miał odwiedziny siostry.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 11/12.3.2012 r.  
XXXX X. „Pan o 5:00 nad ranem domagał się tabl. przeciwbólowej na pięty. Pan był bardzo niemiły i krzyczał. Podano Diclo-duo.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 12/13.3.2012 r.  
XXXX X. „Podczas snu mieszkaniec zsuwał się łóżka. obudzono, aby zapobiec wypadnięciu z łóżka, poprawiono ułożenie. Zabezpieczono barierkami.”

- Raport z dyżuru dziennego z dn. 13.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec od samego rana ma rozwolnienie. Został wykąpany pod prysznicem, podano 3 x 2 t. Loperamidu + dieta ścisła. Pan pozostał w łóżku.”
  - Raport z dyżuru nocnego z dn. 13/14.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec domagał się tabl. przeciwbólowej na piętami. Wyzywał, że tu jest umieralnia. Podano Diclo-duo.”
  - Raport z dyżuru rannego z dn. 14.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec uskarża się na ból pięt. Dodatkowo nic nie podawano. Uczestniczył terapii zajęciowej.”
  - Raport z dyżuru nocnego z dn. 14/15.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec bardzo mało spał w nocy, uskarżał się ból pięt. Podano zlecone leki bez skutku. Mieszkaniec był bardzo niezadowolony i wulgarny dla personelu. Pięty posmarowano żelem p/bólowym, mieszkaniec stwierdził, że pomogło mu to na chwilę. Podano dodatkowo 1 t. Pyralginy z pozytywnym skutkiem.”
  - Raport z dyżuru nocnego z dn. 15/16.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec w nocy spał bardzo mało. Leki o godz. 21:00 podano. Dodatkowo podano 1 t. Pyralginy ponieważ w/w skarżył się na ból pięty. Mieszkaniec bardzo niecierpliwy i zdenerwowany swoim stanem zdrowia.”
  - Raport z dyżuru nocnego z dn. 16/17.3.2012 r.  
XXXX X. Do godziny 2:00 mieszkaniec spał z przerwami, kilka razy dzwonił. Nie pamiętał, że otrzymał leki, krzycząc domagał się ich ponownie.”
  - Raport z dyżuru rannego z dn. 17.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec od rana w złej kondycji psychofizycznej. Po przeprowadzonej rozmowie mieszkaniec w lepszym nastroju. brał udział w zajęciach na sali Ojca Pio. Posiłki i płyny w podanej ilości. Zlecone leki podano wg, karty zaleceń lekarskich.”
- Książka Raportów Pielęgniarskich 18.03.2012-18.05.2012 r.**
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 17/18.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał w miarę spokojnie. Dwukrotnie mieszkańca przykrywano.”
  - Raport z dyżuru nocnego z dn. 18/19.3.2012 r.  
XXXX X. „Od godz. 19:30 mieszkaniec zgłaszał ból nogi, podano Nurofen forte, ból nie ustąpił, mieszkaniec stał się agresywny, arogancki i wulgarny w stosunku do personelu, zmoczył całe łóżko i siebie, zmieniono wszystko pościel, piżamę, po konsultacji z lekarzem z pogotowia podano w inj. domięśniowej Pyralgine 5 ml co przyniosło ulgę na 3 godziny. Od godz. 1:00 do rana dzwonił co godzinę zgłaszając krzykiem ból nogi, wymuszając środki przeciwbólowe, podano Rutinoscorbin, który pomógł tak jak Pyralgina. Pana poinformowano, że jest wskazana wizyta lekarza rodzinnego w poniedziałek.”
  - Raport z dyżuru rannego z dn. 19.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec od rana podjął głódówkę, nie przyjmuje posiłków, gdyż nie zapewniamy tego, co pan chce. O godz. 10:30 skontrolowano poziom cukru – 118 m%. Ukradkiem zjada owoce przywiezione rzez siostrę, która go dziś odwiedziła. O godz. 18:00 cukier – 90 mm %.”
  - Raport z dyżuru rannego z dn. 20.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec był badany przez lek. rodzinnego. Nie ma dodatkowych zaleceń.”
  - Raport z dyżuru nocnego z dn. 20/21.3.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec od godz. 1:00 do godz. 3:00 nie spał. Co chwila dzwonił dzwonkiem i przedstawiał różne dolegliwości. Był przy tym bardzo opryskliwy i wulgarny. Podano 1 t. Ketonalu 50 mg po czym pan zasnął.”
  - Raport z dyżuru rannego z dn. 21.3.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec oddaje luźne stolce, pozostał w łóżku. Zgłaszał nudności i odruchy wymiotne. Nie wymiotował. Cukier przed kolacją – 215 mg %. Insulinę podano. Na kolację (karmiono) zjadł chleb z masłem.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 21/22.3.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec zgłaszał nudności. Nie wymiotował. Nie mógł zasnąć. Zmieniono pozycję ułożeniową w łóżku. Noc przespał z przerwami.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 22.3.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec bardzo słaby, pozostawiono w łóżku. Oddaje luźne stolce i 2 x wymiotował. Podano mieszkańcowi w in. dom. 1 amp. Metoclopramidu. Doustnie otrzymał 2 t. Loperamidu oraz 2 x 1 saszetka Smecty. Zastosowano dietę.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 22/23.3.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec dzwonił w nocy kilka razy. Leki podano wg zlecenia. Pięty smarowano na wezwanie. Mieszkaniec oddał stolec – założono czystego pampersa.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 23.3.2012 r.

XXXX X. „Mieszkańcy oddali luźne stolce. Wszystkim podano Smecte 2 x 1 saszetka.” (dot. także sześciu innych mieszkańców)

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 23/24.3.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec kilka razy żądał smarowania pięt, posmarowano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 25/26.3.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Uskarżał się na ból pięt, które wysmarowano maścią p. bólową i ułożono wysoko. Kilka razy poprawiano pozycję.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 27/28.3.2012 r.

XXXX X. „Pan zgłaszał ból pięt o 12:00. Z panem porozmawiano - do rana spał.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 28/29.3.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec w nocy spał bardzo mało. Bezustannie domagał się towarzystwa personelu. Leki w godz. 21:00 otrzymał, posmarowano pięty. Zmieniano pozycję ułożeniową w łóżku.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 30.3.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec w bardzo złym nastroju psychicznym. Miał pretensje do „wszystkich i wszystkiego”. Bardzo niezadowolony z rehabilitacji. Używał niecenzuralnych słów. Posiłki i płyny spożył w podanej ilości.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 30/31.3.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec od godz. 22:00 nie spał, cały czas domagał się albo leków nasennych albo p. bólowych. Zleczone leki otrzymał, dodatkowo otrzymał 100 mg Ketonalu. Mieszkaniec twierdził, że to nie pomogło. Uskarżał się na ból pięt, które nasmarowaną maścią p. bólową, zmieniono pozycję w łóżku. Pomimo tego mieszkaniec całą noc wydzwaniał. Mieszkaniec uskarżał się na ból worka mosznowego, który jest mocno zaczerwieniony. Mieszkańcowi wykonano toaletę krocza, miejsca zaczerwienione posmarowano Sudacremem, zmieniono pampersa.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 1/2.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec spał spokojnie, leki podano wg zaleceń.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 2.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec w bardzo złej kondycji fizycznej. Pomagano we wszystkich czynnościach, włącznie z przyjmowaniem posiłków. Zabiegi wykonano – Zleczone leki otrzymał wg karty zaleceń lekarskich.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 2/3.04.2012 r.

XXXX X. „O godz. 19:00 dzwonił o pastylkę p. bólową – podano Diclo-duo. O godz 21:00 leki podano wg zlecenia . Mieszkaniec miał trudności z połykaniem oraz jakimkolwiek ruchem (głowy, ręki). Cukier – 173 mg %. Mieszkaniec spał do rana.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 3.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec w godzinach rannych apatyczny, leżący, chwilami bez kontaktu. Parametry cukier – 168 mg %. RR 139/67, temp. 36,3 C, o godz. 10:00 cukier 169 mg % RR 130/69. Kontakt coraz łatwiejszy (nie wie co się stało) obecnie samopoczucie dobre. Rodzina powiadomiona. O godz. 13:20 RR 153/59 p 74. Lekarz rodzinny powiadomiony, przyjedzie na wizytę. O godz. 13:45 były konsultacje lek. rodzinnego, nic dodatkowo nie zlecił.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 3/4.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec żadnych dolegliwości nie zgłaszał, leki przyjął, noc przespał w całości.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 4.04.2012 r.

XXXX X. „Z uwagi na pogarszający się stan zdrowia mieszkańca pozostawiono w łóżku. Zabiegi piel. wykonano. Podczas posiłków Pan karmiony. Posiłki i płyny spożywa w podanej ilości. Skontrolowano poziom cukru, który wynosi po posiłku 239 mg %. Temp – 36,5 c, RR – 135/74. Nasmarowano piety.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 4/5.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec około godz. 20:30 gorączkował – 38,83 C. Podano in. dom. 5 ml Pyralginy po której temperatura opadła po około 3 godz. do 35,86. Mieszkaniec około godz. 2:30 był bardzo mocno zmoczony, umyto i przebrano. Ma zmiany skórne na worku mosznowym, które nasmarowano Sudacremem. Mieszkańca w nocy dopajano, wypił około 500 ml płynów.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 5.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec w ciągu dnia nie gorączkował, wykonano kąpiel całego ciała w łóżku, umyto włosy obcięto paznokcie, 8:00 temp 35,8 C, 12:00 temp 36,4 RR 141/62, cukier 170 mg %, 18:00 temp 36,2 C. Posiłki i płyny przyjmuje w podanej ilości – karmiony, mieszkaniec na jutro zapisany do lekarza – celem wypisania zlecenia na materac przeciwoleżynowy.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 5/6.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec spał spokojnie zleczone leki podano. Nie gorączkował.”

- **Raport z dyżuru rannego z dn. 6.04.2012 r.**

XXXX X. „Mieszkaniec w złym stanie psychicznym i fizycznym. Mieszkańcowi wykonano toaletę, przy której zauważono zmiany otarcia na pośladku, miejsce to zaopatrzone. Mieszkaniec był przez lekarza rodzinnego, który zlecił badania. Mieszkaniec gorączkował 38,7 C. Siostra mieszkańca, która go odwiedziła wezwała pogotowie. Lekarz z pogotowia zdecydował zabrać mieszkańca do szpitala. Mieszkaniec został na oddziale wewnętrznym. Siostra zabrała pana oraz bieliznę i pampersy.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 11.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec wrócił ze szpitala ok. godz. 15:00. Pan leżący, ma odleżyny na lewym pośladku – zaopatrzone. Siostra twierdzi, że pan miał w szpitalu biegunkę, u nas stolca nie oddał. Zalecony antyb. podano. Pan ma zmianę insuliny.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 11/12.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Mieszkańca dopajano. W miarę możliwości poprawiano mieszkańca w łóżku.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 12.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec leży w łóżku, większą część czasu przesypia. Założono materac p. odleżynowy. worek mosznowy i okolica zaczerwieniona, odleżyna na lewym pośladku – zaopatrzone. Mieszkaniec rozdrapuje skórę w okolicy pępka. Podczas posiłku karmiony. Dwukrotnie oddał duże ilości luźnego stolca. Podano tabletki Loperamid. Prowadzono profil cukrów.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 12/13.04.2012 r.

XXXX X. „Pan noc przespał spokojnie, zmierzono poziom cukru i podano leki.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 13.04.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny bez większych zmian, leżący, toaletę wykonano, otarcie na kości ogonowej zabezpieczono Octoniseptem, apetyt dobry – karmiony. Parametry 8:00 RR 140/75 t. 1, cukier – 123, temp 36,7, 13:45 temp 37,1, 14:30 temp 37,5 po konsultacji z lekarzem podano in. 5 ml Pylalginy, 16:00 temp 36, 18:15 36,1. Leki podano wg karty zaleceń.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 13/14.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec nie gorączkował – 36, 1 C. Noc przespał, budzono by podać leki wg zlecenia, dopajano.”

- Raport z dyżuru dziennego z dn. 14.04.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny mieszkańca b. zmian, pan nada pozostaje w łóżku. Miejsca zmienione chorobowo zaopatrzone Octoniseptem, na pośladkach posmarowane Octoniseptem. Pan oddał ogromną ilość luźnego stolca. Parametry o 13:00 RR-135/65 mm HG, t – 68, cukier – 174 mg %, temp 36,9 C. Miał odwiedziny dwóch sióstr. Leki podano wg zalecenia lekarskiego.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 14/15.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkańca w nocy kilkakrotnie dopajano, leki podano o 20:00 i 24:00.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 15.04.2012 r.

XXXX X. „Samopoczucie mieszkańca w godz. dopołudniowych bez większych zmian. Zabieg pielęgnacyjny oraz zmianę opatrunku wykonano. Mieszkaniec oddał 2 razy papkowaty stolec i 5 razy zmoczył łóżko. Zmieniono bieliznę osobistą i pościelową. Mieszkaniec posiłki w małych ilościach. Po kolacji zagorączkował 38,18 C podano 1 amp Pylalginy domięśniowo. Mieszkańca dopajano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 15/16.04.2012 r.

XXXX X. „O godz. 20:00 temp wynosiła 37,0 C, cukier 120 mg %. leki podano wg zlecenia, dopajano, poprawiano ułożenie w łóżku. Mieszkaniec dolegliwości nie zgłaszał.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 16.04.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca b.z zabiegi pielęgnacyjne wykonano. 1 x oddał luźny stolec w dużej ilości. Śniadanie i obiad zjadł w podanej ilości. O godz 8:00 temp 36.2 C, cukier 121 mg %, RR 122/56 p 67, o godz 13:00, cukier 137mg %.”

