



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.018.04.2016  
P/16/088



02819716

# 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](mailto: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                                                                                                                 |
| Kontroler                           | Władysław Radgowski – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/74/2016 z dnia 19 września 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) |
| Jednostka kontrolowana              | Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (zwany dalej „Szpitalem”), 18-404 Łomża, Al. J. Piłsudskiego 11                                    |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Krzysztof Bałata, dyrektor od 24 kwietnia 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 3)                                                                                  |

## II. Ocena kontrolowanej działalności<sup>1</sup>

### Ocena ogólna

W Szpitalu do marca 2016 roku nie zorganizowano systemu umożliwiającego rzetelne monitorowanie skuteczności leczenia bólu.

Do tego czasu w większości objętej kontrolą dokumentacji medycznej nie określono stopnia natężenia bólu (73% próby objętej kontrolą), mimo że było to wymagane § 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 przetwarzania<sup>2</sup>. Zapisy w tak prowadzonej dokumentacji pozwalały na ogół tylko stwierdzić, że pacjent odczuwał ból, czym ból był leczony i kiedy ewentualnie te dolegliwości ustąpiły.

Dopiero 2 marca 2016 roku, tj. ponad 14 miesięcy po terminie, w Szpitalu ustalono „Procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu”, dotyczące wszystkich hospitalizowanych, które umożliwiają rzetelne monitorowanie skuteczności leczenia bólu.

Po wprowadzeniu tej procedury poprawił się sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. Jednak 18% pacjentom, których historie choroby objęto analizą, nie określono stopnia natężenia bólu w wymaganej skali liczbowej NRS, dwóm osobom nie założono kart monitorowania bólu (2%), zaś sześciu innym nie w każdym przypadku podania leku przeciwbólowego odnotowano wymagany stopień natężenia bólu (zmiana natężenia bólu przed i po podaniu leku).

W Szpitalu nie wdrożono mechanizmów nadzoru mogących wyeliminować nieprawidłowości w obszarze leczenia bólu. Nie wprowadzono bowiem systemu kontroli jakości leczenia bólu, ani nie przeprowadzono audytu wewnętrznego, które ujawniłyby przypadki postępowania niezgodnego z ustalonymi regułami, zasadami i wytycznymi odnośnie leczenia bólu. Wdrożenie działań nadzorczych mogłoby zaś stanowić punkt odniesienia do weryfikacji poprawności oraz oceny jakości i skuteczności terapii przeciwbólowej.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego

### 1. Informowanie pacjentów o możliwościach i metodach leczenia bólu

#### Opis stanu faktycznego

Prawa pacjenta dotyczące uśmierzania bólu określone zostały w Karcie praw pacjenta, stanowiącej załącznik do regulaminu organizacyjnego Szpitala. W dokumencie tym zapisano, że pacjent ma m.in.:

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 zostało uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r.

- „Prawo do intymności i poszanowania godności osobistej, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych” (pkt 5 Karty praw pacjenta).
- „Prawo do umierania w spokoju i godności. W stanach terminalnych pacjent ma prawo do łagodzenia bólu i innych cierpień” (pkt 6 Karty praw pacjenta).

W Karcie praw pacjenta nie było innych zapisów odnoszących się bezpośrednio do leczenia bądź uśmierzania bólu. (dowód: akta kontroli str. 4)

Przeprowadzone oględziny wybranych losowo 14 oddziałów wykazały, że:

- w dziewięciu z nich na korytarzach wywieszono były tablice zawierające tekst Karty praw pacjenta,
- w czterech oddziałach Karta praw pacjenta znajdowała się w punkcie pielęgniarskim, przy czym w trzech z nich na tablicy ogłoszeń zamieszczono informację o miejscu udostępnienia karty do wglądu (takiej informacji nie było w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym),
- w Izbie Przyjęć, na tablicy ogłoszeń znajdowała się informacja, iż Karta praw pacjenta znajduje się w pokoju Internistycznej Izby Przyjęć, co potwierdziły przeprowadzone oględziny. (dowód: akta kontroli str. 5)

