



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.018.02.2016

P/16/088



02819516

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/088 – Dostępność terapii przeciwbólowej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	Krzysztof Gołębiewski – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/66/2016 z dnia 5 września 2016 r. Jerzy Chwiedosik – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/67/2016 z dnia 5 września 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku (zwany dalej „Szpitalem”), 15-950 Białystok, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 26.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Cezary Nowosielski, dyrektor od 1 sierpnia 2015 r. ¹ (dowód: akta kontroli str. 5-7)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Zorganizowany w Szpitalu system leczenia bólu nie umożliwiał w pełni rzetelnego monitorowania jego skuteczności.

Wdrożona w 2015 roku procedura leczenia bólu odnosiła się bowiem do pacjentów operowanych, a jej wytyczne stosowano nierzetelnie. W oddziałach ortopedyczno-urazowym oraz chirurgii ogólnej i naczyniowej dla 72,2% analizowanych pacjentów nie prowadzono bowiem dokumentacji postępowania przeciwbólowego, a u 56,4% natężenie bólu pooperacyjnego monitorowano rzadziej niż wymagała tego procedura. Niewdrożenie procedury leczenia bólu dla pozostałych hospitalizowanych i nieoperowanych pacjentów było niezgodne z przepisami § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³. Wpisy w większości w poddanych kontroli historii chorób pacjentów oddziałów niezabiegowych wskazują jednak, że personel medyczny podejmował wymagane działania, polegające na ustaleniu stopnia natężenia bólu zgłaszanego przez pacjenta oraz analizował skuteczność leczenia bólu. Informacji na ten temat nie odnotowano jednak w analizowanej dokumentacji medycznej 34% pacjentów, co było niezgodne z dyspozycją § 17 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴.

W Szpitalu nie wdrożono mechanizmów nadzoru mogących wyeliminować nieprawidłowości w obszarze leczenia bólu, w tym systemu kontroli jakości leczenia bólu i audytu wewnętrznego, które ujawniłyby przypadki postępowania niezgodnego z ustalonymi regułami, zasadami i wytycznymi odnośnie leczenia bólu.

Sformalizowanie zasad postępowania personelu medycznego w zakresie monitorowania bólu przewlekłego i sposobu dokumentowania tych działań oraz wdrożenie działań nadzorczych mogłoby zaś stanowić punkt odniesienia do weryfikacji poprawności oraz oceny jakości i skuteczności terapii przeciwbólowej.

¹ W okresie od 25 października 2011 r. do 31 lipca 2015 r. dyrektorem Szpitala była Pani Urszula Łapińska.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

³ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.