XXXX X. „U pana był lekarz, ma zlecony antyb Cipronex.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 16/17.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkańca w nocy dopajano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 17.04.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca b.z. Wykonano zabiegi pielęgnacyjne, pod piętę założono krążek. Skontrolowano parametry – cukier 8:00 133 mg %, RR 123/78, temp 36,6 C.” XXXX X.mieszkaniec po obiedzie zanieczyścił się. Oddał dużą ilość luźnego papkowatego stolca. Umyto i przebrano. Ma odleżynę na pośladku. Na odleżynę na pośladku założono Granuflex, zmieniono opatrunek na piętę.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 18.04.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny mieszkańca bez większych zmian. przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych bardzo niecierpliw. Na pośladku założono Granuflex. Posiłki i płyny (karmiony) spożył w dost. ilości. Skontrolowano: RR – 130/74, temp 35.6 C, cukier 126 mg %. Zlecono leki podano wg zaleceń lekarza.

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 18/19.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec w nocy spał z przerwami i często dopajano. O godz. 22:00 dzwoniła siostra poinformowała, że dzisiaj przyjedzie.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 19.04.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca b.z. Parametry o godz. 8:00 cukier 97 mg %. Mieszkaniec 3 x oddał duże ilości luźnego stolca. Podano Loperamid 2 tabl. Po konsultacji i badaniu przez lek. rodzinnego zlecono diety. 3 dz. Loperamid, oraz kontrola cukru. O godz. 16:30 kontrola poziomu cukru – przy poziomie do 120 mg % podać połowę wieczornej dawki insuliny. Jeżeli

będzie powyżej 160 mg % całą zleconą dawkę. Rano ponowna kontrola cukru, dieta nadal + nadal Loperamid 3 x 1 tabl., dużo płynów. w razie potrzeby nadal konsultować się z lek rodzinnym (XXXX). Mieszkańca wykapano w łóżku.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 19/20.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Zmieniano pozycję ułożeniową w łóżku. Dopajano. Mieszkaniec nie gorączkuje (36,7 C). O określonych godzinach podano zlecone leki. O godz. 22:)) dzwoniła w/w siostra.

- Raport z dyżuru rannego z dn. 20.04.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny mieszkańca bez większych zmian. Parametry godz 8:00 – cukier 103 mg %, RR 146/68, t.74, temp. 37,3 C, godz. 11:20 – cukier 129 mg %, godz. 18:00 – temp 38,7 C. Zabiegi pielęgnacyjne i higieniczne wykonane, otarcie na pośladkach zabezpieczono Getoniseptem, leki podano wg karty zaleceń, dodatkowo godz 9:00 Pyralgin. Pokarmy i płyny przyjmuje w podanej ilości – karmiony. O godz 18:10 wezwano pogotowie ratunkowe. Lekarz przyjechał o godz. 18:40 zlecenia rozpisano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 20/21.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec na zlecenie lekarza pogotowia otrzymał 1 amp – 5 ml Pyralginy dożylnie. W razie temperatury należy podać dożylnie Pyralginę, nie częściej niż co 6-8 godz. Mieszkaniec ma również otrzymywać Forcid 1000 2 x ½ t, którą już otrzymał wieczorem. nadal kontrola cukru – jeżeli jest poziom cukru do 120 mg % podawać ½ dawki zleconej. Mieszkańca w nocy dopajano, pił dużo około 1000 ml. Do godz 2 spał z przerwami, później spał twardy snem. Mieszkaniec podczas dyżuru nie gorączkował. Mieszkanie ma założony Venflon.

- Raport z dyżuru rannego z dn. 21.04.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny mieszkańca bez większych zmian. Rano godz. 8:00 – temp. 36,8 C. RR – 130/75 cukier 89 mg %. Ponownie oznaczono parametry o godz. 16:00, temp. 37,5 C, cukier 200mg %, RR – 130/70. O godz. 18:00 podano dożylnie zlec. Pyralginę. Posiłki i płyny mieszkaniec spożył (karmiony) w podanej ilości. Zabiegi piel. wykonano. Mieszkaniec miał odwiedziny siostry oraz synów.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 21/22.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec całą noc przespał spokojnie, do leków budzono.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 22.04.2012 r.

XXXX X. „Pan oddaje luźne stolce b. cuchnące. Podano Loperamid. Miał odwiedziny siostry. Pan dużo pije, posiłki przyjmuje niechętnie. Cukier rano 189 mg %.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 22/23.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec w nocy spał. Budzony by podać leki, dopajano.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 23.04.2012 r.

XXXX X. Samopoczucie mieszkańca nie uległo zmianie, pokarmy i płyny przyjmuje w zadowalającej ilości. Parametry o godz 8:00 cukier 146 mg % temp. 37 C, RR 138/60 mm Hg, godz. 12:00 cukier 187 mg %, 17:00 cukier 190 mg %, temp o godz. 18:15 38,5 C, podano i in. 5 ml Pyralginy.

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 23/24.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec podczas dyżuru nie gorączkował. Zlecone leki podano. Mieszkańca dopojono, usnął około godz 1.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 24.04.2012 r.

XXXX X. „Samopoczucie mieszkańca bez większych zmian. Lewa ręka i prawe kolano obrzęknięte. O godz. 18:00 zmierzono temp. 38,2 C, cukier 158 mg %. Skonsultowano się telefonicznie z lekarzem, który zlecił obserwację, jeżeli ręka będzie bardziej obrzęknięta wezwać pogotowie, w przeciwnym razie obserwować. Podobno Pyralginum 5 ml in. Pan oddaje duże ilości cuchnącego stolca – pod. Loperamid.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 24/25.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec nie gorączkował obrzęk kończyny górnej nie zwiększał się. Pana dopajano, zlecono leki otrzymał. Spał spokojnie prawie całą noc.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 25.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec po śniadaniu zagorączkował 38,3 C. Podano dom. 1 amp. Pyralginy. Posiłki i płyny przyjmuje w odpowiedniej ilości. Zabiegi piel. wykonano. o godz 15:30 skontrolowano temp – 37, 1 C, poziom cukru – 230 mg %, RR – 116/78, o godz. 16:00 w/w był badany przez lek. rodzinnego. Zalecenia jak do tej pory. Ogólnie mieszkaniec twierdzi, że czuje się lepiej.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 25/26.04.2012 r.

XXXX X. „Pana dopajano w nocy, zmierzono temp 36,7 C, żadnych dolegliwości nie zgłaszał.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 26.04.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca b.z. Wykonano toaletę poranna i p/ odleżynowe. Opatrunki zmieniono, temp 36,7 C, cukier 157 mg %. Posiłki i płyny przyjmuje w podanej ilości.”

XXXX X. „Mieszkaniec wieczorem oddał b. duże ilości luźnego stolca. Podano 2 tabl Loperamid. O godz 17:00 – temp 37,1 C, cukier 178 mg %.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 26/27.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec całą noc przespał spokojnie. Leki podano o określonych godzinach. W nocy dopajano. Nie gorączkuje – 36,9 %.

- Raport z dyżuru dziennego z dn. 27.04.2012 r.

XXXX X. „O godz. 8:00 cukier 138 mg %, temp 37,7 C. Mieszkaniec oddał dużą ilość luźnego stolca. Był badany przez lekarza rodzinnego. Ma założony cewnik. Od 13:00 spłynęło 500 ml ciemnego moczu. Mieszkańca często dopajano. Posiłki i płyny przyjmuje w podawanej ilości. O godz. 18:00 temp. 37.5 C.

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 27/28.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał spokojnie, podawano płyny do picia.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 28.04.2012 r.

XXXX X. „Samopoczucie mieszkańca bez większych zmian. Poziom cukru na czczo wynosił 187 mg %, temp 36, 4 C. Nadal występują duże zmiany na lewej pięcie oraz na podudziu. Opatrunek zmieniono. Mieszkaniec rano oddał luźny cuchnący stolec. Podano 1 t. Stoperanu z pozytywnym skutkiem. Posiłki zjada w podanej ilości. Wypił 1500 ml płynów.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 28/29.04.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec w nocy nie spał, budzony na podawanie leków i dopajanie.”

- Raport z dyżuru dziennego z dn. 29.04.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny mieszkańca bez większych zmian, skontrolowano poziom cukru (g.11) 176 mg %, RR – 135/90 mm Hg, czynności higieniczne wykonano, miejsca zmienione chorobowe zaopatrzone. Po południu miał temp. 37,9 C, podano Pyralginę do picia (saszetkę). Pan wymaga karmienia, posiłki zjada, płyny wypija. Mocz przez cewnik spływa prawidłowo, w worku 700 ml moczu ciemnego. Miał odwiedziny siostr i szwagra. Pan XXXX manipuluje przy cewniku.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 29/30.04.2012 r.

XXXX X. „Pan miał zmierzona temp. o godz. 20:00 38,2 C podano Pyralginum 5 ml i. m, ze skutkiem pozytywnym, pana dopajano. Miał odwiedziny siostry, która przyjechała specjalnie by zmierzyć temp. i sprawdzić ile wypił wody będącej na stoliku.

- Raport z dyżuru rannego z dn. 30.04.2012 r.

XXXX X. „Rano temp. 36,6 C, cukier 149 mg %. Dwukrotnie oddał duże ilości luźnego stolca, dodatkowo podano Stoperan. Zabiegi pielęgnacyjne wykonano. Płyny przyjmuje często w podanej ilości. Posiłki również. Mocz spływa o brunatnym zabarwieniu. Był badany przez lekarza rodzinnego. O godz. 17:00 temp 38,1 C. Zlecono we wlewie dożylnym 0,9 % NaCl 500 ml 1 dz. przez 4 dni. W trakcie układano. Podano 1 amp. Pyralginy.”



- Raport z dyżuru nocnego z dn. 30.04./01.05.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Kroplówki wchłonęły się w całości. Mieszkaniec zanieczyścił się stolcem. Wykonano toaletę oczyszczającą. Bieliznę zmieniono. W nocy mieszkańca dopajano. Nie gorączkuje.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 1.05.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec oddaje bardzo duże ilości luźnego stolca, pod. Loperamid. O godz. 16:45 zmierzono temp. 38,2 C pod. Pyralginum 5 ml ze skutkiem pozytywnym.
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 1/2.05.2012 r.  
XXXX X.. „Mieszkaniec spał spokojnie, nie gorączkował. Pana dopajano, leki podano wg zlecenia.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 2.05.2012 r.  
XXXX X. „Na czczo cukier – 185 mg %, temp. 36,6 C, RR 125/60 mm Hg. Mieszkaniec dwukrotnie oddał duże ilości luźnego stolca. Podano tabl. Loperamid. Mieszkaniec został wykąpany w łóżku. Zlecony wlew dożylny wchłonął się. Mieszkaniec miał odwiedziny siostry, która wezwwała lekarza rodzinnego. Posiłki przyjmuje, płyny w dużej ilości”.
- Raport z dyżuru rannego z dn. 3.05.2012 r.  
XXXX X. „Stan zdrowia mieszkańca niezadowolający. Mieszkaniec z bardzo słabym kontaktem, posiłki w postaci papkowej przyjmował w małych ilościach. Mieszkańcowi wykonano płukanie pęcherza, ponieważ nie spływał mocz przez cewnik. Po płukaniu spłynęło około 1300 ml moczu. Mieszkaniec otrzymał we wlewie kroplowym 500 ml 0,9% NaCl. Około godz. 14 wystąpiło temperatura 39,14 C. Podano doz. 1 amp 5 ml Pyralginy bez skutku. Temperatura wzrosła 40 C. Wezwano lekarza z Pogotowia, który założył sondę do żołądka i zlecił podawanie Ceroxinu 500 mg 2 x 1 t. ora dodatkowo 500 m 0,9% NaCl. Kroplówka wchłonęła się w całości. Podano o godz. 15:30 1 t. Ceroxinu. W ciągu dnia cukier utrzymywał się w normie rano 173 mg % o godz. 15 147 mg %. Karmienie przez sondę rozpisane w karcie obserwacyjnej. Mieszkaniec oddał 2 x stolec – luźny.
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 3/4.05.2012 r.  
XXXX X. „Stan mieszkańca ciężki. Wieczorem kontakt słowny zachowany. Temp. 36,7 C. Dopajany przez sondę. O godz. 22:00 podano tabl. Ceroxim 500 mg. O godz 6:00 temp – 39,7 C. W iniekcji dożylny podano 1 amp Pyralginy 5 ml. Brak kontaktu z mieszkańcem. Przez cewnik spłynęło 500 ml moczu.”
- Raport z dyżuru dziennego z dn. 4.05.2012 r.  
XXXX X. „Ze wg na utrzymującą się od dłuższego czasu wysokiej temperatury lekarz rodzinny skierował pana do szpitala. O godz. 11:30 pan został przewieziony karetką, jednak o 16:45 wrócił z powrotem do domu, ponieważ nie było wskazań do hospitalizacji. Panu usunięto część martwicy z lewej pięty. Zalecono stosowanie opatrunków ze srebra lub 10 % NaCl (recept brak). Pan na kolację zjadł 3 kawioriki + 100 ml zupy przez sondę. Leki przyjął. Czynności pielęgnacyjno – higieniczne wykonano. Pan przeniesiony na pokój 110. „
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 4/5.05.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec nie gorączkuje – 36,6 C. Zlecone leki podano przez sondę. Dopajano. Noc przespał spokojnie. Rano kontakt z mieszkańcem dobry – chętnie nawiązuje rozmowę.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 5.05.2012 r.  
XXXX X.. „Mieszkaniec śniadanie, obiad + podwieczorek spożywał normalnie, ale odczuwał ból podczas polykania. Kolacje podano panu przez sondę. Kroplówkę podano wg zlecenia. Miał odwiedziny siostry. Nadal oddaje duże ilości stolca luźnego.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 5/6.05.2012 r.  
XXXX X. „Zlecone leki podano. Dopajano – 500 ml.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 6.05.2012 r.

XXXX X. „Dziś stan zdrowia mieszkańca nie najlepszy, dużo śpi, mało rozmowny. Nie chciał przyjmować posiłków stałych (śniadanie niewiele), dlatego podano przez sondę (ilości w karcie). Na podwieczorek zjadł deser owocowy. Pan zabrudzony luźnym stolcem. Został umyty i przebrany. Podano Stoperan. Od godzin popołudniowych temp. ciała 37,4 C. Po kolacji wzrosła do 38,6 C. Podano w i. m. 1 amp Pyralginy. Mocz przez cewnik sływa prawidłowo nadal jednak ciemnego koloru. Opatrunek na pięcie wykonano z 10 % NaCl. Czynności higieniczne wykonano. Leki podano wg zlecenia.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 6/7.05.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał spokojnie, dolegliwości nie zgłaszał. Mieszkańca dopajano. Rano około godz. 6:00 mieszkaniec zagorączkował – 38,4 c. Podano w in. doż. 1 amp – 5ml Pyralginy. W nocy nie gorączkował.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 7.05.2012 r.