W dokumentacji medycznej nie ma zapisów o poinformowaniu pacjentów<sup>3</sup> o możliwościach i metodach uśmierzania bólu. Jak wyjaśnił Dyrektor „Pacjenci informowani są ustnie przez lekarza. O metodach leczenia bólu informowany jest każdy pacjent zgłaszający takie dolegliwości. Jeśli ból jest przyczyną hospitalizacji, wówczas o sposobie leczenia pacjent jest informowany przez lekarza w chwili przyjęcia do szpitala, czyli na izbie przyjęć. Jeśli dolegliwości występują podczas hospitalizacji, wówczas o sposobie leczenia pacjent jest informowany na oddziale szpitalnym”. Odnosząc się do zapisu Karty praw pacjenta, w której prawo do łagodzenia bólu i innych cierpień ograniczono tylko do pacjentów w stanach terminalnych, Dyrektor wyjaśnił, że zapis ten został zaczerpnięty z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>4</sup> (dowód: akta kontroli str. 6-8)

Pacjentom zgłaszającym się do planowej operacji wymiany stawu biodrowego wręczano broszurę, w której m.in. znajdowały się informacje na czym polega operacja, jak się przygotować do zabiegu, jak przebiega postępowanie po operacji i jak należy postępować aby nie doszło do powikłań. W broszurze tej znajdowały się również informacje jak pacjent ma postępować w razie odczuwania dolegliwości bólowych.

Ustalono  
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Pacjenci Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz przybywający na Izbę Przyjęć mieli ograniczony dostęp do Karty praw pacjenta. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła, że Karty praw pacjenta znajdują się w gabinetach Izby Przyjęć, zaś na korytarzach znajdują się skrócone wersje praw pacjenta (nie zawierają one informacji o prawie do łagodzenia bólu). Dodała, że powodem braku informacji o miejscu znajdowania się Karty praw pacjenta na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym były prace remontowe, zaś stosowną informację zamieszczono w trakcie kontroli NIK. (dowód: akta kontroli str. 12-14)
2. 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 (tak jak w przypadku broszury wręczanej pacjentom przygotowującym się do operacji wymiany stawu biodrowego). 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

<sup>3</sup> W próbie objętej kontrolą NIK.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.

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 nienowotworowego<sup>5</sup>. 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 medycyny<sup>6</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 15-27)

## 2. Organizacja procesu leczenia bólu

Opis stanu  
faktycznego

2.1. Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Szpitala z 2 marca 2016 r. wprowadzona została procedura leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu (zwana dalej „Procedurą”), co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. Zgodnie z zarządzeniem, oceny skuteczności leczenia bólu należało dokonywać u każdego pacjenta we wszystkich oddziałach Szpitala, w których realizowane były świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne. Zgodnie z Procedurą należało m.in.:

1. Dokonywać oceny natężenia bólu w skali numerycznej NRS od pierwszej doby pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym. Skala ta wynosiła od 1 do 5 pkt., po czym aneksem z 18 marca 2016 r. do zarządzenia rozszerzono ją do 10 pkt. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wprowadzenie pięciopunktowej skali NRS spowodowane było pomyłką, którą zaraz po zauważeniu, skorygowano.
2. Przy ocenie bólu nowotworowego należało dodatkowo określić jego lokalizację (zaznaczyć miejsce na rysunku sylwetki człowieka). Początkowo lokalizację należało zaznaczać w każdym przypadku bólu nowotworowego, zaś w aneksie do zarządzenia z 6 czerwca 2016 r., lokalizację bólu nowotworowego należało zaznaczyć w przypadku bólu od NRS-3.
3. Prowadzić Kartę monitorowania bólu dla tych pacjentów, u których natężenie bólu wnosilo 3 i więcej punktów w skali NRS.

Ordynatorzy i koordynatorzy oddziałów byli odpowiedzialni za wdrożenie i dokumentowanie Procedury, zaś konsultantem ds. leczenia bólu była lek. med. Katarzyna Gryc-Szymańska (lekarz z Oddziału Onkologii). (dowód: akta kontroli str. 7, 28-46)

2.2. Sposób dokumentowania postępowania przeciwbólowego sprawdzono na losowo wybranej próbie dokumentacji medycznej 202 pacjentów pięciu oddziałów, z tego 106 hospitalizowanych przed ustaleniem Procedury (tj. od 1 stycznia 2015 r. do 1 marca 2016 r.) oraz 96 pacjentów leczonych podczas obowiązywania Procedury<sup>7</sup> (stanowiło to 1,94% hospitalizowanych w okresie objętym kontrolą w tych oddziałach).