⁴ Dz. U. 2015. poz. 2069. Wcześniej obowiązek ten wynikał z § 18 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.). Rozporządzenie to zostało uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego	1. Informowanie pacjentów o możliwościach i metodach leczenia bólu Zgodnie z dyspozycją art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵, pacjentom udostępniano na oddziałach kartę praw pacjenta, w formie wyciągu z Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, w którym zawarto m.in. treść art. 20 tej ustawy, iż: „(...) pacjent ma prawo do intymności i poszanowania godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, przy czym prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności, a w przypadku gdy pacjent znajduje się w stanie terminalnym, prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających mu łagodzenie bólu i innych cierpień” lub – jak w przypadku oddziału rehabilitacji neurologicznej – na tablicy ogłoszeń zamieszczono ustawę o prawach pacjenta. (dowód: akta kontroli, str. 39-44) W dokumentacji medycznej nie ma wpisów potwierdzających poinformowanie pacjentów⁶ o możliwościach i metodach uśmierzania bólu. Jak wyjaśnił Dyrektor: „Wszyscy pacjenci Szpitala są informowani ustnie o dostępnych metodach leczenia i uśmierzania bólu. Pacjenci kierowani na oddziały zabiegowe, na 24 godziny przed planowanym zabiegiem, odbywają konsultację z anestezjologiem, podczas której są informowani o dostępnych metodach leczenia i uśmierzania bólu. Pacjenci przyjmowani na oddział (niezabiegowy), podczas wywiadu lekarskiego, są informowani przez lekarzy o możliwości i metodach uśmierzania bólu. Informacje takie podawane są także pacjentom podczas wypisu ze szpitala. W uzasadnionych przypadkach pacjenci są też kierowani do pozaszpitalnej poradni leczenia bólu”. (dowód: akta kontroli, str. 45-81, 104, 128)
Ustalone nieprawidłowości	W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.
Uwagi dotyczące badanej działalności	Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że istotnym elementem postępowania przeciwbólowego jest właściwa edukacja pacjenta, polegająca na przekazaniu nie tylko ustnej, ale również pisemnej informacji o bólu i metodach jego leczenia, np. w postaci ulotek informacyjnych. Pisemna informacja może ułatwić pacjentom zrozumienie korzyści i potencjalnych ryzyk związanych z uśmierzaniem bólu. Zalecenia o formie przekazania pacjentowi informacji o bólu i sposobach jego leczenia opracował m.in. zespół ekspertów powołany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne. Dotyczą one postępowania przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym, z zaleceniem ich stosowania u wszystkich pacjentów leczonych w szpitalu zarówno z bólem ostrym (np. pooperacyjny, pourazowy, analgezja porodu, bóle pochodzenia naczyniowego, stenokardialne), jak i z zespołami bólu przewlekłego pochodzenia nowotworowego i nienowotworowego⁷. NIK zwraca uwagę, że Szpital zawierając z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, zobowiązał się do stosowania wytycznych, zaleceń i rekomendacji wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny⁸. (dowód: akta kontroli str. 85-87)
Opis stanu faktycznego	2. Organizacja procesu leczenia bólu 2.1. W styczniu 2015 roku, w ramach ubiegania się o akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia – „Bezpieczny szpital bezpieczny pacjent”, opracowano procedurę leczenia bólu ostrego i pooperacyjnego⁹. Szpital nie uzyskał wymaganej liczby

⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o prawach pacjenta”.

⁶ W próbie objętej kontrolą NIK.

⁷ Zobacz np.: „Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym”, dostępne pod adresem: <http://szpitalbezbolu.pl/wp-content/uploads/2012/02/Zalecenia-postepowania-w-bolu-ostrym-i-pooperacyjnym-2011.pdf>.

⁸ § 11 ust. 1 zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

⁹ Procedura została zatwierdzona do stosowania przez głównego księgowego (działającego z upoważnienia dyrektora Szpitala) z datą 16 stycznia 2015 r.

punktów do otrzymania akredytacji, na co wpływ miało m.in. niezachowanie wymaganych standardów przy prowadzeniu dokumentacji medycznej¹⁰ oraz trudne warunki lokalowe¹¹.

W procedurze określono m.in.: [1] zasady informowania pacjentów o możliwościach i metodach uśmierzania bólu pooperacyjnego (np. rozmowa koncentrująca się na uzyskaniu od pacjenta informacji dotyczących preferencji w zakresie postępowania przeciwbólowego, omówienie z chorym narzędzi, przy pomocy których mierzone będzie u niego natężenie bólu i nauczanie go posługiwania się nimi oraz ustalenie poziomu natężenia bólu, przy którym będzie wdrażane postępowanie przeciwbólowe), [2] prowadzenie dokumentacji pomiaru bólu (wg skali numerycznej NRS¹² lub skali wzrokowo-analogowej VAS¹³), [3] zasady postępowania analgetycznego w okresie pooperacyjnym (w chirurgii krótkoterminowej, po zabiegach połączonych z niewielkim, miernym, znacznym i rozległym urazem tkanek, w ginekologii i położnictwie, w oddziałach niezabiegowych oraz u dzieci¹⁴), [4] zasady monitorowania natężenia bólu (co najmniej cztery razy na dobę u wszystkich operowanych pacjentów), [5] zasady monitorowania ewentualnych działań niepożądanych zastosowanego leczenia (przy użyciu odpowiedniego formularza), [6] wzór karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego oraz karty gorączkowej zawierającej rubrykę do oceny bólu w skali numerycznej¹⁵.