XXXX X. „Stan zdrowia mieszkańca nie uległ zmianie. Posiłki i płyny podano w odpowiedniej ilości. Opatrunki zmieniono wg zlecenia. Mocz przez cewnik odpływa prawidłowo.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 7/8.05.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec spał spokojnie, leki otrzymywał wg zlecenia, dopajano. Mocz przez cewnik sływa prawidłowo koloru ciemnego. Nie gorączkował.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 8.05.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec został przewieziony do szpitala na wcześniej umówiony termin na neurologii.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 15.05.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec został przywieziony ze szpitala. Leki zlecone wieczorem podano. Posiłki podano przez sondę oraz karmiono łyżeczką. Na odleżynę na pośladku i udzie ma założony Granuflex. Jutro proszę zdjąć opatrunek z lewej pięty. Mocz przez cewnik sływa prawidłowo. Toaletę wykonano, mieszkaniec oddał niewielką ilość stolca.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 16.05.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec wykąpany w łóżku, zdjęty opatrunek wg. zaleceń, rana krwawiąca, zanieczyszczona. Mieszkaniec zgłoszony do lekarza, w celu dalszego leczenia odleżyny napięcie. Temp. 36,6 C, cukier 125 mg %, RR 147/69.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 17.05.2012 r.

XXXX X. „Dziś badany przez lek. rodzinnego bez dodatkowych zleceń, opatrunek na pięcie z 1 % chlorominy lub 10 5 NaCl. Pokarmy i płyny podano przez sondę w wystarczającej ilości.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 17/18.05.2012 r.

XXXX X. „Pan całą noc przespał, leki zlecone podano, z worka wylano 2000 m moczu.”

Książka raportów pielęgniarskich 18.05.2012 – 22.07.2012

- Raport z dyżuru rannego z dn. 18.05.2012 r.

XXXX X. „Stan zdrowia mieszkańca nie uległ zmianie, na zadane pytania odpowiada pojedynczymi zdaniami. RR 144/73, temp. 36,4 C, cukier – 11 mg %, zabiegi piel. wykonano – opatrunek na pięcie zmieniono wg. zlecenia. Posiłki i płyny przyjmuje przez sondę.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 19.05.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca bez zmian. RR 140/70, tętno 90’, cukier na czczo 104 mg %, temp. 36,5 C. Zabiegi pielęgnacyjne wykonano, opatrunek zmieniono wg zleceń. Płyny i posiłki podawane przez sondę. Od rana spłynęło przez cewnik 2000 ml moczu.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 19/20.05.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami, podano zlecone leki, dopajano.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 20.05.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny mieszkańca stabilny. Parametry: RR – 125/70, cukier – po posiłku 142 mg %, temp. 36,7 C. Zabiegi pięty wykonano. Posiłki podano (sondą) i rozpisano. Mocz

przez cewnik sływa prawidłowo (1200 ml). Leki podano wg. zaleceń lekarza. Opatrunek zmieniono (wyraźnie martwica nie powiększa się).”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 20/21.05.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec przespał całą noc, budzony by podać leki, dopajano. Rano wylano 2000 ml moczu.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 21.05.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca bz Parametry w normie, karmiony przez sondę rozpisano, opatrunki zmieniono. Był badany przez lek. zakładowego dodatkowych zleceń nie zapisano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 21/22.05.2012 r.

XXXX X.. „Mieszkaniec wyrwał sobie sondę, twierdząc, że to mu bardzo przeszkadzało. Noc przespał z przerwami. O określonych godzinach podano zlecony lek. W nocy mieszkańca dopajano. Podano 350 ml płynów. Opróżniono worek z moczem (pełny).”

- Raport z dyżuru rannego z dn.22.05.2012 r.

XXXX X. „Podawane posiłki papkowe i płyny mieszkaniec przyjmuje. Mocz sływa prawidłowo. Opatrunki zmieniono wg zlecenia.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 23.05.2012 r.

XXXX X. „Stan zdrowia mieszkańca dość dobry, posiłki papkowe zjada (bardzo powoli). Płyny wypija, lek przyjął. Czynności higieniczne wykonano. Opatrunek zmieniono. Mocz przez cewnik sływa prawidłowo barwy ciemnego piwa. Wylano 1000 ml moczu.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 23/24.05.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami spokojny – często dopajano.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 24.05.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca bz. Posiłki i płyny przyjmuje w podanej ilości rozpisano (papkowe). Opatrunek zmieniono. Parametry: cukier 118 mg %, temp. 36,6 C, o godz 10 temp. 37,2 C, o godz. 13:30 temp 37 C cukier 128 g %, o godz 17:00 36,9 C.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 24/25.05.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec spał spokojnie całą noc, do leków budzony. Mocz przez cewnik sływa bardzo ciemny.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 25.05.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec był badany przez lek. rodzinnego. Na zlec. lekarza założono sondę. Wymieniono cewnik. Mocz przez cewnik sływa prawidłowo – bardzo ciemny (kolor piwa). Opatrunek zmieniono. Skontrolowano poziom cukru 147 mg %, RR 110/70. O godz. 16:00 mieszkaniec zagorączkował 38,5 c. Podano dom 1 amp Pyralginy. Obecnie mieszkaniec bardzo poci się. plecy oklepano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 25/26.05.2012 r.

XXXX X. „W nocy mieszkaniec spał spokojnie. Dopajano , leki podano wg zleceń. O godz. 22:00 temp. 36,7 C. Splynęło 500 ml moczu.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 26.05.2012 r.

XXXX X. „Samopoczucie mieszkańca dość dobre, pan rozmowny, prosił o podawanie płynów do picia. Mocz przez cewnik sływa prawidłowo, koloru ciemnego. Czynności pielęgnacyjno – higieniczne wykonano, pan nie gorączkował – 36,7 C.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 26/27.05.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. W nocy często dopajano, 2 kubki + 100 ml przez sondę.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 27.05.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny bez większych zmian, RR 135/65 t.80, cukier 148 mg %, temp 36,7 C. Zabieg pielęgnacyjne i higieniczne wykonano, leki podano, pokarmy i płyny podano w dostatecznej ilości przez sondę – rozpisano, opatrunki zmieniono.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 28.05.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca bez większych zmian. Temp. 36,6 C, RR 130/60 mm Hg. Mieszkańca karmiono i dopajano przez sondę, dodatkowo podano płyny i jogurt doustnie. Opatrunki zmieniono. Mocz spływa prawidłowo przez cewnik barwy jasnożółtej.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 28/29.05.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca b.z. RR 130/74, cukier 127 mg % temp. 36,5 C. Zabiegi pielęgnacyjne wykonano. Opatrunki zmieniono. Z cewki moczowej niewielkie krwawienie zgłoszono do lekarza. Karmiony przez sondę – rozpisano.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 30.05.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca b.z wykonano toaletę poranną i p/ odleżynową, na pośladku zmieniono Granuflex, na pięcie opatrunek z 1 % chloraminy. Karmiony przez sondę. Parametry RR 120/70 cukier 85 mg %, temp. 36,6.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 31.05.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny bez zmian, parametry w normie, ma wyciek ropny z penisa, założono przymoczek z 3 % Ac.borici. Zabiegi pielęgnacyjne i higieniczne wykonano, pokarmy i płyny podano przez sondę – rozpisano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 31.05/1.06.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Zmieniono okład z 3 % Ac.borici na penisa. Wyciek ropny utrzymuje się.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 1.06.2012 r.

XXXX X. „Badany przez lekarza ma wyciek ropny z cewki moczowej ma zalecony antybiotyk dziś podano w/g zlecenia i okłady z 3% Ac. borici zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne wykonano, pokarmy i płyny podano przez sondę – rozpisano.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 2.06.2012 r.

XXXX X. „Podczas dyżuru mieszkaniec ożywiony. Chętnie odpowiadał na zadane pytania. Posiłki i płyny otrzymał (sondą). Dodatkowo podano doustnie deserek + 1 banana. Plecy oklepano – kaszle. Opatrunek zmieniono. Na okolice cewki moczowej zastosowano przymoczek z 3 Ac. borici. Nadal wydobywa się ropna wydzielina. mieszkaniec nie gorączkuje.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 3.06.2012 r.

XXXX X. „Stan zdrowia mieszkańca dość dobry, pan ożywiony, rozmowny. Miał odwiedziny siostry i razem usunęły sondę. Pan dziś posiłki przyjmował doustnie, obficie nakarmiony, też przez siostrę. Leki przyjął. Na ok cewki moczowej nadal stosowano przymoczek z 3 % Ac. borici ze względu na ropną wydzielinę. Czynności higieniczne wykonano, opatrunek zmieniono na pięcie. Parametry: RR 130/68 mm Hg, tętno 80', cukier 18 mg %, o godz. 11:00 156 mg %, temp. – 36,4 C.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 4.06.2012 r.

XXXX X. „Mieszkańcowi wyjęto cewnik. Nadal wysięk ropny z cewki moczowej. W/w założono ponownie sondę przez którą podano posiłki i płyny (rozpisano). Opatrunek na k. dolną zmieniono. Plecy oklejono. Doustnie mieszkaniec otrzymał truskawki + jogurt + herbatniki.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 5.06.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca bz. Wykonano toaletę poranną i p/ odleżynową, opatrunki zmieniono. Posiłki podano, rozpisano.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 6.06.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca bz. Wykonano toaletę poranną i p/ odleżynową. Opatrunki zmieniono, parametry życiowe w normie. Karmiony sondą – rozpisano.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 6/7.06.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec spał z niewielkimi przerwami, dopajano.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 7.06.2012 r.

XXXX X. „Po śniadaniu mieszkaniec wyrwał sondę, posiłki przyjmuje doustnie w normalnej ilości.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 8.06.2012 r.

XXXX X. „Na zlecenie lekarskie mieszkańcowi ponownie założono sondę, z czego pan nie był zadowolony. Pokarmy i płyny podano i przepisano. Czynności pielęgnacyjno – higieniczne wykonano.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 9.06.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny mieszkańcy bz. Posiłki i płyny podano i przepisano. Dodatkowo podano obiad II. danie doustnie. Opatrunek zmieniono. Mocz spływa prawidłowo.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 14.06.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec wyjął sobie sondę. Karmiono doustnie. Posiłki przyjął w podanej ilości – papkowate. Mieszkańca wyklepano w wannie, zmieniono bieliznę osobistą i pościelową. Opatrunek zmieniono, na pośladek założono Granuflex.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 15.06.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca stabilny. Chętnie przyjmuje posiłki i płyny doustnie. Opatrunek zmieniono. Mocz przez cewnik spływa prawidłowo.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 18.06.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca bz. wykonano toaletę poranną i p/ odleżynową. Opatrunki zmieniono. Pokarmy przyjmuje papkowate.

- Raport z dyżuru rannego z dn. 20.06.2012 r.

XXXX X. „Podczas toalety porannej zauważono ropę wydobywającą się z cewki moczowej i krew.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 21/22.06.2012 r.

XXXX X. „Mieszkańcy mieli wykonaną toaletę poranną, zmieniono opatrunki.” (dot. także czterech innych mieszkańców)

- Raport z dyżuru rannego z dn. 22.06.2012 r.

XXXX X. „Mieszkańcowi wymieniono cewnik. Ma zlecony Lipronex 0,5 2 x dziennie.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 22/23.06.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Kaszle. Skontrolowano temp., którą wynosiło 36,9 C. Poziom cukru – 110 mg %. Podano zlecony antybiotyk.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 23.06.2012 r.

XXXX X.. „Samopoczucie mieszkańca dobre, został obficie nakarmiony i napojony przez rodzinę.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 25.06.2012 r.

XXXX X. „Mieszkańcom założono na odleżyny na pośladkach Granuflex.” (dot. także 3 innych mieszkańców)

- Raport z dyżuru rannego z dn. 27.06.2012 r.

XXXX X. „W dniu dzisiejszym samopoczucie mieszkańca zadowalające. Chętnie rozmawiał z personelem . Posiłki i płyny spożywa chętnie w podanej ilości. Opatrunek zmieniono. Mocz przez cewnik spływa prawidłowo.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 28.06.2012 r.

XXXX X. „Mieszkańców wykąpano w wannie, umyto głowy, obcięto paznokcie, zmieniono bieliznę osobistą i pościelową.” (dot. także innego mieszkańca)

- Raport z dyżuru rannego z dn. 2.07.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec był w por. chirurgicznej, celem opracowana odleżyny. Opatrunki na 10 % NaCl , częściowo oczyszczona.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 5.07.2012 r.

XXXX X. „Mieszkańca odwiedziła siostra, podała mu obiad. Stan zdrowia bez większych zmian, czynności pielęgnacyjne wykonano. Mocz przez cewnik spływa prawidłowo.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 8.07.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny bez zmian. Siostra zauważył zimną prawą dłoń i flegmę i na to życzy sobie lekarza – zgłoszono.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 9.07.2012 r.

XXXX X. „Cukier na czczo 101 mg %, RR 120/70 mm Hg, temp. 36,7 C. Posiłki przyjmuje chętnie. Był badany przez lekarza. Zlecenia bez zmian.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 12.07.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec został wykąpany. Miał wymianę cewnika. Opatrunek na pięcie zmieniono.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 17.07.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 18:00 podczas spożywania posiłku dostał silnych dreszczy, kontakt utrzymany, RR 116/68, zmierzono poziom cukru – 27 mg %, podano słodką herbatę i wezwano pogotowie, po 10 min. cukier 29 mg %. Pogotowie podano 40 % glukozę 4 amp. + NaCl 0,9 %. Cukier wzrósł 136 mg %. Lekarz zlecił indukcję insuliny do 10 – 4 – j. +kontrolę poziomu cukru co 4 godz. Siostra powiadomiona.