2.2.1. Badanie dokumentacji pacjentów hospitalizowanych przed ustaleniem Procedury wykazało, że:

- we wszystkich 106 dokumentacjach odnotowano odczuwanie bólu przez pacjenta (w tym jeden przypadek pacjenta po złamaniu nasady dalszej kości ramiennej, który miał zaburzenia świadomości),

<sup>5</sup> 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>.

<sup>6</sup> § 11 ust. 1 zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

<sup>7</sup> Doboru dokumentacji dokonano w sposób celowy ze względu na poszukiwany rezultat, tj. wg schorzeń, które związane są z dolegliwościami bólowymi i następnie w oddziałach niezabiegowych wyselekcjonowano tych pacjentów, którzy zgłaszali ból. Analizą objęto: Pacjentów z Oddziału Chirurgicznego (42 osoby) leczonych m.in. w następujących jednostkach chorobowych: K-35 – zapalenie wyrostka robaczkowego, K-40 – przepuklina pachwinowa, K-80 – kamica żółciowa. Pacjenci Oddziału Ortopedyczno-Urazowego (39 osób): M-16.1 – choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego, M-17.1 – choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego, S-82.7 – złamanie podudzia, S-72 – złamanie kości udowej, M-16 – koksartroza, S-42 – złamanie obojczyka. Pacjenci Oddziału Chorób Wewnętrznych, Gastroenterologii, Endokrynologii i Diabetologii (40 osób): K-80 – kamica żółciowa, K-85 – ostre zapalenie trzustki, K-26 – choroba wrzodowa. Oddziału Onkologii (41 pacjentów): C-34 – rak płuca, C-18 – rak okrężnicy, C-50 – rak piersi. Pacjenci Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym (40 osób): M-51.1 – choroba krążków międzykręgowych lędźwiowych, G-54 – zaburzenia korzeni rdzeniowych.

- leczenie przeciwbólowe 105 pacjentów było skuteczne (pacjent, któremu leczenie w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Gastroenterologii, Endokrynologii i Diabetologii<sup>8</sup> nie pomogło został przeniesiony na Oddział Chirurgiczny celem dalszego leczenia),
- w 29 (27,4% próby) dokumentacjach, personel medyczny, zgodnie z § 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 przetwarzania określił stopień natężenia bólu (o braku pozostałych wpisów napisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalono nieprawidłowości”).

W próbie objętej kontrolą nie było pacjentów, których przy wypisie kierowano do poradni leczenia bólu. Trzech pacjentów Oddziału Onkologii skierowano do hospicjum, zaś jednego na paliatywną terapię kręgosłupa. (dowód: akta kontroli str. 58-84)

W okresie objętym kontrolą nie funkcjonowała poradnia leczenia bólu, chociaż wymieniono ją w statucie i w regulaminie organizacyjnym Szpitala. Dyrektor szpitala wyjaśnił, że było to spowodowane brakiem kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dodał, że: „Szpital kilkakrotnie występował do NFZ o ogłoszenie konkursu i zakontraktowanie takich świadczeń, ale te wnioski nie zostały uwzględnione”. (dowód: akta kontroli, str. 4, 6-8)

W 2011 roku Szpital ubiegał się w Podlaskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „POW NFZ”) o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie leczenia bólu na lata 2012 – 2014. Oferta Szpitala nie została wybrana do zawarcia umowy<sup>9</sup>, zaś odwołanie Dyrektora Szpitala nie zostało uwzględnione. Ponadto, pismem z 28 maja 2015 r., Dyrektor Szpitala wystąpił do POW NFZ z wnioskiem o zawarcie umowy na 2016 rok i lata następne m.in. w zakresie leczenia bólu przewlekłego. Jednak POW NFZ w tym zakresie nie ogłaszał dodatkowego postępowania konkursowego.