Procedura była przeznaczona do stosowania przez cały personel medyczny Szpitala. Nadzór nad prawidłowością i skutecznością procedury powierzono ordynatorowi Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zaś za jej wdrażanie odpowiedzialni byli lekarz naczelny, dyrektor ds. pielęgniarstwa, ordynatorzy/kierujący oddziałami, kierownicy poradni, pielęgniarki i położne oddziałowe. (dowód: akta kontroli, str. 20-38)

2.2. Sposób dokumentowania postępowania przeciwbólowego sprawdzono na losowo wybranej próbie dokumentacji medycznej 200 pacjentów hospitalizowanych w 2015 roku, w tym 97 pacjentów oddziałów zabiegowych¹⁶ oraz 103 pacjentów oddziałów niezabiegowych¹⁷.

2.2.1. Badanie dokumentacji medycznej 97 pacjentów z oddziałów zabiegowych¹⁸ wykazało:

1. W 25 z 60 dokumentacji medycznych oddziału ortopedyczno-urazowego objętych analizą, natężenie bólu w skali numerycznej NRS, odnotowywano w karcie postępowania przeciwbólowego, przy czym w dziewięciu przypadkach pomiar natężenia bólu był dokonywany cztery razy na dobę, zaś w 16 – raz na dobę. W 49 z 60 dokumentacji monitoring bólu prowadzono również w karcie indywidualnej opieki pielęgniarstwa (dwa razy na dobę), w skali od 1 do 3¹⁹. (dowód: akta kontroli str. 66-75)
2. We wszystkich 37 badanych historiach chorób sporządzonych w oddziale chirurgii ogólnej i naczyniowej odnotowywano zgłoszenie dolegliwości bólowych (w codziennej

¹⁰ Wyniki badania podmiotowego znajdowały się w 86% badanej próby, a przedmiotowego – w 76%; w 6% dokumentacji określono lekarza prowadzącego.

¹¹ Znaczne zagęszczenie łóżek w salach chorych na oddziałach neurologii i chorób wewnętrznych, utrudnione przemieszczanie się osób niepełnosprawnych z uwagi na liczne prace remontowo-budowlane i uszkodzenia nawierzchni dróg wewnętrznych.

¹² Numerical Rating Scale – skala zawierająca 11 stopni nasilenia bólu, od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najsilniejszy wyobraźalny ból.

¹³ Visual Analogue Scale – skala mająca postać linijki o długości 10 cm (pacjent wskazuje palcem lub suwakiem nasilenie bólu od 0 – zupełny brak bólu do 10 – najsilniejszy wyobraźalny ból).

¹⁴ Do oceny bólu u dzieci przyjęto skale: [1] CRIES (Crying – płacz, Requirement for O₂ – zapotrzebowanie na tlen, Increased heart rate – wzrost akcji serca, Expression – wyraz twarzy, Sleeplessness – brak snu), [2] Wong and Baker FACES pain scale – narzędzie przedstawiające sześć twarzy, którym są przyporządkowane podpisy wskazujące od niebolesności do maksymalnego natężenia bólu (dziecko ma wskazać, która twarz pokazuje, jak silny ból odczuwa w chwili badania), [3] VAS.

¹⁵ Obydwa wzory dokumentów wprowadzono do procedury 5 sierpnia 2015 r.

¹⁶ W tym 37 pacjentów oddziału chirurgii ogólnej i naczyniowej oraz 60 pacjentów oddziału ortopedyczno-urazowego.

¹⁷ W tym: 45 pacjentów oddziału neurologii, 10 pacjentów oddziału chorób wewnętrznych, diabetologii, endokrynologii i reumatologii, 31 pacjentów oddziału chorób wewnętrznych i gastroenterologii oraz 17 pacjentów oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej.