- Raport z dyżuru rannego z dn. 17.07.2012 r.

XXXX X. „O godz. 19:00 podano mieszkańcowi posiłek. O godz. 21:00 – cukier – 71 mg %. Podano czekoladę + słodką herbatę, poziom cukru o 22:00 – 53 mg %. Czekolada + słodki płyn, 23:00 – 75 mg %. 24:00 – 60 mg %. Podano w iniekcji GlucaGen 1 mg. Godz. 2:00 – 155 mg %. Godz. 6:00 – 111 mg %.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 18.07.2012 r.

XXXX X. „Stan zdrowia dość dobry, samopoczucie dobre; pan podane posiłki spożywał chętnie, płyny wypił, leki przyjął. Wykonano płukanie cewnika, mocz odpływa prawidłowo, barwy żółtej. Kontrolowano poziom cukru: g. 8:00 – 104 mg %, g. 10:30 – 107 mm Hg, g. 16:30 – 106 mg %.

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 18/19.07.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał spokojnie. Budzony na podanie zleconych leków.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 19.07.2012 r.

XXXX X. „Pana odwiedziła siostra, podała mu śniadanie. Czynności pielęgnacyjne wykonano, opatrunek zmieniono. Mocz przez cewnik sphywa prawidłowo. Plecy oklepano.”

#### **Książka raportów pielęgniarskich 23.07.-4.10.2012**

Raport z dyżuru rannego z dn. 23.07.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca dobry, opatrunki zmienione, posiłki i płyny przyjmuje w podanej ilości. Ma prowadzony profil cukru. Rozpisano.” XXXX X. „Z cewki moczowej wyciek ropny, założono okład z Ac Borci.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 24/25.07.2012 r.

XXXX X. „Wieczorem poziom cukru – 125 mg % . O godz. 22:00 – budzono mieszkańca do podania leku – trudności z dobudzeniem – 110 mg %. Dopajano.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 25.07.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólnych bez większych zmian, parametry w normie, opatrunek na pięcie i na kości ogonowej zmieniono. Posiłki i płyny przyjmuje w podanej ilości.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 26.07.2012 r.

XXXX X. „Nadal prowadzony profil cukru. Mieszkańca wyklepano, gatunki zmieniono.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 3.07.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec podczas dyżuru posiłki przyjmował bardzo chętnie. O godz. 17:00 siostra p. XXXX twierdziła, iż m gorączkę – 37,7 C. Gdy zmierzono temp. wynosiła 36,8 C. Po paru minutach siostra p. XXXX – zmierzyła innym termometrem – 35,6 C.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 2.08.2012 r.

XXXX. „Mieszkaniec był w por. chirurgicznej, oczyszczono stopę z martwicy, dalsza konsultacja do lek. rodz. Siostra była w odwiedziny – zorientowana w sytuacji. O godz. 18:00 mieszkaniec miał 38 C temp. podano doraźne, 1 tabl. Pyralginy – proszę obserwować.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 2/3.08.2012 r.  
XXXX X. „O godz. 20:00 temp. 38 C – pod. Pyralginum 5 ml i. m. ze skutkiem pozytywnym.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 3/4.08.2012 r.  
XXXX X. „Pana w nocy dopajano, temp. ciała 36,5 C.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 4.08.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec podczas dyżuru nie gorączkował, posiłki i płyny spożył w zadowalającej ilości.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 2.08.2012 r.  
XXXX X. „Po podaniu insuliny w porze obiadu, po 5 min u mieszkańca zaobserwowano drgawki, kontakt mieszkańcem utrzymany. Glukoza – 47 mg %. Podano podskórnice GlucaGonu 1 mg. Wezwano pogotowie. Glukoza- 42 mg %. Po podaniu 2 amp Glukozy 40 % dożylnie – cukier 68 mg %. Do kolacji wchłonęło się dożylnie 500 ml Glukozy. Godz. 14:30 – 126 mg %, godz. 18:00 – 171 mg %. Kolację mieszkaniec zjadł b. chętnie prawie samodzielnie.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 6.08.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec w dniu dzisiejszym czuł się lepiej – cukier 88 mg %. Pokarmy i płyny podano w zadowalającej ilości.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 6/7.08.2012 r.  
XXXX X. „O godz. 20:00 cukier – 160 mg %. Rano wykonano toaletę.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 8.08.2012 r.  
XXXX X. „Od rana mieszkaniec pogodny. Chętnie rozmawiał z personelem. Podane posiłki spożył (karmiony) w podanej ilości. O godz. 14:30 do w/w przyjechał lek. Mieszkaniec został zbadany. Zlecony w karcie zleceń lekarskich. Podany podwieczorek spożył w podanej ilości. O godz. 16:00 stan mieszkańca nagle się pogorszył. Trudności z oddychaniem. Mieszkaniec sugerował ból w klatce piersiowej. Wezwano karetkę pogot. ratunkowego. Mieszkaniec został zabrany do szpitala. Rodzina powiadomiona. Lek oraz insulinę do szpitala – podano. Parametry: RR 120/60, tętno – 91, cukier 109 mm Hg, temp 37,3 C.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 8/9.08.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec został przyjęty do szpitala na oddział wew. A.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 13.08.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec wrócił ze szpitala ok. godz. 14:00. Pan ma odleżynę na kości ogonowej wielkości 10/10cm – zaopatrzone. Ma zlecony antyby – siostra p. XXXX ma go jutro dostarczyć. Posiłki przyjął w dost. ilości. Pan był zabrudzony stolcem (niedomyty). Pana przebrano. Zmieniono opatrunek na pięcie.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 13/14.08.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec w nocy spał spokojnie – dopajano.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 14.08.2012 r.  
XXXX X. „Większą część czasu mieszkaniec podsypiający. Temp 36,5 C, RR 110/60, cukier przez obiadem 116 mg %. Mieszkaniec był badany przez lekarza, zlecone leki rozpisano (będą przywiezione przez siostrę p. XXXX jutro). Ma odleżynę na k. ogonowej zapisany jest Grnuflex. Miejsca zaczerwienione na udzie, łopatkach, kostce stopy zaopatrzone Sudcremem. Mieszkanie przyjmuje posiłki z trudnością, podano w postaci papkowej.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 15.08.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec miał wykonane zabiegi wg. zlecenia lek. Toalety pr.- wieczorny, plecy oklepano.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 16.08.2012 r.

XXXX X. „Stan zdrowia mieszkańca bez większych zmian. Zabiegi higieniczne wykonano, czynności pielęgnacyjne wg zlecenia lekarskiego. Zlecono iniekcję domięśniową wykonano. Podane posiłki papkowe przyjął, płyny wypijał.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 17.08.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca bez zmian. Zabiegi pielęgnacyjne wykonano, zleconą iniekcję dom. podano. Mieszkaniec posiłki papkowe przyjmuje w dost. ilości, dopajano.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 19.08.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec dużą część czasu przesypia. Zabiegi pielęgnacyjne wykonano. Oddał 2 x stolec. Posiłki połyka z trudem w postaci papki. Otrzymał posiłki płynne w dost. ilości. Cukier godz. 17:00 126 mg %.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 21/22.08.2012 r.

XXXX X. „O godz. 19:30 wylano mocz z worków” (dot. także trzech innych mieszkańców)”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 22.08.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec posiłki przyjmował w dużej ilości. Mieszkaniec aktywnie ćwiczył samodzielnie rękę.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 22/23.08.2012 r.

XXXX X. „Samopoczucie mieszkańca bz. Zabiegi piel. wykonano, opatrunki zmieniono. Posiłki i płyny podano w zadowalającej ilości.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 24.08.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec w dniu dzisiejszym w dobrym nastroju psychicznym. Posiłki spożył w podanej ilości. Został wykąpany w wannie, zmieniono bielizny. Po kolacji w/w zgłaszał ból k. dolnej. Podano dom. 1 amp Pyralginy. Temp. ciała 36,8 C.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 27.08.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny bez większych zmian, pokarmy i płyny przyjął w podanej ilości.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 28.08.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca bez zmian, pokarmy i płyny przyjął w dostatecznej ilości.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 29.08.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec oddał dużą ilość stolca, zabrudził Granuflex na kości ogonowej – usunięto. Założono opatrunek z gazy.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 1.09.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca uległ pogorszeniu RR 126/62, t. 71, temp. 36,1, cukier 120 mg %, chwilowe słyszalne zalegania w drzewie oskrzelowym, moczu spływało niewiele, mieszkańca oklepano, plecy natarto spirytusem, apetyt słaby, przy karmieniu krztusił się, wezwano lekarza z PR – zabrano do szpitala, jest na wewnętrznym, rodzina poinformowana.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 4.09.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec wrócił ze szpitala około godz. 12:30. Podany obiad zjadł, pozostałe posiłki również. Mocz spływa prawidłowo. Na lewym pośladku naklejony mały Granuflex. Na prawym oku nadal pozostawiony Granuflex. Na kości ogonowej skóra zaczerwieniona – zastosowano Sudocrem. Rana na lewej pięcie krwawiąca po oczyszczeniu chirurgicznym, zastosowano octanispet wokół rany Metronitazol.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 5.09.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec miał wizytę lek. rodzinnego został zbadany, leki jak dotychczas podać do końca zlecony Salcoseryl oraz kolejne 25 ampułek w ciągu. Na kość ogonową opatrunek żelowy ze srebrem, na stopę Granuflex signal. Mieszkaniec był często pojony, zmieniono pozycję ułożeniową.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 6.09.2012 r.

XXXX X. „Stan mieszkańca bez zmian. Posiłki i płyny przyjmuje. Mocz spływa prawidłowo. Opatrunki zmieniono.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 7.09.2012 r.



XXXX X. „Mieszkaniec wykąpany w wannie, opatrunki zmieniono, zlecenia lekarskie wykonano, Granufleksy i zastrzyki przyjechały z apteki o godz 18:00 od jutra proszę stosować. Wymieniono cewnik Foleya, mocz spływa prawidłowo.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 9.09.2012 r.

XXXX X. „Samopoczucie mieszkańca b/zmian. Posiłki i płyny przyjmował w zadowalającej ilości. Na kość ogonową założono zlecony opatrunek na stopę Granuflex signal. Zmienić za 3 dni.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 8/9.09.2012 r.

XXXX X. „Opatrunek na pięcie przecieka ropną wydzieliną. Pan zgłaszał ból lewej nogi – pod. ketonal 50 mg.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 9/10.09.2012 r.

XXXX X. „Mieszkańcom o godz. 19.30 wylano mocz z worków.” (dot. także trojga innych mieszkańców)

- Raport z dyżuru rannego z dn. 10.09.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny mieszkańca bez większych zmian. Dziś posiłki spożył w podanej ilości, leki przyjął. Czynności pielęgnacyjne wykonano. Mocz przez cewnik spływa prawidłowo. Dolegliwości bólowych nie zgłaszał.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 11.09.2012 r.

XXXX X. „Panu zmieniono opatrunek na pięcie. Dolegliwości bólowych nie zgłaszał.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 12.09.2012 r.

XXXX X. „Stan ogólny bez większych zmian, zabiegi pielęgnacyjne wykonano, opatrunek na pięcie zmieniono, gdyż przeciekał, apetyt dobry, podane posiłki zjadał z apetytem.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 15.09.2012 r.

XXXX X. „Stan zdrowia mieszkańca b/ zmian. Czynności pielęgnacyjne wykonano. Posiłki zjadał leki przyjął.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 15/16.09.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami, twierdził, że nie może spać, ponieważ „mu się ciągle coś śni.” ”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 16.09.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec posiłki i płyny przyjmuje w podanej ilości. Granuflex na k. ogonowej zabrudzony stolce i odklejony – wymieniono.

- Raport z dyżuru rannego z dn. 19.09.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec był badany przez lek. rodzinnego, osłuchano b/zmian. Dodatkowych zaleceń nie ma, na palec u nogi lewej Salcoseryl żel.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 20.09.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec ok. godz. 14:00 nagle źle się poczuł . RR – 115/56, cukier 134 mg %. W/w miał trudności w oddychaniu. Wezwano Pogot. Ratunkowe. Mieszkaniec został zabrany do Szpitala. Rodzinę powiadomiono.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 24.09.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec przed podwieczorkiem został przywieziony ze szpitala. Dodatkowych zleceń nie ma. Leczenie ma się odbywać pod nadzorem lek rodzinnego. Na pośladkach odleżyny zaczerwienione z cechami martwiczymi. Na lewym boku i okolicy wew. stron ud liczne otarcia naskórka. O zmianach poinformowano siostrę. (pokazano).”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 24/25.09.2012 r.

XXXX X. „Noc przespał spokojnie, dolegliwości nie zgłaszał.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 25.09.2012 r.

XXXX X. „Odleżyny na pośladkach i pięcie zaopatrzone Octeniseptem. Pan posiłki spożywa w małych ilościach – papkowate.”

- Raport z dyżuru nocnego z dn. 25/26.09.2012 r.