(dowód: akta kontroli, str. 113-128)

**2.2.2. Analiza dokumentacji 96 pacjentów hospitalizowanych po wdrożeniu Procedury** wykazała, że:

- wszystkim pacjentom dokonano oceny bólu oraz skuteczności jego leczenia, zaś wystąpienie bólu było udokumentowane w wywiadzie i badaniu przedmiotowym,
- wystąpienie bólu lub jego brak udokumentowano w 95 obserwacjach pielęgniarских, z czego w 75 kartach obserwacji pielęgniarских nie określono tego w skali NRS (wymóg Procedury),
- w dokumentacji 41 pacjentów, którym założono karty monitorowania bólu, odnotowano wymagane Procedurą obserwacje zmian natężenia bólu (zgodnie z Procedurą, pielęgniarka przed podaniem leku i po podaniu leku powinna ocenić natężenie bólu); wpisy w kartach monitorowania bólu sześciu pacjentów Oddziału Urazowo-Ortopedycznego nie były kompletne,
- pacjentom, u których natężenie bólu wyniosło 3 i więcej punktów w skali NRS założono karty monitorowania bólu (47 osób). Natężenie bólu u pozostałych pacjentów było poniżej NRS-3 (42 osoby). Nie założono im kart monitorowania bólu i nie określono jego natężenia w skali NRS (pięć osób), zaś dwóm pacjentom Oddziału Neurologii nie założono kart, mimo że ból był na poziomie 4 i 5 w skali NRS (więcej na ten temat w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalono nieprawidłowości” i „Uwagi do badanej działalności”). (dowód: akta kontroli str. 85-101)

**2.3. Opiekę psychologiczną w szpitalu zapewniało sześciu psychologów.** Według wyjaśnień Dyrektora, w razie wystąpienia potrzeby zapewnienia pomocy psychologicznej, lekarz prowadzący pacjenta informuje psychologa, który udziela pomocy pacjentowi (i/lub rodzinie). Spośród pacjentów, których dokumentację medyczną objęto analizą, tylko pacjenci Oddziału Onkologii korzystali z pomocy psychologa (27 z 41 osób, których dokumentację objęto kontrolą). (dowód: akta kontroli str. 8, 79-84, 99-101)

<sup>8</sup> Dalej „Oddział Wewnętrzny”.

<sup>9</sup> POW NFZ zawarł umowy z trzema podmiotami na obszarze województwa podlaskiego, które znajdują się w odległości: 139,1 km (Suwałki), 78,8 km (Białystok) i 73,8 km (Monki) od Łomży. Okres obowiązywania tych umów przedłużono aneksami do 30 czerwca 2017 r.

2.4. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie było stanowiska kontrolera wewnętrznego lub audytora wewnętrznego. Prowadzone były natomiast audyty zewnętrzne, których celem była ocena wdrożenia systemu zarządzania jakością na zgodność z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2009, którymi objęto 18 oddziałów. Zakres pytań audytowych nie obejmował zagadnień związanych z leczeniem bólu. (dowód: akta kontroli, str. 102-109)