¹⁸ Doboru dokumentacji dokonano w sposób celowy, ze względu na poszukiwany rezultat, tj. pacjentów odczuwających ból. W oddziale chirurgii ogólnej i naczyniowej wybrano następujące jednostki chorobowe (wg klasyfikacji ICD 10): K80.0 – kamica pęcherzyka żółciowego z ostrym zapaleniem pęcherzyka, K35.0 – ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. W oddziale ortopedyczno-urazowym: M15.8 – inne choroby zwyrodnieniowe, wielostawowe, G64 – inne zaburzenia obwodowego układu nerwowego, M72.0 – złamanie.

¹⁹ Stosowano skalę od 1 do 4, gdzie: 1 to ból okresowy, 2 – stały, 3 – umiarkowany, 4 – silny, ze wskazaniem umiejscowienia bólu (a – miejscowy, b – ogólny).

dobowej karcie obserwacji stanu pacjenta). Pomiaru bólu u 36 operowanych pacjentów²⁰ dokonywano dwa razy na dobę w kartach indywidualnej opieki pielęgniarskiej (w skali od 1 do 4). (dowód: akta kontroli str. 45-52)

2.2.2. Badanie dokumentacji medycznej 103 pacjentów oddziałów niezabiegowych²¹, wykazało, że informacje na temat zgłaszanych dolegliwości bólowych były zamieszczane w wywiadzie lekarskim, karcie obserwacji pacjenta oraz w dokumentacji pielęgniarskiej. W oddziałach tych nie sporządzano karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego (dotyczyła ona pacjentów pooperacyjnych) oraz karty gorączkowej do oceny bólu w skali NRS. Pomiaru nasilenia bólu dokonywano przy użyciu skali numerycznej w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej, wypełnianej dwa razy na dobę. Przy opisie intensywności bólu używano określeń „silny”, „o mniejszym nasileniu”. Skuteczność leczenia bólu odnotowano w części dotyczącej przebiegu choroby poprzez wskazanie, że „ból zwiększył się”, „zmniejszył” lub „ustępuje”. Poniżej wymieniono pozostałe wyniki badania dokumentacji medycznej sporządzonej na poszczególnych oddziałach niezabiegowych:

1. W 13 z 45 zbadanej dokumentacji medycznej oddziału neurologii odnotowano zgłoszenie dolegliwości bólowych. W dziewięciu z nich pomiar stopnia natężenia bólu odnotowano w kartach indywidualnej opieki pielęgniarskiej za pomocą skali liczbowej od 1 do 3, a w pozostałych czterech natężenie bólu opisano w karcie obserwacji pacjenta za pomocą zwrotów: „silny ból”, „ból umiarkowany”. Skuteczność zastosowanej terapii przeciwbólowej potwierdzały opisy wg skali słownej, np.: „chora nadal cierpiąca”, „mniejsze dolegliwości bólowe”, „ból utrzymuje się”, „dolegliwości bólowe na tym samym poziomie”. (dowód: akta kontroli str. 76-81)
2. W 26 z 31 przeanalizowanej dokumentacji medycznej oddziału chorób wewnętrznych i gastroenterologii odnotowano zgłoszenie dolegliwości bólowych oraz zastosowane analgetyki (w codziennej dobowej karcie obserwacji stanu chorego). W 13 z 26 historii chorób, w których odnotowano odczuwanie przez pacjenta bólu, podano informacje odnoszące się do stopnia jego natężenia (np. „silne bóle brzucha promieniujące do pleców”) oraz skuteczności leczenia, dokonując zapisów takich jak: „w drugiej dobie hospitalizacji dolegliwości bólowe zmniejszyły się”, „w trzeciej dobie bóle ustąpiły; podano [...]”, „w czwartej dobie w godzinach nocnych silne dolegliwości bólowe w nadbrzuszu (pacjent nie stosuje się do zalecanej diety); od szóstej doby do końca hospitalizacji nie odnotowano dolegliwości bólowych; stosowano [...]”, „po tygodniu pacjent zgłaszał coraz silniejsze bóle w podbrzuszu; po zacewnikowaniu bóle ustąpiły”. (dowód: akta kontroli, str. 53-58)
3. W zbadanej dokumentacji medycznej sporządzonej w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej²² odnotowano zgłoszenie dolegliwości bólowych (w jednym przypadku – w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej – wskazano stopień natężenia bólu w postaci zapisu „ból umiarkowany miejscowy”), zaś w kartach obserwacji stanu pacjentów dokonano zapisów potwierdzających monitorowanie skuteczności uśmierzania bólu (np. „pacjent po zastosowaniu terapii NLPZ zgłasza mniejszy ból i mniejsze drętwienie w kończynach dolnych”, „po zastosowaniu zabiegów rehabilitacyjnych dolegliwości bólowe mniejsze”, „piątego dnia hospitalizacji utrzymują się dolegliwości bólowe ze strony całego kręgosłupa i obydwu stawów biodrowych; dwa dni później bóle mniejsze”). (dowód: akta kontroli str. 59-62)
4. W poddanej kontroli dokumentacji medycznej dziewięciu z 10 pacjentów oddziału chorób wewnętrznych, diabetologii, endokrynologii i reumatologii odnotowano zgłoszenie dolegliwości bólowych, w tym w trzech przypadkach podano stopień natężenia bólu (np. „silny ból brzucha promieniujący do pleców”, „silny kurczowy ból w okolicy nadbrzusza, promieniujący do całej jamy brzusznej”). W sześciu kartach obserwacji