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał spokojnie, dolegliwości nie zgłaszał.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 26.09.2012 r.  
XXXX X. „Stan zdrowia mieszkańca niezadowolający, rysy twarzy zaostrome, słyszalne zaleganie w drzewie oskrzelowym. Plecy oklepane, wymieniono cewnik Foleya. Pan pokrwawia, proszę o zwrócenie uwagi. Był badany przez lekarza rodzinnego, leki bez zmian. Zlecone ma na piętę Granuflex 1 raz co 3 dni, bądź w razie potrzeby, na ok. kości ogonowej Aquacell Ag co 3 dni. Czynności higieniczne wykonano, temp. 36,8 C. Dziś jadł niewiele, podane płyny wypił.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 26/27.09.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał, budzony do podania leków, dopojono.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 27.09.2012 r.  
XXXX X. Mieszkaniec posiłki przyjmował w podanej ilości. Na kości ogonowej założono opatrunek wg zlecenia.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 28.09.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec apatyczny, słaby, dużo śpi. Na posiłki budzony, zjadał w małych ilościach, płyny wypijał. Czynności pielęgnacyjno – higieniczne wykonano.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 29.09.2012 r.  
XXXX X. „Stan mieszkańca b/ zmian, z cewki moczowej, krwimocz. Zmieniono opatrunek na pięcie. Posiłki przyjmuje w niewielkiej ilości.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 29/30.09.2012 r.  
XXXX X. „Stan ogólny niezadowolający, skóra szara, oddech płytki, mieszkaniec całą noc przespał. Dogładano.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 30.09.2012 r.  
XXXX X. „Samopoczucie mieszkańca ulega pogorszeniu, występują liczne zmiany skórne, posiłki spożywa z trudem, w małych ilościach – zabiegi piel. wykonano, opatrunki zmieniono.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 30.09/1.10.2012 r.  
XXXX X. „Stan zdrowia niezadowolający, oddech płytki, skóra blado-szara. Chwilami niespokojny.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 1.10.2012 r.  
XXXX X. „Stan ogólny pogarsza się, zmiany skórne zabezpieczono, skóra szara, oddech chwilami płytki, mieszkaniec je niewiele. Płyny wypija w normie, wymieniono cewnik Foleya gdyż nie spływał mocz, w ciągu dyżuru spłynęło 1700 ml moczu.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 1/2.10.2012 r.  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. leki podano o określonych godzinach. Dopajano. Mocz przez spływ prawidłowo.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 2.10.2012 r.  
XXXX X. „Stan zdrowia mieszkańca pogarsza się, skóra szara, oddech płytki, słyszalne zalegania w drzewie oskrzelowym, plecy oklepano. Posiłki przyjmuje w niewielkiej ilości, płyny wypija. Mocz przez cewnik spływa prawidłowo. Miejsca zmienione chorobowo zaopatrzone.”
- Raport z dyżuru nocnego z dn. 2/3.10.2012 r.  
XXXX X. „Po godz. 19tej stan mieszkańca pogarszał się. Sina skór, brak kontaktu z mieszkańcem, słyszalne zalegania w drzewie oskrzelowym. RR 120/70 mm Hg, cukier 123 mg %. Wezwano pogotowie ratunkowe. Po przyjeździe lekarza mieszkaniec odzyskał przytomność. Mowa niewyraźna. Osluchowo bez zmian. O godz. 23:30 – cukier – 121 mm %. Zlecony wlew dożylny wchłonął się.”
- Raport z dyżuru rannego z dn. 3.10.2012 r.  
XXXX X. „Stan zdrowia pacjenta ulega pogorszeniu, występują liczne zmiany skórne, szczególnie zaleganie w oskrzelach. Kontakt słowny utrzymany, mieszkaniec odpowiada pojedynczymi zdaniem. Pokarmy i płyny spożył w wystarczającej ilości. Mieszkaniec miał

wizytę lekarza rodzinnego został zbadany. Popołudniu była siostra p. XXXX na której życzenie założono opatrunki na stopach ponieważ chciała zrobić zdjęcia.”

- Raport z dyżuru rannego z dn. 4.10.2012 r.

XXXX X. „Stan zdrowia pogarsza się, skóra szara z dużymi zmianami, mimo oklepywania duże zalegania w drzewie oskrzelowym, kontakt słowny zachowany, ale utrudniony ze wzg. na nielogiczne i niezrozumiałe wypowiedzi. Ze wzg. na brak Granuflexu wg zaleceń lek. rodzinnego opatrunek na piętę lewą proszę wykonywać z Octeniseptu. Posiłki zjadał w małej ilości, płyny wypijał.”

#### **Książka raportów pielęgniarskich od 4.10.2012**

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 4/5.10.2012

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał spokojnie, w międzyczasie podawano płyny do picia.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 5.10.2012

XXXX X. „Stan ogólny mieszkańca pogarsza się. Po toalecie porannej stan ww. nagle się pogorszył – brak reakcji na czynniki zewnętrzne. O zaistniałej sytuacji powiadomiono lekarza rodzinnego. Parametry RR – 135/80, temp. 36,2°C. Poziom cukru 160 mg%. Mieszkańcowi wymieniono cewnik – mocz spływa prawidłowo. Opatrunki zmieniono. Podłączono zleconą kroplówkę. Okresowo stan uległ niewielkiej poprawie. Podano doustnie jogurt oraz płyny do picia. Mieszkaniec miał odwiedziny rodziny (siostra, syn). Wieczorem cukier 130 mg%. Podano strzykawkę 100 ml herbaty.”

- Raport z dyżuru nocnego z dnia 5/6.10.2012

XXXX X. „Mieszkaniec spał spokojnie, dopajano strzykawką. 500 ml PWE, wchłonęło się w całości.”

- Raport z dyżuru rannego z dnia 6.10.2012

XXXX X. „Mieszkaniec przed podaniem śniadania zaczął się zmieniać – skóra sino-błada, pojawiły się grymasy bólu na twarzy 2 x, pan zamknął oczy i po 2 min. zmarł. Zgon nastąpił o godz. 9:10. Siostra przyjechała, rzeczy brata zabierze w poniedziałek. Dyrektor powiadomiony. Ciało zabrała firma Universum z Poznania.”

Zastrzeżenia budzi fakt dokonania zapisów na wcześniej już dokonanych wpisach, co dotyczyło m.in. stanu osobowego mieszkańców, dawek i nazw leków, oceny parametrów oraz nieczytelnych wpisów. Ponadto pod raportem osobiście powinny podpisać się wszystkie osoby pełniące dyżur. Ponadto w raportach, jako osoby zdające dyżur podpisywały się p. XXXX i p. XXXX zatrudnione w Domu na stanowiskach starszych opiekunów.

Dyrektor w obecności p. XXXX oświadczył, że „zakres usług świadczonych przez opiekunów i pielęgniarki nie różni się znacząco, natomiast obie panie zatrudnione są na etatach opiekunów, ale mają uprawnienia pielęgniarskie”. Tu Dyrektor wspomniał o trudnej sytuacji w zakresie możliwości zatrudnienia w Domu pielęgniarek i utrudnieniach z tym związanych(...) (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS stanowi zał. nr 7 do protokołu kontroli).

Z punktu D przedstawionych „Zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności” starszych opiekunów (zał. nr 15 do protokołu kontroli) wynika, że do ich podstawowych obowiązków należy: 1. Realizacja wstępnej adaptacji mieszkańca wg programu obowiązującego w „Domu”, 2. Realizacja indywidualnego planu aktywizacji mieszkańca w kierunku samopomocy, przy pełnej współpracy i wykorzystaniu wszelkich służb pracujących w „Domu”, 3. kształtowanie właściwej atmosfery w pracy poprzez zmniejszenie siły działania czynników destrukcyjnych, wpływających negatywnie na całokształt działań i zachowań personelu „Domu” i jego mieszkańców. 4. Współpraca z personelem medycznym w zakresie realizacji kompleksowej opieki nad poszczególnymi mieszkańcami.

5. Towarzyszenie mieszkańcom w czasie badań specjalistycznych. 6. Wykonywanie czynności związanych z utrzymywaniem higieny mieszkańców, pomaganie mieszkańcom w czynnościach higienicznych. 7. Pomoc mieszkańcom w konsumowaniu posiłków. 8. Pomoc w rozbieraniu i ubieraniu się. 9. Czuwanie nad bezpieczeństwem mieszkańców. 10. Dbanie o estetykę mieszkańca i jego otoczenia. 11. Wykonywanie innych zadań powierzonych przez przełożonego lub dyrektora nieujętych w powyższym zakresie obowiązków, a wynikających ze specyfiki pracy w danej komórce organizacyjnej.

Natomiast w punkcie D „Zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności” „zadania starszej pielęgniarki w domu pomocy społecznej” zapisano; „W wykonywaniu swych obowiązków pielęgniarka współpracuje z lekarzem leczącym” (zał. nr 16 do protokołu kontroli).

Zespół inspektorów poinformował Dyrektora Domu, że p. XXXX rozmawiając z zespołem przedstawiała się jako zatrudniona w Domu na stanowisku starszej pielęgniarki, podczas kiedy jest zatrudniona na innym stanowisku – tj. stanowisku starszego opiekuna, oraz noszącego identyfikator oznaczony stanowiskiem, na którym w Domu nie jest zatrudniona. Dyrektor Domu poinformował, że nie ma wpływu na wypowiedzi pracowników i podkreślił, że p. XXXX jest zatrudniona w Domu na stanowisku starszego opiekuna, a w podmiot zewnętrzny zatrudnił ww. Panią jako pielęgniarkę, która wykonuje usługi dla mieszkańców Domu (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS stanowi zał. nr 7 do protokołu kontroli).

Główny specjalista oświadczyła, że zarówno p. XXXX, jak i p. XXXX zatrudnione są w Domu na stanowisku starszego opiekuna, a przez podmiot zewnętrzny jako pielęgniarki. Na pytanie czy ww. osoby pełnią dyżur jako pielęgniarki, p. XXXX nie udzieliła odpowiedzi, dodała jednak, że sytuacja zapewnienia opieki pielęgniarskiej w Domu jest trudna: „mieszkańcy wymagają kompleksowej opieki, są przewlekle chorzy, trudno byłoby opiekować się nimi bez pielęgniarek” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą stanowi zał. 6 nr do protokołu kontroli).

Zastrzeżenia zespołu inspektorów budził także fakt wykonywania przez siostrę zdjęć p. XXXX (intymne części ciała).

Główny specjalista była zorientowana co do faktu robienia zdjęć przez p. XXXX. Pani XXXX wiedziała, że zdjęcia były robione w obecności personelu, nie знаła jednak szczegółów sytuacji, sama nie rozmawiała o tym fakcie z p. XXXXX (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą stanowi zał. nr 6 do protokołu kontroli).

W Domu prowadzone są raporty opiekunów. Analizie poddano zapisy raportów w okresie objętym kontrolą, ze szczególnym uwzględnieniem p. XXXX XXXX.

#### **Raporty opiekunów od dn. 19.09.2011**

- Raport z dn. 20.09.2011

XXXX X. „Mieszkańca o godz. 20:00 pogotowie zawiozło na leczenie do Kościana. Rodzinę poinformowano. Łóżko przebrano”.

- Raport z dn. 3.10.2011

XXXX X. „P. wraca 5.X. i prosi ze strony rodziny aby popielatej torby nie rozpakowywać (zrobi to siostra p XXXX).”

- Raport z dn. 5.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec wrócił z Kościana około godz. 10:00 (p. XXXX bardzo się tam podobało).”

XXXX X. „Mieszkańcy zostali wykąpani w wannie. Umyto głowy, obcięto paznokcie, zmieniono pościel. Umyto łóżka i stoliczki.” (dot. także trojga innych mieszkańców)

- Raport z dn. 5/6.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec spał bardzo mało, twierdził, że nie będzie spał. Zasnął ok. 4:30. Dzwoniła siostra p. XXXX poinformowała, że przyjedzie w piątek (7.10.2011).”

- Raport z dn. 7.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny rodziny (siostra). Rzeczy p. XXXX, które miał w Kościanie zostały na życzenie siostry zanesione do naszej pralni (podpisane)”

- Raport z dn. 7/8.10.2011

XXXX X. „Pan po godz. 24:00 zaczął chodzić po oddziale, pytając o godzinę i prosząc o rzeczy do ubrania.”

- Raport z dn. 20.09.2011

XXXX X. „Mieszkańcy brali udział w wyborach.” (dot. także 14 innych mieszkańców)

- Raport z dn. 11/12.10.2011

XXXX X. „Mieszkańcy oglądali mecz piłki nożnej w telewizji.” (dot. także pięciu innych mieszkańców)

- Raport z dn. 13.10.2011

XXXX X. „mieszkaniec miał odwiedziny rodziny (siostry).”

- Raport z dn. 13/14.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec nos przespał z przerwami. Pana zaprowadzano do WC, oddał mocz, położył się do łóżka, skarżył się na ból pięt, pielęgniarka podała tabletkę.”

- Raport z dn. 15/16.2011

XXXX X. „Mieszkaniec prosił o tabletkę na ból piety.”

- Raport z dn. 16/17.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec ok. godz. 2:00 przyszedł po tabletkę, twierdził, że bolą go nogi. Z tego powodu będzie strajkował, bo tak dłużej nie może być.”

- Raport z dn. 17/18.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec zgłaszał ból pięt, nóg i rąk. Zmieniono pozycję złożeniową. Pan do rana spał.”

- Raport z dn. 19.10.2011

XXXX X. „Mieszkańcy kąpani, umyto łóżka, zmieniono pościel i rzeczy osobiste.” (dot. także czworga innych mieszkańców)

- Raport z dn. 19/20.10.2011

XXXX X. „mieszkańcowi zmieniono piżamę ponieważ pan zmoczył się moczem.”

- Raport z dn. 20.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny rodziny.”

- Raport z dn. 21/22.10.2011

XXXX X. „Mieszkańcowi zmieniano pozycję ciała na życzenie.”

- Raport z dn. 22.10.2011

XXXX X. „Mieszkańcy zawiezieni na terapię na Salę Ojca Pio.” (dot. także sześciu innych mieszkańców)

XXXX X. „Mieszkaniec spadł z łóżka.”

- Raport z dn. 23.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec podczas toalety porannej bardzo zanieczyszczony stolcem.”

- Raport z dn. 23/24.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec kilkakrotnie wstawał w nocy do ubikacji. Siadał na fotelu, czekając za personelem, gdyż twierdził, że nie może z niego wstać.”

- Raport z dn. 24/25.10.2011

XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 23:00 klęczał przy łóżku, twierdził iż chciał się podnieść z fotela i przejść do łóżka. Mieszkańca podniesiono i ułożono do łóżka.”