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. 9-11)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej obszarze stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Dopiero 2 marca 2016 r. wprowadzona została w Szpitalu procedura leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, mimo że § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>10</sup> w związku z § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>11</sup>, nakładał obowiązek jej ustalenia od 1 stycznia 2015 r. Według wyjaśnień Dyrektora Szpitala, wymienione rozporządzenie nakładało obowiązek opracowania tej procedury od 30 czerwca 2016 r. Jednak przedstawione przez Dyrektora argumenty dotyczą opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta w podanym terminie (§ 5 w związku z § 1 pkt 4 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego). (dowód: akta kontroli str. 7, 28-32, 54-57)
2. Dokumentacja medyczna 77 pacjentów hospitalizowanych przed wprowadzeniem Procedury nie zawierała zapisów określających stopień natężenia bólu, wymaganych § 17 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. W omawianej dokumentacji medycznej zapisy określały tylko występowanie bólu (ewentualnie używano sformułowań: „bolesność”, „bolesność palpacyjna”, „żywa bolesność”), jego ustąpienie lub zmniejszenie. Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *„Przed wprowadzeniem „Procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu” dokumentowano ból w przypadku jego wystąpienia – w zakresie natężenia i lokalizacji w postaci opisowej podczas badania przedmiotowego czy wywiadu z pacjentem w dniu przyjęcia do szpitala. Leczenie bólu oraz ocena skuteczności tego leczenia były każdorazowo odnotowywane w zleceniach lekarskich realizowanych przez pielęgniarki oraz w obserwacjach lekarskich i pielęgniarskich”*. Wyjaśnień Dyrektora Szpitala nie potwierdzają wyniki analizy dokumentacji medycznej (historii chorób), która była odczytywana kontrolującemu przez ordynatorów (koordynatorów) oddziałów i następnie wspólnie podpisana w wypełnionych kwestionariuszach. (dowód: akta kontroli str. 59-84, 132-135)
3. Na podstawie dokumentacji medycznej przebiegu leczenia jednego z pacjentów Oddziału Chirurgicznego, operowanego z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, nie można było szczegółowo ustalić skuteczności leczenia bólu, bowiem w dokumentacji medycznej nie było karty obserwacji pielęgniarskich (wymóg § 18 ust. 2 pkt 1 obowiązującego wówczas rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania), zaś karta obserwacji lekarskich była nieczytelna (ręczne wpisy lekarza), czym naruszono § 4 ust. 1 tego rozporządzenia. Z dokumentacji wynika, że pacjenta przyjęto z objawami bólu, operowano i podawano leki przeciwbólowe. Na podstawie epikryzy można się dopiero dowiedzieć, że pacjenta wypisano w „stanie ogólnym dobrym”. Dyrektor Szpitala wyjaśnił że: *„nie było obserwacji pielęgniarskich w wersji papierowej, ale istniały one w systemie OPTIMED w wersji elektronicznej, co pozwala na wydrukowanie i uzupełnienie dokumentacji. Nieczytelna karta obserwacji lekarskich wynika z charakteru pisma lekarza dokonującego wpisów. Aktualnie problem ten jest już rozwiązany poprzez obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej”*. (dowód: akta kontroli str. 75, 132-135)

<sup>10</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.

<sup>11</sup> Dz. U. 1441, ze zm.

4. W niektórych z objętych kontrolą dokumentacji medycznych stwierdzono niżej wymienione przypadki nieprzestrzegania Procedury:

- W 20 kartach obserwacji pielęgniarских nie określono natężenia bólu w skali NRS (w tym w trzech kartach z Oddziału Neurologii zawarto odesłanie, że informacja taka jest podana w karcie monitorowania bólu). W jednej karcie obserwacji pielęgniarских nie było informacji o występowaniu bólu lub jego braku. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w dokumentacjach tych „*odnotowywano natężenie bólu w formie opisowej, czytelnej dla personelu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentem (...) Obecnie zalecono personelowi medycznemu rygorystyczne przestrzeganie dokonywania wpisów o natężeniu bólu wyłącznie w skali NRS*”.

(dowód: akta kontroli str. 85-101, 132-135)

- Dwóm pacjentom Oddziału Neurologii (spośród 21 objętych analizą) nie założono kart monitorowania bólu, wymaganych Procedurą, mimo że skala natężenia bólu wynosiła NRS-4 i NRS-5. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że było to spowodowane wdrażaniem nowej Procedury, bowiem pacjenci ci byli hospitalizowani w dniach 3 – 6 i 3 – 9 marca 2016 r., tj. niedługo po ustaleniu Procedury.

(dowód: akta kontroli str. 91-95, 132-135)

- W kartach monitorowania bólu sześciu pacjentów Oddziału Ortopedyczno-Urazowego (spośród 20 analizowanych dokumentacji) nie w każdym przypadku odnotowano wymagany Procedurą stopień natężenia bólu (przed i po podaniu leku). Według wyjaśnień Dyrektora Szpitala było to spowodowane okresem wdrażania nowej Procedury. Dodał, że obecnie zwiększono nadzór kierownictwa oddziałów nad przestrzeganiem Procedury.

(dowód: akta kontroli str. 87-90, 132-135)

- W trzech (spośród 16) dokumentacjach medycznych pacjentów cierpiących na ból nowotworowy, nie określono wymaganej Procedurą jego lokalizacji poprzez zaznaczenie jej na rysunku sylwetki człowieka. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że było to spowodowane złą interpretacją Procedury.