²⁰ Jedna osoba z 37 pacjentów, których dokumentację medyczną poddano kontroli, leczona była zachowawczo.

²¹ W oddziale neurologii dokonano wyboru przy uwzględnieniu rozpoznania następujących chorób: G.50 – neuralgia nerwu trójdzielnego, G.62.9 – polineuropatia nieokreślona, M.54.3 – rwa kulszowa, G.45.1 – zespół tętnicy szyjnej. W oddziale chorób wewnętrznych, diabetologii, endokrynologii i reumatologii: K.85 – ostre zapalenie trzustki, C.90.0 – szpiczak mnog. W oddziale chorób wewnętrznych i gastroenterologii: K.85 – ostre zapalenie trzustki, C.78.7 – wtórny nowotwór złośliwy wątroby. W oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej: M.47, M.47.8, M.47.9 – zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, spondylozy.

²² Badaniu poddano dokumentację medyczną 17 pacjentów.

stanu chorych, u których zdiagnozowano dolegliwości, dokonano zapisów o zmniejszeniu się lub ustąpieniu bólu (jeden z dwóch pozostałych pacjentów, u którego – mimo stosowania analgetyków – dolegliwości bólowe utrzymywały się został przekazany do Kliniki Hematologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, zaś drugiego – po uprzedniej modyfikacji leczenia – przekazano do oddziału chorób wewnętrznych i gastroenterologii). (dowód: akta kontroli str. 63-65)

2.3. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala hospitalizowanym pacjentom zapewniono, w razie potrzeby, dostęp do pomocy psychologicznej świadczonej przez zatrudnionych w placówce psychologów. (dowód: akta kontroli str. 105)

2.4. W latach 2015 – 2016 kontroler wewnętrzny nie badał funkcjonującego w Szpitalu systemu leczenia bólu. W okresie objętym kontrolą pacjenci nie kierowali do dyrektora Szpitala skarg na stosowane metody uśmierzania bólu lub na nierealizowanie takich procedur. (dowód: akta kontroli, str. 82-84)

Ordynator oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zobowiązany – na podstawie procedury leczenia bólu ostrego i pooperacyjnego – do nadzoru nad prawidłowością jej stosowania, wyjaśnił: „W związku z licznymi obowiązkami ordynatora Oddziału nie byłem w stanie sprawować funkcji nadzorczej nad wprowadzaną procedurą leczenia bólu. W tym celu został powołany przez Dyrektora Szpitala (15 marca 2016 r.) Zespół ds. zwalczania bólu. Do września 2016 roku Zespół nie prowadził działań nadzorczych, skoncentrował się natomiast na przeprowadzeniu szkoleń personelu medycznego szpitala w zakresie stosowania procedury leczenia bólu”. (dowód: akta kontroli str. 129)