- Raport z dn. 26/27.10.2011  
XXXX X. „Mieszkańcowi zmieniono pozycję ułożenia ciała na jego życzenie.”
- Raport z dn. 28/29.10.2011  
XXXX X. „mieszkaniec chcąc podnieść coś z podłogi zsunął się z łóżka i uderzył głową w poręcz, ma lekko zaczerwienione miejsce nad brwią.”
- Raport z dn. 30.10.2011  
XXXX X. „Pan od samego rana odmówił zjadania posiłków, przed obiadem zasnął na korytarzu, przewrócił się, otarł skórę na policzku, pan domaga się zmiany pokoju gdyż twierdzi, że nie może spać z powodu głośno grającego radia (p.XXXX). Wezwano pogotowie, przyjechała siostra Pana.”
- Raport z dn. 30/31.10.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec kilkakrotnie wzywał pomocy przy wyprowadzeniu do ubikacji. Mieszkańca zaprowadzono oraz z powrotem położono do łóżka.”
- Raport z dn. 31.10.2011  
XXXX X. „Pan uskarżał się na to, iż p XXXX głośno gra w nocy radiem. Postanowiono, że radio będzie zabierane o godz. 19, do godz. 7:pp (za zgodą obydwu mieszkańców). Pan XXXX posiłki spożył, oprócz rannego śniadania.”
- Raport z dn. 31.10/1.11.2011  
XXXX X. „O godz. 22:00 zastano pana siedzącego na łóżku i jedzącego banana, pan w dobrym humorze.”
- Raport z dn. 1.11.2011  
XXXX X. „Dzwoniła siostra pana XXXX pytać o jego stan zdrowia i zachowanie brata. Panią poinformowano o pozytywnym zachowaniu mieszkańca i jego stanie z czego była bardzo ucieszona. Mieszkaniec pierwsze i drugie śniadanie zjadł chętnie, obiad i kolację również.”
- Raport z dn. 2.11.2011  
XXXX X. „Mieszkańców wykąpano w wannie, obcięto paznokcie, umyto głowy. Zmieniono bieliznę osobistą i pościelową. Umyto łóżka i stoliki p. łóżkowe.” (dot. także trojga innych mieszkańców)
- Raport z dn. 3.11.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec w dniu dzisiejszym będąc na rehabilitacji źle się poczuł. Mieszkańca przywieziono z powrotem, parametry w normie.”
- Raport z dn. 4/5.11.2011  
XXXX X. „mieszkaniec o godz. 1:00 przyszedł po herbatę i robił kolację w pokoju. Po godz. p. XXXXX zadzwonił. Pan XXXX twierdził, że wypadł z łóżka. Nie wiedział jak to się stało. Twierdził, że uderzył się w głowę. Żadnych obrażeń nie stwierdzono. Spał do rana.”
- XXXX X. • Raport z dn. 5.11.2011  
„Mieszkaniec w dobrym nastroju, uczestniczył w zajęciach. Posiłki podane spożył w odp. ilości.”
- Raport z dn. 11.11.2011  
XXXX X. „mieszkańcy uczestniczyli w Sali Ojca Pio o g. 15:30 w występie z okazji Święta Niepodległości. Mieszkaniec miał odwiedziny siostry.” (dot. także 10 innych mieszkańców)
- Raport z dn. 13/14.11.2011  
XXXX X. „Mieszkaniec dwukrotnie wstał do toalety, pana położono do łóżka i przykryto.”
- Raport z dn. 15.11.2011  
XXXX X. „Panowie byli na spacerze.” (dotyczy także p. Rybaka)
- Raport z dn. 15/16.11.2011  
XXXX X. „Mieszkańcowi w nocy kilkakrotnie zmieniano pozycję ciała, panu XXXX po godz. 22:00 personel chciał wyłączyć telewizor, a mieszkaniec nie pozwolił.”
- Raport z dn. 16.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny rodziny.”

- Raport z dn. 16/17.11.2011

XXXX X. „O godz. 4:00 mieszkaniec dzwonił ponieważ twierdził, że mu zimno, przykryto kocem.”

- Raport z dn. 17/18.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec ok. godz. 2:00 wstał do w-w, pana położono i przykryto, następnie ok. 5:00 dzwonił by go przykryć. Pan w nocy jadł banany.”

- Raport z dn. 18.11.2011

XXXX X. „Pan został wykąpany, zmiana bielizny pościelowej i osobistej. Pan nie uczestniczył w zajęciach terapeutycznych, gdyż stwierdził, że zajęcia go nie interesują.”

- Raport z dn. 21/22.11.2011

XXXX X. „Mieszkańca wyprowadzono około godz. 12:00 do toalety.”

- Raport z dn. 22/23.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 24:00 przyszedł po tabletkę przeciwbólową, bolały go pięty.”

- Raport z dn. 24.11.2011

XXXX X. „Pan był na spacerze na świeżym powietrzu.”

- Raport z dn. 25/26.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec około godz. 24:00 nie spał. Wyjadał co miał w stoliku.”

- Raport z dn. 26.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec odmówił uczestnictwa w zajęciach, twierdząc że się nudzi i jest zostawiony samemu sobie. Poproszono psychologa o rozmowę z mieszkańcem.”

- Raport z dn. 27.11.2011

XXXX X. „Mieszkańcy uczestniczyli we Mszy Świętej.”

- Raport z dn. 27/28.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec zmożył się, Pana umyto, założono nowego pampersa oraz bieliznę osobistą. Podopieczny sporadycznie wychodził do toalety.”

- Raport z dn. 28.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec został zabrany przez siostrę i syna do Poznania do szpitala na konsultację z lekarzem, przywieziono p. XXXX o godz. 17:00. Mieszkaniec niezadowolony z wyjazdu ponieważ 5 – razy przejeżdżał koło swojego domu a do niego nie został zabrany.”

- Raport z dn. 28/29.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec w nocy spał, żadnych dolegliwości nie zgłaszał.”

- Raport z dn. 29.11.2011

XXXX X. „Mieszkaniec w dobrym nastroju, opowiadał, że podczas wczorajszej wizyty przewrócił się – rodzina zawiozła Pana do szpitala. Pan miał żal, że rodzina nie zabrała go do domu mimo, że wielokrotnie przejeżdżali obok.”

- Raport z dn. 29/30.11.2011

XXXX X. „Panu kilkakrotnie zmieniano pozycję w łóżku. Mieszkańca kilka razy przykrywano.”

- Raport z dn. 2.12.2011

XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny rodziny (siostra).

XXXX X. „Mieszkańcy zostali wykąpani w wannie. Zmieniono pościel, umyto łóżka i stoliki. Poukładano odzież prywatną w szafie.” (dot. także innego mieszkańca)

- Raport z dn. 2/3.12.2011

XXXX X. „Pan o godz. 4:00 nad ranem zmożył się. Mieszkańca przebrano. Pan XXXX w nocy jadł owoce i słodycze.”

- Raport z dn. 3/4.12.2011

XXXX X. „Mieszkaniec przyszedł prosić o tabletkę. W ciągu nocy spał z przerwami. Pięć razy prosił o przykryciu kołdra. Twierdzi, że ma za krótką rękę.”

- Raport z dn. 6/7.12.2011
- XXXX X. „Mieszkańca dwukrotnie układano do łóżka na własną prośbę.”
- Raport z dn. 7.12.2011
- XXXX X. „Mieszkaniec pojechał na wizytę do okulisty.”
- Raport z dn. 8.12.2011
- XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny rodziny.”
- Raport z dn. 9/10.12.2011
- XXXX X. „Pan dwukrotnie wstawał w nocy do toalety, położono pana i przykryto. Około godz. 5:30, pan siedział na łóżku i jadł słodycze.”
- Raport z dn. 10-11.12.2011
- XXXX X. „Mieszkaniec dwukrotnie miał zmienioną pozycję ciała.”
- Raport z dn. 12/13.12.2011
- XXXX X. „Mieszkańca kilka razy przykrywano.”
- Raport z dn. 14/15.12.2011
- XXXX X. „Mieszkaniec często dzwonił, wychodził z łóżka, przesiadywał na fotelu i kazał się ponownie układać spać, twierdząc, że sam sobie nie poradzi, był opryskliwy i wulgarny.”
- Raport z dn. 15/16.12.2011
- XXXX X. „Mieszkaniec śpi z przerwami. Kiedy kładzie się do łóżka dzwoni aby przykryć.”
- Raport z dn. 16.12.2011
- XXXX X. „mieszkaniec miał odwiedziny siostry.”
- Raport z dn. 17/18.12.2011
- XXXX X. „Pan w nocy spadł z łóżka, sięgając papcie, bo chciał sięgnąć banany z okna. Pan rozciął sobie skórę na czole, ranę zdezynfekowano i założono plaster.”
- Raport z dn. 18.12.2011
- XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny siostry.”
- Raport z dn. 18/19.12.2011
- XXXX X. „Pan zmoczony moczem, zmieniono pizamę i założono pampersa, położono do łóżka. Od 21 co 45 min. pan prosił o pomoc różnego rodzaju (pomoc przy położeniu do łóżka, picie, inne sprawy). O godz. 1:20 panu odstawiono na bok słodycze i położono do łóżka. O godz. 2:30 pan rozpoczął golenie w łóżku, co zdenerwowało mieszkańców. Na zwrócona uwagę pan zareagował agresją do tego stopnia, że chciał rzucić golarką w opiekuna.”
- Raport z dn. 21/22.12.2011
- XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 1:00 korzystał z wc. Wyszedł ponownie o godz. 1:20 i chciał pójść na spacer.”
- Raport z dn. 22/23.12.2011
- XXXX X. „Mieszkańcy często wychodzą do w-c.” (dot. także innego mieszkańca)
- Raport z dn. 24.12.2011
- XXXX X. „Mieszkańcy wyjechali na święta do domu.” (dot. także trojga innych mieszkańców)
- Raport z dn. 27.12.2011
- XXXX X. „Mieszkańca przywieziono z domu o godz. 16:00.”
- Raport z dn. 27/28.12.2011
- XXXX X. „Mieszkaniec w nocy wstał z łóżka, wyszedł na dużą świetlicę przy windzie, tam się przewrócił, mieszkańca podniesiono i położono do łóżka. Po czym po niecałej godzinie mieszkaniec zadzwonił i chciał iść do ubikacji. Mieszkańca zaprowadzono po czym ponownie położono spać.”
- Raport z dn. 28.12.2011
- XXXX X. „Pan po śniadaniu zmoczył się, pana przebrano, rzeczy odniesiono do pralni.”
- Raport z dn. 28/29.12.2011



XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami. Trzykrotnie pana układano i przykrywano w łóżku.”

- Raport z dn. 30.12.2011

XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny rodziny.”

- Raport z dn. 31.12.2011

XXXX X. „mieszkaniec ma rozwolnienie 2 x był kąpany pod prysznicem, zastosowano dietę (pielęgniarka podała leki zatrzym);

- Raport z dn. 1.01.2012

XXXX X. „P. zmoczył łóżko, wymiana kołdry i pościeli. Mieszkaniec miał problem z trafieniem z łazienki do pokoju, prosił o pomoc.”

- Raport z dn. 1/2.01.2012

XXXX X. „Mieszkaniec kilkakrotnie w nocy dzwonił, aby go położyć i przykryć.”

- Raport z dn. 2/3.01.2012

XXXX X. „W pokoju podłogę wytarto. Pan po wyjściu do toalety nie potrafił się przykryć.”

- Raport z dn. 3/4.01.2012

XXXX X. „Mieszkańca w nocy dwukrotnie przykrywano. Pan twierdził, że nie może zasnąć.”

- Raport z dn. 4.01.2012

XXXX X. „Mieszkaniec na godz. 14:00 udał się na fizykoterapie na zabiegi.”

- Raport z dn. 6.01.2012

XXXX X. „Mieszkańcy brali udział we Mszy Św. W kaplicy.” (dot. także 13 innych mieszkańców)

XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny siostry i siostrzeńca. Pani prosiła o przygotowanie Pana XXX 09.01.2012 r. na godz. 12:00 do wyjazdu na 1 godz.. Przyjedzie siostrzeniec.”

- Raport z dn. 9.01.2012

XXXX X. „Mieszkaniec zabrany przez syna około godz. 13:00. Został przywieziony o godz. 14:10. Byli u notariusza.”

- Raport z dn. 10.01.2012

XXXX X. „Pan zgłasza złe samopoczucie (pan zachrypnięty).”

- Raport z dn. 10/11.01.2012

XXXX X. „Mieszkaniec wielokrotnie wstawał do toalety, pana kładziono do łóżka i przykrywano.”

- Raport z dn. 11.01.2012

XXXX X. „Mieszkaniec odmawia chodzenia na zabiegi, ponieważ twierdzi, że mu szkodzą. Po wieczornej toalecie mieszkańcowi założono pampersa ponieważ się moczy.”

- Raport z dn. 12.01.2012

XXXX X. „mieszkańca badał lekarz rodzinny.”

- Raport z dn. 12/13.01.2012

XXXX X. „Pan przespał spokojnie. Dzwoniła siostra p. XXXX.”

- Raport z dn. 13.01.2012

XXXX X. „Odwiedziny siostry.”

- Raport z dn. 13/14.01.2012

XXXX X. „Mieszkaniec dzwonił ok. godz. 21:00 aby pana przykryć, pana przykryto nad ranem.”

- Raport z dn. 15.01.2012

XXXX X. „Mieszkańca odwiedziła siostra.”

- Raport z dn. 16/17.01.2012

XXXX X. „Mieszkaniec ok. godz. 1:00 wstał i samodzielnie poszedł pod drzwi kuchenki oddziałowej. Pan się napił herbaty i samodzielnie wrócił do łóżka. Pana przykryto.”