(dowód: akta kontroli str. 99-101, 136-137)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że według dokumentacji wylosowanych pacjentów Oddziału Wewnętrznego, żadna osoba nie przekroczyła stopnia NRS-2 natężenia bólu, mimo że powodem hospitalizacji było np. ostre zapalenie trzustki. W ocenie NIK może to wynikać z niechęci personelu do zakładania kart monitorowania bólu, których prowadzenie wymaga wykonywania dodatkowych czynności. Uwagę tę uzasadnia fakt, że dziewięciu pacjentom (spośród 15 objętych analizą) podawano Tramal – silny środek przeciwbólowy<sup>12</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 85-86)

Według Dyrektora Szpitala, pacjenci nie skarżyli się na silne bóle brzucha. Dodał, że: „*Większość kontrolowanych historii chorób dotyczyła pacjentów z rozpoznaniem ostrego zapalenia trzustki, w którym natężenie bólu zwiększa się w ciągu pierwszych kilku godzin, potem następuje faza plateau, która trwa od kilku godzin do kilku dni. Większość tych chorych otrzymało leczenie p/bólowe w SOR i po przyjęciu na oddział dolegliwości były już mniej nasilone. Tramal jest na II szczeblu drabiny analgetycznej WHO, był stosowany u tych pacjentów ze względu na jego skuteczność w OZT. Polecono pracownikom oddziału większą wnikliwość w ocenie i dokumentowaniu bólu u chorych w oddziale*”.

(dowód: akta kontroli str. 132-135)

### 3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu uśmierzania bólu

Opis stanu  
faktycznego

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu średniorocznie zatrudniano personel medyczny w wymiarze 829,66 etatu w 2015 roku i 848,65 etatu w 2016 roku, w tym odpowiednio:

- na 150,9 i 152,9 etatu zatrudniono lekarzy,
- na 411,16 i 420,75 etatu zatrudniono personel pielęgniarский,
- na 267,6 i 275 etatu zatrudniono pozostały personel medyczny.

<sup>12</sup> <https://bazalekow.mp.pl/lek/45788,Tramal-roztwor-do-wstrzykiwan/#info>.

W 2015 i 2016 roku zatrudnionych było siedmiu lekarzy anesteziologów oraz czterech lekarzy w trakcie specjalizacji (rezydencji). Średnioroczne zatrudnienie pielęgniarek i pielęgniarzy anesteziologicznych wynosiło w 2015 roku 38,25 etatu, zaś w 2016 roku 48 etatów.  
(dowód: akta kontroli str. 129-131)

W Szpitalu opracowano plany szkoleń zewnętrznych na lata 2015 – 2016 (według założeń miały być dofinansowane przez Powiatowy Urząd Pracy w Łomży), z czego trzy w zakresie terapii bólu ujęto w planie na 2016 rok. Dwa z tych szkoleń, które dotyczą terapii bólów kręgosłupa i napięciowego bólu głowy (dla trzech osób z Oddziału Rehabilitacji) mają być zrealizowane w IV kwartale 2016 roku. Trzecie z zaplanowanych szkoleń dotyczyło terapii bólów ostrych i miało objąć 20 pielęgniarek i położnych z Oddziałów Chirurgicznego, Ortopedyczno-Urazowego i Urologicznego. Szpital wystąpił z wnioskiem o dofinansowanie szkolenia z Krajowego Funduszu Szkoleniowego do Powiatowego Urzędu Pracy w Łomży. Wniosek rozpatrzono negatywnie, bowiem nie spełniał żadnego z priorytetów wydatkowania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na 2016 rok.