2.5. W okresie objętym kontrolą nie zawierano z Narodowym Funduszem Zdrowia kontraktu na świadczenie usług w poradni leczenia bólu, chociaż taką poradnię wyodrębniono w statucie i regulaminie organizacyjnym Szpitala. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „W latach 2015 – 2016 Szpital nie kontraktował świadczeń zdrowotnych w Poradni Leczenia Bólu, wynikało to przede wszystkim z faktu, iż w/w okresie Narodowy Fundusz Zdrowia nie ogłaszał konkursu na udzielanie tego typu świadczeń zdrowotnych. Procedury leczenia bólu są wykorzystywane również w Poradni urazowo-ortopedycznej. Poradnia Leczenia Bólu została wymieniona w § 45 pkt 1 regulaminu organizacyjnego Szpitala, ponieważ Poradnia ortopedyczna funkcjonująca w Szpitalu swoim zakresem obejmuje również procedury leczenia bólu”. W 2011 roku Szpital brał udział w postępowaniu konkursowym na udzielanie w latach 2012 – 2014 świadczeń w zakresie leczenia bólu, lecz nie uzyskał kontraktu z NFZ. (dowód: akta kontroli str. 8-19, 85-87, 103, 162-163)

Spośród 200 pacjentów, których historie choroby zostały zbadane w trakcie kontroli, do poradni ortopedyczno-urazowej, w celu dalszego leczenia w warunkach ambulatoryjnych, skierowano 18 osób, zaś 41 do pozaszpitalnej poradni leczenia bólu. Pozostałych pacjentów, u których uzyskano poprawę stanu zdrowia i ustąpienie dolegliwości bólowych, kierowano m.in. do lekarzy medycyny rodzinnej lub innych poradni specjalistycznych (onkologicznej, gastrologicznej, chirurgicznej). (dowód: akta kontroli str. 45-81)

Zarządzeniem Dyrektora Szpitala z dnia 15 marca 2016 r. powołano Zespół ds. zwalczania bólu²³, obejmujący swoją działalnością wszystkie oddziały. W zarządzeniu nie określono zakresu jego działalności. Przewodniczący Zespołu wyjaśnił, iż: „w dotychczasowej działalności zespół skupił się na szkoleniach, jako niezbędnym warunku do ubiegania się o uzyskanie certyfikatu „Szpital bez bólu” i praktycznym wprowadzeniu dokumentacji związanej z leczeniem bólu. Zespół dotychczas nie zajmował się monitorowaniem wdrażania procedury, jednak, o ile wiem, część dokumentacji medycznej wymaga uzupełniania, np. o nowy wzór karty gorączkowej, zawierającej skalę natężenia bólu NRS”. (dowód: akta kontroli str. 89, 101, 164)

²³ Złożony z dziewięciu osób, z których cztery (w tym przewodniczący) posiadały II stopień specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, jedna – specjalizację z organizacji i zarządzania, zaś cztery były w trakcie specjalizacji (dwie osoby z chirurgii i po jednej – z ortopedii i urologii).