- Raport z dn. 17.01.2012

- XXXX X. „Pan w dalszym ciągu po toalecie pozostaje w łóżku, apetyt panu dopisuje.”
- Raport z dn. 17/18.01.2012
- XXXX X. „Mieszkańca zaprowadzono do toalety, położono, przykryto. Noc przespał spokojnie.”
- Raport z dn. 18.01.2012
- XXXX X. „Mieszkańca po porannej toalecie ubrano. Pan XXXX został zaprowadzony na rehabilitację. Pan XXXX w bardzo dobrym nastroju.”
- XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedzin. (znajomy)”
- Raport z dn. 18/19.01.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami, wychodził do toalety. Pana układano do łóżka i przykrywano.”
- Raport z dn. 19.01.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedzin siostry.”
- Raport z dn. 20.01.2012
- XXXX X. „Mieszkańca po toalecie porannej ubrano. Pan XXXX nie chciał pójść na rehabilitację, został sam pokoju.”
- Raport z dn. 22/23.01.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec często wychodził do toalety. Pan uskarżał się na ból stawów. Podano tabletkę p. bólową.”
- Raport z dn. 23.01.2012
- XXXX X. „Mieszkańca po obiedzie przebrano, ponieważ był cały przemoczony. Pan miał odwiedzin rodziny.”
- Raport z dn. 24/25.01.2012
- XXXX X. „Pan kilkakrotnie wzywał dzwonkiem personel. Kiedy pytano, w czym pomóc, mieszkaniec odpowiadał, że chce wstać i się wyprostować, po czym kazał się przykryć kołdrą.”
- Raport z dn. 25/26.01.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec wieczorem wychodząc z toalety upadł na posadzkę. Obrażeń nie stwierdzono, pan również nie zgłaszał dolegliwości.”
- Raport z dn. 26.01.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec w czasie podwieczorku, zabrudził się stolcem.”
- Raport z dn. 26/27.01.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec często wychodził do toalety. Pana przykryto kołdrą oraz kocem.”
- Raport z dn. 28.01.2012
- XXXX X. „Pan przewrócił się przy łóżku, twierdził że chciał założyć but i stracił równowagę.”
- Raport z dn. 28/29.01.2012
- XXXX X. „Pan w nocy dzwonił prosząc o przykrycie kołdry.”
- Raport z dn. 30.01.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec odmówił pójścia na zajęcia twierdząc, że wraca stamtąd chory. Pan pojechał na badanie do okulisty.”
- Raport z dn. 30/31.01.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec kilka razy wstawał do toalety.”
- Raport z dn. 31.01.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedzin rodziny (siostra). Pan XXXX został zabrany przez siostrę do poradni Neurologicznej. Wrócił około godz. 17:00”
- Raport z dn. 2.02.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedzin siostry.”
- Raport z dn. 2/3.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał z przerwami, często przykrywano i poprawiano pozycję wieczorną w łóżku, wyjadał ze stolika i robił ogólny bałagan.”

- Raport z dn. 3/4.02.2012

XXXX X. „Pan często o przykrywanie i wyprowadzanie do toalety.”

- Raport z dn. 4/5.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec w ok. godz. 20:45 wyszedł z pokoju i upadł na korytarzu i zmoczył się. Pana podniesiono, przebrano i zaprowadzono do łóżka. Pan mówił, że teraz boli go lewa ręka. Mieszkaniec często wzywał dzwonkiem personel.”

- Raport z dn. 5/6.02.2012

XXXX X. „Pana wyprowadzano do toalety ok. g. 2:00 o 3:40. Mieszkaniec słabo się porusza, ma zachwiania równowagi.”

- Raport z dn. 6.02.2012

XXXX X. „Mieszkańcy brali udział w terapii na Sali Ojca Pio.”

- Raport z dn. 6/7.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec zgłaszał ból pięty oraz lewej ręki. Noc przespał z przerwami.”

- Raport z dn. 7.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec uskarżał się na ból lewej ręki. Pan został zbadany przez lekarza rodzinnego. Rękę unieruchomiono w związku z zaistniałą sytuacją pan nie został wykąpany.”

- Raport z dn. 7/8.02.2012

XXXX X. „Pan budził się w nocy, siadał na łóżku i robił bałagan wokół siebie.”

- Raport z dn. 8/9.02.2012

XXXX X. „pan kilka razy dzwonił, prosząc aby go przykryć, skarżył się również na ból lewej ręki. O godz. 6:00 pan zmoczony. Pana ubrano, łóżko rozebrano.”

- Raport z dn. 9.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec został wykąpany pod prysznicem, zmieniono b. osobistą.”

- Raport z dn. 9/10.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 6:00 zaśwycił światło, zrobił wokół łóżka bałagan. Posprzątano, mieszkańca przykryto.”

- Raport z dn. 10.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec zabrany na fizykoterapię do Sali Ojca Pio.”

- Raport z dn. 10/11.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec często wyprowadzany do ubikacji.”

- Raport z dn. 11.02.2012

XXXX X. „Mieszkańcy uczestniczyli we Mszy Św.” (dot. także czworga innych mieszkańców)

- Raport z dn. 11/12.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec ok. 5:00 został zaprowadzony do łazienki oraz do pokoju.”

Zeszyt Raportów Opiekuńczych od 13.02.2012 do 12.07.2012

- Raport z dnia 13/14.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec dwa razy wzywał dzwonkiem personel, aby pana przykryć.”

- Raport z dnia 14.02.2012

XXXX X. i in. „Mieszkańcy brali udział w zabawie na sali Ojca Pio.”

XXXX X. i in. „Mieszkańcy mieli odwiedziny rodziny.”

- Raport z dnia 16/17.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec przebudził się o godzinie 22 prosił o tabletki przeciwbólowe.”

- Raport z dnia 17/18.2.2012

XXXX X. „O godz. 23 wyprowadzono pana do toalety, zaprowadzono do łóżka i przykryto.”

- Raport z dnia 18/19.02.2012

XXXX X. „XXXX X. zmoczył się i całe łóżko przebrano i ułożono do łóżka.”

- Raport z dnia 19.02.2012

XXXX X. i in. „Mieszkańcy byli na Mszy Św. w kaplicy.”

- Raport z dnia 19/20.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec zgłaszał ból pięty. Pielęgniarka podała tabletkę p. bólową.”

- Raport z dnia 20/21.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec ok. godz. 5:00 zadzwonił prosząc o zmianę pampersa. Pana umyto przebrano, zmieniono bieliznę pościelową.”

- Raport z dnia 22.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny siostry.”

- Raport z dnia 23/24.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec uskarżał się na ból lewej kończyny górnej. Podano lek. Mieszkaniec zasnął ok. 23.”

- Raport z dnia 24.02.2012

XXXX X. i in. „Mieszkańcy wykąpani w wannie, zmieniono bieliznę pościelową i osobistą, umyto łóżka i stoliki przyłóżkowe.” XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny siostry.”

- Raport z dnia 24/25.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 22 wzywał, aby mu pomóc się położyć. Mieszkańca położono do łóżka.”

- Raport z dnia 26/27.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec ok. godz. 2:00 zadzwonił by go przykryć. Pana przykryto.”

- Raport z dnia 27/28.02.2012

XXXX X. „Mieszkańca kilkakrotnie przykrywano i zmieniano pozycję ułożeniową.”

- Raport z dnia 28/29.02.2012

XXXX X. „Mieszkaniec osunął się z łóżka na podłogę, bardzo niezadowolony i zły z tego zdarzenia, opryskliwy i wulgarny. Pana podniesiono, ponownie ułożono do łóżka, zabezpieczono drabinkami.”

- Raport z dnia 01/02.03.2012

XXXX X. „O godz. 2:15 pan prosił o tabletkę przeciwbólową.”

- Raport z dnia 2.03.2012

XXXX X. „Mieszkaniec wzywał personel za pomocą sygnalizacji przyzywowej w celu: dopojenia, otrzymania tabletki przeciwbólowej na nogi oraz zaprowadzenia do toalety.”

- Raport z dnia 23.03.2012

XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny rodziny. Siostra p. XXXX powiadomiła personel, że zabierze brata do siebie w poniedziałek.”

- Raport z dnia 3/4.03.2012

XXXX X. „Mieszkaniec zgłaszał ból pięty prosząc o tabletkę przeciwbólową. Kilkakrotnie mieszkańca przykrywano, mieszkaniec spał z przerwami.”

- Raport z dnia 4/5. 03.2012

XXXX X. „Mieszkaniec od 19 do 23 spał. Po przebudzeniu kilkakrotnie dzwonił, zmieniono pozycję ułożeniową w łóżku. Pan zgłaszał ból pięty a później łokcia.”

- Raport z dnia 5.03.2012

XXXX X. „Mieszkańca odwiedziła siostra i syn. Pan został przez rodzinę zabrany do domu. Wraca wieczorem o godz. 18:10.”

- Raport z dnia 6/7.03.2012

XXXX X. „Mieszkaniec zmoczył siebie i całe łóżko wraz z materacem. Pana umyto i ubrano.”

- Raport z dnia 7/8.03.2012

XXXX X. „Mieszkaniec w nocy prosi o środki przeciwbólowe.”

- Raport z dnia 8.03.2012

XXXX X. „Pan zabrudzony stolcem. Pana wykąpano pod prysznicem, zmieniono pościel, bieliznę, umyto łóżko i stół przyłóżkowy. Mieszkaniec miał odwiedziny siostry.”

- Raport z dnia 9/10.03.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec ciągle wzywał personel poprzez sygnalizację przyzywową; średnio co godzinę. Pan chciał aby poprawiono m. in. pozycję ułożeniową ciała, podano środek przeciwbólowy. Owe życzenia spełniono, dodatkowo rozmasowano także bolącą piętę.”
- Raport z dnia 10/11.03.2012  
XXXX X. „Podczas obchodu przykrywano pana oraz poprawiano ułożenie nóg.”
- Raport z dnia 11.03.2012  
XXXX X. i in. „Mieszkańców zaprowadzono na Mszę Św. do kaplicy i odebrano z powrotem.”
- Raport z dnia 11/12.03.2012  
XXXX X. „Pan około 5:00 nad ranem dzwonił dzwonkiem, domagał się tabletki przeciwbólowej. Pan był bardzo agresywny.”
- Raport z dnia 12/13.03.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec całą noc przespał spokojnie.”
- Raport z dnia 13.03.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec bardzo mocno zabrudzony stolcem. Pana wykąpano pod prysznicem.”
- Raport z dnia 13/14.03.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec domagał się tabletki p/bólowej twierdząc, że bolą go pięty. Stwierdził, że tu jest umieralnia. Pielęgniarka podała tabletkę.”
- Raport z dnia 14/15.03.2012  
XXXX X. „Pan kilkakrotnie wzywał personel, twierdził, że bolą go pięty, przez co nie może spać. Mieszkaniec nie spał prawie całą noc. Pielęgniarka podała tabletkę przeciwbólową. Pan bardzo niecierpliwy na personel reaguje bardzo wulgarnie, przeklina i głośno krzyczy.”
- Raport z dnia 15.03.2012  
XXXX X. i in. „Mieszkańcy mieli odwiedziny rodzin.”
- Raport z dnia 15/16.03.2012  
XXXX X. „Pan kilkakrotnie dzwonił na personel, zgłaszał bóle pięty. Pan bardzo niecierpliwy. O godzinie 20:00 i 6:00 dzwoniła siostra p. XXXX. Pani zainteresowana zachowaniem brata.”
- Raport z dnia 16/17.03.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec do 1:30 spał z przerwami dzwonił oraz bardzo krzyczał iż nie pamiętał, że dostał leki nasenne. Obrażał personel.”
- Raport z dnia 17/18.03.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec ok. godz. 1:30 wzywał personel dzwonkiem przyzywowym, aby odstawić panu kubek, który trzymał w ręce na stolik przyłóżkowy. Pan odkrywał się w nocy twierdząc, że jest mu gorąco. Pana kilkakrotnie przykrywano.”
- Raport z dnia 18/19.03.2012  
XXXX X. „Pan co po chwilę dzwonił i miał o coś pretensje. Pan zmoczył całe łóżko, przebrano i ułożono do spania, regularnie co godzinę dzwonił i był wulgarny do personelu.”
- Raport z dnia 19.03.2012  
XXXX X. „Pan miał odwiedziny siostry, posiłków nie przyjmował.”
- Raport z dnia 20/21.03.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec do godz. nocnych dzwonił na personel, zgłaszał bóle pięty i nie mógł spać. Pan jest bardzo niecierpliwy na personel reaguje wulgarnie i głośno krzyczy.”
- Raport z dnia 21.03.2012  
XXXX X. i in. „Mieszkańcy mają biegunkę, zastosowano dietę.”
- Raport z dnia 21/22.03.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec zgłaszał złe samopoczucie – nudności, nie wymiotował.”
- Raport z dnia 22.03.2012

- XXXX X. „Mieszkaniec zabrudzony luźnym stolcem. Osłabiony – pozostawiono w łóżku.”
- Raport z dnia 22/23.03.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec kilkakrotnie dzwonił uskarżał się na ból pięt, posmarowano, zmieniono pampersa.”
- Raport z dnia 23.03.2012
- XXXX X. i in. „Mieszkańcy pozostawieni w łóżkach, oddają luźny stolec, osłabieni. Zastosowano dietę.”
- Raport z dnia 23/24.03.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec kilka razy żądał smarowania pięt.”
- Raport z dnia 24/25.03.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec od godz. 19 do godz. 1:00 wzywał personel, używając wulgarnych słów z powodu bolących pięt. Pielęgniarka kilka razy smarowała panu pięty.”
- Raport z dnia 25.03.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec toaletę miał wykonaną w łóżku ponieważ jest słaby. Pan XXXX zmoczył prześcieradło, kołdrę (przebrano). Pana XXXX zaprowadzono do WC.”
- Raport z dnia 25/26.03.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec w nocy spał z przerwami. Uskarżał się na ból pięt. Posmarowano, zmieniono pozycję ułożeniową w łóżku.”
- Raport z dnia 26.03.2012
- XXXX X. „Panu zmieniono materac, pościel oraz odzież ponieważ się zmoczył.”
- Raport z dnia 27/28.03.2012
- XXXX X. „Pan kilka razy dzwonił po to by posmarować mu pięty i zmienić pozycję ułożeniową ciała.”
- Raport z dnia 28/29.03.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec w nocy spał bardzo mało. Zmieniono pozycję ułożeniową w łóżku. Nasmarowano pięty.”
- Raport z dnia 30.03.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec kilkakrotnie siedział na podłodze, podnoszony i sadzano na łóżko przy tym był bardzo wulgarny do personelu.”
- Raport z dnia 30/31.03.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec od godz. 22 przez całą noc wydzwaniał. Skarzył się na ból pięty. Twierdził, że ani smarowani, ani leki nie pomagają. Dwa razy miał zmienianego pampersa.”
- Raport z dnia 31.03.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny siostry. Panu wymoczono nogi w misce z wodą.”
- Raport z dnia. 2.04.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec w złej kondycji fizycznej, pan wymagał pomocy w większości czynności. Mieszkaniec nie potrafił samodzielnie przejść z łóżka do stołu. Panu przestawiono łóżko ze względu na większy dostęp przy wykonywaniu toalety.”
- Raport z dnia 2/3.04.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 19 dzwonił o tabletkę p/bólową. Miał trudności z jej połknięciem oraz z jakimkolwiek ruchem. Mieszkaniec noc przespał.”
- Raport z dnia 3.04.2012
- XXXX X. „podczas toalety porannej ni można było nawiązać kontaktu z mieszkańcem. Pan nie reagował na słowa, dotyk. Mieszkańca zostawiono w łóżku. Podczas obiadu Pan czuł się znacznie lepiej.”
- Raport z dnia 4.04.2012
- XXXX X. „Mieszkaniec pozostał w łóżku, posiłki zjadł w podanej ilości.”
- Raport z dnia 4/5.04.2012
- XXXX X. „Mieszkańcowi w nocy zmieniono pampersa i prześcieradło ponieważ się zmoczył.”