(dowód: akta kontroli str. 138-155, 188)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzono szkolenia wewnętrzne obejmujące swoim zakresem leczenie bólu. W 2015 roku były to:

- „*Stosowanie opioidów w leczeniu bólu osób starszych oraz u pacjentów z niewydolnością wątroby*”, w którym udział wzięło 12 pracowników Oddziału Onkologii (dziewięć pielęgniarek i czterech lekarzy) – szkolenie prowadził lekarz – specjalista onkolog (od 2 marca 2016 r. szpitalny konsultant ds. leczenia bólu), który m.in. ukończył kurs podstawowy w zakresie opieki paliatywnej dla lekarzy, oraz brał udział w warsztatach nt. „*Leczenia bólu nowotworowego*”,
- „*Standardy leczenia bólów nowotworowych – zalecenia Polskiej Unii Onkologii*”, w którym udział wzięło 12 pracowników Oddziału Onkologii (dziewięć pielęgniarek i trzech lekarzy); szkolenie prowadził ww. lekarz – specjalista onkolog.

(dowód: akta kontroli str. 156-165)

Z kolei w 2016 roku przeprowadzono następujące szkolenia:

- „*Postępowanie w bólu przebijającym u pacjentów w bólu nowotworowym*”, w którym udział wzięło 12 pracowników Oddziału Onkologii – szkolenie prowadził lekarz – specjalista onkolog (osoba inna niż w przypadku ww. szkoleń), który m.in. ukończył kurs podstawowy w zakresie opieki paliatywnej dla lekarzy, zaś od 15 kwietnia 2016 r. odbywa specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej,
- „*Omówienie procedury leczenia bólu*” dla 13 pracowników Oddziału Onkologii – szkolenie prowadził ww. lekarz onkolog,
- „*Terapia bólu ostrego*” przeprowadzone przez konsultanta ds. leczenia bólu – udział w szkoleniu wzięło dziewięciu lekarzy, w tym z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa i osiem osób kierujących oddziałami,
- „*Leczenie i ocena skuteczności leczenia bólu*” – szkolenie dla pielęgniarek Oddziału Chirurgicznego, prowadzone przez ordynatora (brał udział w ww. szkoleniu z zakresu „*Terapii bólu ostrego*”),
- „*Leczenie bólu przewlekłego – rola pielęgniarki*” – w szkoleniu udział wzięło 14 pielęgniarek z Oddziału Urologii, zaś przeprowadziła je pielęgniarka oddziałowa (brak danych o kwalifikacjach do prowadzenia szkolenia w tym zakresie),
- „*Jak pokonać ból przewlekły?*” – szkolenie dla 22 pracowników Oddziału Nefrologicznego, które prowadzone było przez pielęgniarkę oddziałową (brak danych o kwalifikacjach do prowadzenia szkolenia w tym zakresie).

(dowód: akta kontroli str. 166-186)

Ponadto na 2016 rok zaplanowano jeszcze do realizacji następujące szkolenia wewnętrzne: „*Ból pooperacyjny – skutki nieprawidłowego leczenia bólu pooperacyjnego. Metody leczenia bólu pooperacyjnego*” dla personelu Oddziału Ortopedyczno-Urazowego oraz „*Psychologiczna terapia bólu*” i „*Ból nowotworowy. Sposoby i metody jego zapobiegania*” dla Oddziału Onkologii.  
(dowód: akta kontroli str. 157)

Personel medyczny kierowany jest na szkolenia przez kierownictwo komórek organizacyjnych. Według wyjaśnień z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, kryterium kierowania jest przydatność szkolenia na danym stanowisku oraz możliwość zastosowania nabytych umiejętności i wiedzy dla dobra pacjentów. (dowód: akta kontroli str. 189)

Ustalono  
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 Kontroli<sup>13</sup>, wnosi o:

1. Pełne wdrożenie we wszystkich oddziałach szpitalnych procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu.
2. Opracowanie i wdrożenie mechanizmów nadzoru mogących wyeliminować nieprawidłowości w obszarze leczenia bólu.

#### 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.

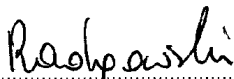
Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

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.

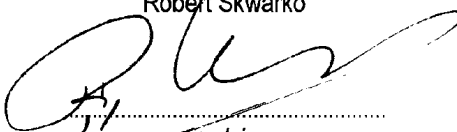
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, dnia 3 listopada 2016 r.

Kontroler  
Władysław Radgowski  
główny specjalista kontroli państwowej

  
.....  
podpis

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

  
.....  
podpis

<sup>13</sup> Dz. U. z 2015 r. poz.1096, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.