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej obszarze stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W Szpitalu nie opracowano procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu u pacjentów nieoperowanych, czym naruszono przepis § 5a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (obowiązujący od 1 stycznia 2015 r.). Z analizy treści przyjętej w Szpitalu procedury leczenia bólu wynika, że odnosi się ona do pacjentów operowanych i nie ma zastosowania do pacjentów cierpiących na ból przewlekły (w dokumencie tym wskazano m.in., iż jego celem jest ujednolicenie zasad postępowania personelu medycznego Szpitala w leczeniu bólu ostrego i pooperacyjnego). Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „Obowiązująca w Szpitalu procedura leczenia bólu stosowana jest zarówno w odniesieniu do pacjentów operowanych, jak też nieoperowanych cierpiących na przewlekły ból. Jednakże z powodu pojawiających się wątpliwości co do zakresu jej stosowania, w najbliższym czasie przedmiotowa procedura zostanie doprecyzowana w sposób jednoznaczny wskazując, iż dotyczy ona wszystkich hospitalizowanych pacjentów”. Wg ustaleń kontroli w oddziałach niezabiegowych w 2015 roku nie stosowano – określonych w przyjętej procedurze – dokumentów w postaci karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego oraz karty gorączkowej do oceny bólu w skali NRS.
(dowód: akta kontroli str. 20-38, 160)
2. W 55 ze 162 objętych badaniem historii chorób z 2015 roku (dotyczących pacjentów zgłaszających dolegliwości bólowe) nie zawarto informacji na temat stopnia natężenia bólu. Było to niezgodne z § 18 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz z 17 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż ze względu na czasochłonne wprowadzanie zmian w systemie teleinformatycznym, związanych z wdrażaniem procedury, „mogło się zdarzyć, iż w niektórych dokumentacjach medycznych nie został odnotowany stopień natężenia bólu”.
(dowód: akta kontroli str. 45-81, 161)
3. Wbrew przyjętej w Szpitalu procedurze leczenia bólu ostrego i pooperacyjnego, w 70 z 97 zbadanych historii chorób pacjentów odczuwających ból w oddziałach zabiegowych (ortopedyczno-urazowym oraz chirurgii ogólnej i naczyniowej) nie sporządzano kart dokumentacji postępowania przeciwbólowego, a w 95 – kart gorączkowych z oceną natężenia bólu wg skali NRS, zaś w 53 z 94²⁴ zbadanych historii chorób pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym w oddziale ortopedyczno-urazowym oraz w oddziale chirurgii ogólnej i naczyniowej natężenie bólu pooperacyjnego monitorowano rzadziej niż cztery razy na dobę. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „procedura leczenia bólu pooperacyjnego była wdrażana stopniowo. Proces wdrażania procedury wraz z kartami postępowania przeciwbólowego oraz kartami gorączkowymi z oceną natężenia bólu wg skali NRS ukończony został w lipcu 2016 r. Czas wdrażania procedury był znaczny z uwagi na konieczność wprowadzenia zmian do systemu teleinformatycznego funkcjonującego w Szpitalu. Natężenie bólu pooperacyjnego na oddziale chirurgii oraz na oddziale ortopedycznym było i jest monitorowane częściej, niż 4 razy na dobę, nie zawsze jednak jest to odnotowywane”.
(dowód: akta kontroli str. 45-53, 66-75 102-105)

Analiza losowo wybranej dokumentacji medycznej 20 pacjentów hospitalizowanych w sierpniu 2016 roku, w tym 10 w oddziale chirurgii ogólnej i naczyniowej oraz 10 w oddziale neurologii wykazała jednak, że wymienione wyżej nieprawidłowości nadal występowały, bowiem:

- w oddziale chirurgii sporządzano karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego, w których odnotowywano monitorowanie natężenia bólu pooperacyjnego od czterech do sześciu razy na dobę wg skali numerycznej NRS (nadal jednak nie stosowano kart gorączkowych z oceną natężenia bólu),

²⁴ Zabiegom operacyjnym poddano 58 z 60 pacjentów oddziału ortopedyczno-urazowego, których dokumentację objęto badaniem oraz 36 z 37 pacjentów oddziału chirurgii.

- w oddziale neurologii stosowano karty gorączkowe niespełniające wymogów określonych w procedurze leczenia bólu (brak pozycji do oceny stopnia natężenia bólu), niemniej jednak oznaczano w nich stopień natężenia bólu w skali NRS cztery razy na dobę).
(dowód: akta kontroli str. 106-111)