- Raport z dnia 5.04.2012  
XXXX X. i. in. „Mieszkańców wykąpano. Zmieniono bieliznę pościelową i osobistą. Ze względu na stan zdrowia p. XXXX, kąpiel wykonano w łóżku.”
- **Raport z dnia 6.04.2012**  
XXXX X. „Mieszkaniec został zabrany do szpitala przez pogotowie, ponieważ siostra p. XXXX wezwała je w celu zrobienia badań. U mieszkańca zmieniono pościel.”
- Raport z dnia 11.04.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec o godz. 5 został przywieziony ze szpitala.”
- Raport z dnia 11/12.04.2012  
XXXX X. i in. „Mieszkańców w trakcie nocnego dyżuru dopajano.”
- Raport z dnia 12.04.2012  
XXXX X. i in. „Mieszkańcy po obiedzie mieli rozwolnienie. panów umyto i zaopatrzone w pampersy.”
- Raport z dnia 13.04.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny.”  
Raporty opiekunów od dn. 13.07.2012
- Raport z dn. 13.07.2012  
XXXX X. „mieszkańców karmiono.” (dot. także siedmiorga innych mieszkańców)
- Raport z dn. 14.07.2012  
XXXX X. „mieszkańców karmiono.” (dot. także siedmiorga innych mieszkańców)
- Raport z dn. 15.07.2012  
XXXX X. „Mieszkańców karmiono.” (dot. także siedmiorga innych mieszkańców)  
XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny siostry i szwagra.”
- Raport z dn. 17/18.07.2012  
XXXX X. „Panu podano kolację. Co godzinę mierzono cukier.”
- Raport z dn. 18.07.2012  
XXXX X. „Mieszkańców karmiono.” (dot. także siedmiorga innych mieszkańców)
- Raport z dn. 18/19.07.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec noc przespał spokojnie.”
- Raport z dn. 19.07.2012  
XXXX X. „Pan miał odwiedziny siostry.”
- Raport z dn. 20/21.07.2012  
XXXX X. „Toaleta poranna.”
- Raport z dn. 26.07.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec został wykąpany. Umyto głowę, obcięto paznokcie. Zmieniono pościel. Poukładano rzeczy w szafie.”
- XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny rodziny.”
- Raport z dn. 1.08.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec miał odwiedziny syna.”
- Raport z dn. 1.09.2012  
XXXX X. „Mieszkaniec w dniu dzisiejszym miał odwiedziny sióstr. Pan XXXX ma imieniny, panie przywiozły kwiaty, placek i słodycze. Po obiedzie wezwano do pana Pogotowie Ratunkowe, które zabrało mieszkańca do szpitala. Szpital powiadomił, że mieszkaniec jest na oddziale wewnętrznym. Siostra powiadomiona.
- Raport z dn. 4.09.2012  
XXXX X. „Pana XXXX przywiozło Pogotowie około 12:30. Mieszkaniec otrzymał obiad, kolację, zjadł w podanej ilości.”
- Raport z dn. 7.09.2012  
XXXX X. „Mieszkańcy zostali wykąpani w wannie, umyto włosy, obcięto paznokcie, zmieniono bieliznę osobistą i pościelową.”

*Dom uznaje się za spełniający warunki, jeżeli w zakresie usług opiekuńczych i wspomagających zapewnia się: organizację świąt, uroczystości okazjonalnych oraz umożliwia się udział w imprezach kulturalnych i turystycznych, (§ 6 ust 1, pkt 10 lit. d rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964).*

*Dom, niezależnie od typu, świadczy usługi wspomagające, polegające na: umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej, (§ 5 ust. 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964 ) Dom, niezależnie od typu, świadczy usługi wspomagające, polegające na podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu, (§ 5 ust. 1, pkt 2. lit. b rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964). Dom, niezależnie od typu, świadczy usługi wspomagające, polegające na stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną, (§ 5 ust. 1, pkt 2. lit. e rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964).*

Dyrektor Domu poinformował: „staramy się przede wszystkim aktywizować mieszkańców, by wszystko było dobrze, by ten dobrze się u nas czuł - działania te nadzorują i monitorują p. X. - koordynator zajmująca się sprawami zdrowia mieszkańców oraz p. X. główny specjalista” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS Psarskie stanowi zał. nr 7 do protokołu kontroli).

Główny specjalista przekazała plan zajęć dla mieszkańców z podziałem na miejsce i rodzaj zajęć (zał. nr 17 do protokołu kontroli).

Mieszkańcy poinformowali, że mogą uczestniczyć w zajęciach terapii zajęciowej w Sali Ojca Pio, w rehabilitacji, wyjazdach organizowanych przez Dom do innych domów. Członkowie rady Mieszkańców dodali: „przyjeżdżają do nas inne Domy, odwiedzają nas znajomi i rodziny, przedszkolaki i młodzież, mamy festyn rodzinnym i możemy spędzać też czas zgodnie z własnymi upodobaniami. Jedna z mieszkanki poinformowała, że sama nie uczestniczy w żadnych zajęciach, bo swoich ma wystarczająco dużo (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Analizie poddano zapisy kart „Rehabilitacji Przyłóżkowej” w tym., karty dotyczące września i października 2012 r. (kserokopia karty „Rehabilitacja Przyłóżkowa” wrzesień i październik 2012 r. stanowi zał. nr 18 do protokołu kontroli), w której zapisy dokonywane są w tabeli sporządzonej według schematu: Lp., imię i nazwisko oraz kolejne dni miesiąca. Ww. karta nie zawierała legendy. Jako jedną z osób, której świadczone rehabilitację przyłóżkową wymieniono p. XXXX XXXX. W niektórych dniach wpisano „Zebranie terap” - w tych dniach brak innych wpisów, lub są one znacznie ograniczone.

Główny specjalista poinformowała, że kiedy jest posiedzenie Zespołu to w tym czasie, czyli raz w tygodniu około godziny, nie prowadzi się zajęć. Natomiast przed i po zebraniu zajęcia powinny się odbywać. Jednocześnie p. XXXX dodała, że „może, zapisy w dokumentacji nie obrazują dobrze sytuacji, poza tym, poza rehabilitacją przyłóżkową w Domu prowadzone są inne zajęcia. Głównym celem pracy Domu jest aktywizacja mieszkańców, a mieszkańcy mają przedstawioną ofertę zajęć, z której mogą korzystać” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą stanowi zał. nr 6 do protokołu kontroli).

Mieszkańcy poinformowali, że osoby odwiedzające mogą przyjechać o każdej porze „w Domu są pokoje gościnne - mieszkańcy stwierdzili, że ponosi się koszty za pobyt w nich, nie wiedzieli jaki to koszt, mieszkańcy poinformowali, że gości przyjmować mogą w świetlicy, na korytarzach oraz w pokoju mieszkalnym za zgodą współmieszkańca”



(Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

*Dom, niezależnie od typu, świadczy usługi wspomagające, polegające na zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu (§ 5 ust. 1, pkt 2. lit. d rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964)*

Mieszkańcy poinformowali, że Rada jest wybierana raz na 2 lata i właśnie w przyszłym miesiącu będą wybory,” dodali, że „p. X jest opiekunem, kontaktujemy się, przewodniczący postawił też kartonik sprawy do załatwienia i można wrzucać swoje wnioski anonimowo (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

*Dom, niezależnie od typu, świadczy usługi wspomagające, polegające na sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców domu. (§ 5 ust. 1 pkt.3 lit. k rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964.)*

Do wglądu przedstawiono zeszyt opisany jako „Zeszyt skarg i wniosków” na pierwszej stronie z pieczęcią Domu i zapisem „Zeszyt skarg i wniosków” oraz „zeszyt zawiera 16 kartek. W ww. zeszycie był wpis datowany 4.03.2003 r.

Na prośbę zespołu inspektorów przygotowano „Wykaz procedur obowiązujących w Domu Pomocy Społecznej w Praskim” (zał. nr 19 do protokołu kontroli), w którym między innymi umieszczono „Reguły postępowania w sprawie organizacji przyjmowania skarg i wniosków”, „Procedura składanie podpisu przez mieszkańca”, „Procedura postępowania w przypadku zgonu mieszkańca”, „Rozwiązywanie konfliktów”, „Postępowanie pracownika pierwszego kontaktu” oraz „Postępowanie pracownika pierwszego kontaktu, zakres jego obowiązków”.

*Dom uznaje się za spełniający warunki, jeżeli w zakresie wyżywienia i organizacji posiłków podstawowe produkty żywnościowe oraz napoje są dostępne przez całą dobę (§ 6 ust.1 pkt 6 lit. d rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964)*

Ponadto mieszkańcy dodali, że poza posiłkami głównymi zawsze można otrzymać coś dodatkowo – „wystarczy powiedzieć” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

*Dom uznaje się za spełniający warunki, jeżeli w zakresie wyżywienia i organizacji posiłków mieszkaniowiec może spożywać posiłki w pokoju mieszkalnym, W razie potrzeby mieszkaniowiec jest karmiony, (§6 ust.1 pkt 6 lit. e - f rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964)*

W trakcie rozmowy z zespołem inspektorów mieszkańcy poinformowali, że spożywają posiłki w jadalniach lub w pokojach mieszkalnych. Podkreślili, że spożywają posiłki w tej części Domu, którą zamieszkują, a jedna z mieszkanek dodała: „kiedyś zmuszali, żeby jeść na stołówce, a teraz każdy je gdzie chce” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Jedna z mieszkanek poinformowała, że ma leżącą współlokatorkę: „karmią Ją przez strzykawkę (...)” (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

*Mieszkańcom domu zapewnia się (...) pościel, zmienianą, w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie (§ 6 ust. 1 pkt 8 lit. c rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964).*

Mieszkańcy poinformowali, że pościel wymieniana jest co dwa tygodnie, ale także według potrzeb, zwłaszcza u osób leżących, mieszkańcy dodali, że kąpiel jest co drugi dzień (Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie stanowi zał. nr 3 do protokołu kontroli).

Zespół inspektorów informował Dyrektor Domu o ustaleniach dokonanych w toku kontroli.

Na tym kontrolę zakończono.

Przeprowadzenie kontroli odnotowano w książce kontroli pod nr 2/2013.

Załączniki:

1. Upoważnienie Wojewody Wielkopolskiego nr KN-II.0030.363.2013.1 z dnia 14 sierpnia 2013 r.
2. Kserokopia pisma p. X. XXXX.
3. Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Radą Mieszkańców DPS Psarskie.
4. Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów ze starszym opiekunem.
5. Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z pracownikiem pierwszego kontaktu p. X. XXXX.
6. Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z głównym specjalistą.
7. Notatka służbowa z rozmowy zespołu inspektorów z Dyrektorem DPS Psarskie.
8. Zarządzenie Nr 41/2005 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Psarskim z dnia 30.12.2005 r. w sprawie powołania zespołu terapeutyczno – opiekuńczego.
9. „Wykaz zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w Domu Pomocy Społecznej w Psarskim na dzień 31 marzec 2011 r.”
10. „Wykaz zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w Domu Pomocy Społecznej w Psarskim na dzień 21 sierpnia 2013 r.”
11. „Lista Pracowników z 28 sierpnia 2013 r.”
12. Kserokopie dokumentów pedagoga.
13. Kserokopia „Umowy najmu lokalu użytkowego.”
14. „Wykaz liczbowy mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Psarskim wg stanu psychofizycznego na dzień 22.08.2013”
15. Kserokopie „Zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności” starszych opiekunów.
16. Kserokopia „Zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności” starszej pielęgniarki.
17. Plan zajęć dla mieszkańców z podziałem na miejsce i rodzaj zajęć.
18. Kserokopia karty „Rehabilitacja Przyłóżkowa” wrzesień i październik 2012 r.
19. „Wykaz procedur obowiązujących w Domu Pomocy Społecznej w Psarskim.”

Dyrektorowi Domu przekazano załączniki wytworzone przez zespół kontrolujący o numerach od 1 do 7, pozostałe pozostają w dokumentacji Wojewody Wielkopolskiego.

Protokół zawiera 67 kolejno ponumerowanych stron i 19 załączników.

Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazano Dyrektorowi jednostki kontrolowanej, a jeden pozostawiono w dokumentacji Wojewody Wielkopolskiego.

Zgodnie z §15 ust. 2 pkt. 7 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 marca 2005 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej (Dz. U. nr 61, poz. 543 ze zm.), poprzez zamieszczenie w protokole kontroli niżej wymienionych pouczeń Zespół Inspektorów informuje Dyrektora Domu Pomocy Społecznej o przysługującym z mocy § 16 ust. 1 i 3 cyt. rozporządzenia prawie do:

- zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej WUW w Poznaniu w ciągu 7 dni od dnia otrzymania protokołu umotywowanych zastrzeżeń dotyczących ustaleń w nim zawartych,
- odmowy podpisania protokołu kontroli i złożenia w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania, wyjaśnień przyczyn tej odmowy.

**Inspektorzy:**

Poznań, dnia 7 października 2013 r. *Violetta Rakowska -Żytkiewicz*  
*starszy inspektor wojewódzki*

Poznań, dnia 7 października 2013 r. *Magdalena Wiśniewska*  
*inspektor wojewódzki*

**Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Psarskim:**

Psarskie, dnia 18.10.2013 r. *mgr Hieronim Bartkowiak*  
*Dyrektor DPS*