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że w dokumentacji medycznej części pacjentów oddziałów zabiegowych i niezabiegowych stosowano równolegle dwie różne skale do mierzenia stopnia natężenia bólu, tj. na potrzeby adnotacji w karcie postępowania przeciwbólowego skalę NRS od 0 do 10, zaś na potrzeby zapisów w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej skalę od 1 do 4, podczas gdy przyjęta w Szpitalu procedura leczenia bólu przewidywała stosowanie wyłącznie skali NRS. Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „Szpital do mierzenia stopnia natężenia bólu stosuje jedną skalę NRS. 4 stopniowa skala oceny bólu zawarta w Karcie Opieki Pielęgniarskiej, w części będącej wywiadem pielęgniarskim II Ocena Stanu Pacjenta służy sformułowaniu istnienia problemu pielęgnacyjnego jakim jest m.in. występowanie bólu u pacjenta. 4 stopniowa skala służy do stwierdzenia istnienia problemu pielęgnacyjnego jakim jest fakt bólu u pacjenta, stąd też ogólne zapytania: czy jest to ból: 1 – okresowy, 2 – stały, 3 – umiarkowany, 4 – silny”. (dowód: akta kontroli str. 45-81, 161)

3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu uśmierzenia bólu

Opis stanu faktycznego

W 2015 roku średnioroczne zatrudnienie personelu medycznego wynosiło 938,5 etatu, w tym 284,6 lekarzy (22 anestezjologów) oraz 541,2 pielęgniarek i położnych (57,8 pielęgniarek anestezjologicznych). Pozostały personel medyczny liczył 112,7 etatu. Od stycznia do września 2016 roku średnie zatrudnienie lekarzy i pielęgniarek wynosiło odpowiednio 291,5 i 543,4 etatu, w tym 22 lekarzy anestezjologów oraz 59,2 pielęgniarek i położnych anestezjologicznych, a pozostałego personelu – 116 etatów.

(dowód: akta kontroli str. 88)

Do dnia kontroli Zespół ds. zwalczania bólu przeprowadził siedem szkoleń wśród 94 lekarzy i 37 pielęgniarek i położnych. Przewodniczący Zespołu wyjaśnił: „Część szkoleń z zakresu leczenia bólu prowadziłem osobiście, zaś część lekarze zatrudnieni w szpitalu w poszczególnych oddziałach. Jedno szkolenie zostało przeprowadzone przy wsparciu lekarza zatrudnionego w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego²⁵. Dotyczyły one podstaw prawnych leczenia bólu, fizjologii, patofizjologii, sposobu oceny bólu, leczenia bólu w zależności od rodzaju zabiegów operacyjnych oraz dokumentowania leczenia bólu. Podczas szkoleń przypomniano także o obowiązku stosowania procedury”.

(dowód: akta kontroli str. 89-101)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „Nie sporządzano harmonogramu szkoleń personelu medycznego na lata 2015 – 2016, ponieważ organizacją i przeprowadzaniem szkoleń zajmuje się jeden lekarz – anestezjolog, który czynnie praktykuje w szpitalu i w związku z tym ma ograniczone możliwości czasowe. Nie ustalano kryteriów doboru personelu do szkolenia z zakresu terapii przeciwbólowej, gdyż założono przeszkolenie w tym zakresie całego białego personelu. Do września 2016 r. udało się przeszkolić 94 lekarzy i 37 pielęgniarek”.

(dowód: akta kontroli str. 128)

Ustalone nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²⁶, wnosi o:

1. Opracowanie i wdrożenie procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu u pacjentów nieoperowanych.
2. Zapewnienie przestrzegania przez personel medyczny Szpitala procedury leczenia bólu.

²⁵ Szpital nie ponosił kosztów związanych z tym szkoleniem.

²⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku.

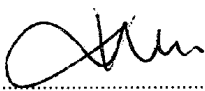
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

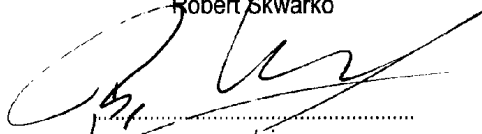
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, dnia 3 listopada 2016 r.

Kontroler
Krzysztof Gołębiowski
główny specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICEDYREKTOR
Robert Skwarko


.....
podpis