



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.016.01.2016

P/16/088

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

ul. Wały Jagiellońskie 36, 80-853 Gdańsk

T +48 58 768 36 00, F +48 58 768 36 05

lgd@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 Gdańsku
Kontroler	Iwona Miklikowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/71/2016 z dnia 31.08.2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o.o. w Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk (dalej: „Spółka”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zarząd Spółki w składzie: Dariusz Kostrzewa – Prezes Zarządu, Krzysztof Wójcikiewicz – Wiceprezes ds. medycznych, Piotr Wróblewski – Wiceprezes ds. ekonomicznych (dowód: akta kontroli str.17-25)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W ocenie NIK¹ w Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku² (dalej: „Szpital”) nie zorganizowano systemu umożliwiającego rzetelne monitorowanie skuteczności leczenia bólu.

Opracowana i wdrożona procedura leczenia bólu odnosiła się jedynie do pacjentów operowanych, a jej wytyczne stosowano nierzetelnie (w 43,8% z 80 objętych kontrolą dokumentacji medycznych³).

Dla pozostałych hospitalizowanych i nieoperowanych pacjentów procedury leczenia bólu nie opracowano i nie wdrożono, co było niezgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴. W dokumentacji medycznej większości pacjentów z oddziałów: Chirurgii Ogólnej, Dermatologii i Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (69,7% z 66 objętych kontrolą) brak było zapisów świadczących o usystematyzowanym monitorowaniu bólu, potwierdzających regularne dokonywanie pomiarów stopnia natężenia bólu oraz skuteczności leczenia bólu, 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 przetwarzania⁵.

¹ 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.

² Objęty niniejszą kontrolą jako jedno z funkcjonujących w Spółce przedsiębiorstw.

³ Z oddziałów: Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.

⁵ Dz. U. poz. 2069.

Zarząd Spółki nie wdrożył też skutecznych mechanizmów nadzoru mogących wyeliminować nieprawidłowości w obszarze leczenia bólu – w Szpitalu nie wdrożono systemu kontroli jakości leczenia bólu, a przeprowadzone w 2015 r. i 2016 r. audyty nie ujawniły nieprawidłowości w tym zakresie.

Pacjentom Szpitala zapewniono natomiast możliwość uzyskania informacji o metodach, skutkach i korzyściach znieczulenia i uśmierzania bólu oraz umożliwiono dostęp do diagnostyki i leczenia w Poradni Leczenia Bólu. Poradnia pracowała w czasie zgodnym z umową z Pomorskim Oddziałem NFZ, posiadając na wyposażeniu sprzęt medyczny wyszczególniony w tej umowie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Celem Spółki było prowadzenie przedsiębiorstw udzielających świadczeń zdrowotnych. Spółka udzielała m.in.:

a) stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych, które wykonywane były w przedsiębiorstwach pod następującymi nazwami i w następujących lokalizacjach:

- Szpital im. Mikołaja Kopernika przy ul. Nowe Ogrody 1-6 oraz przy ul. Powstańców Warszawskich 1/2 w Gdańsku, objęty niniejszą kontrolą,
- Szpital św. Wojciecha przy Al. Jana Pawła II 50 w Gdańsku,
- Oddziały Szpitalne Wojewódzkiego Centrum Onkologii przy Al. Zwycięstwa 31/32 w Gdańsku (tryb ambulatoryjny lub jednodniowy),

b) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, które wykonywane były m.in. w Zespole Pracowni, Poradni i Zakładów przy ul. Powstańców Warszawskich 1/2 oraz przy ul. Nowe Ogrody 1-6 w Gdańsku – Poradnia Leczenia Bólu z gabinetami diagnostyczno-zabiegowymi.

(dowód: akta kontroli str.26-65)

1. Informowanie pacjentów o możliwościach i sposobach leczenia bólu.

Opis stanu
faktycznego

1.1. W Szpitalu od 10 września 2013 r. obowiązywała Procedura „Leczenia bólu ostrego w Pomorskim Centrum Traumatologii”⁶ (dalej: „Procedura”) której aktualizacji dokonano 10 czerwca 2016 r. Zgodnie z ww. Procedurą leczenie bólu rozpoczynało się w momencie przyjęcia pacjenta na oddział poprzez włączenie go w decyzje terapeutyczne i przekazanie informacji o stosowanym postępowaniu przeciwbólowym oraz poprzez przeprowadzenie edukacji w zakresie oceny bólu. Również w czasie wywiadu dotyczącego stanu zdrowia, przeprowadzanego przez lekarza oddziału/lekarza anestezjologa/pielęgniarkę, pacjent miał być informowany o monitorowaniu bólu, stosowanych skalach pomiaru oraz propozycjach skutecznej terapii. W Szpitalu opracowano pisemne informacje: „Ból po zabiegu chirurgicznym. Co Pan/Pani powinien/powinna wiedzieć”, „Leczenie bólu metodą nadtwardówkową”, „Blokady nerwowe”, które były wywieszane w poszczególnych Oddziałach na tablicach informacyjnych dla pacjentów, znajdowały się w punktach pielęgniarskich i wręczane były do przeczytania przy przyjęciu na oddział. Na oddziałach znajdowały się również przykładowe skale do mierzenia nasilenia bólu. Przekazanie pacjentowi informacji o możliwościach i metodach uśmierzania bólu nie było odnotowywane w indywidualnej dokumentacji medycznej.

⁶ 20 września 2013 r. Pomorskie Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku oraz Specjalistyczna Przychodnia Rehabilitacyjna w Gdańsku zostały przekształcone w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością pod nazwą „Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o.o.”

(dowód: akta kontroli str. 68-85;95-96;233-238)

Wiceprezes ds. Medycznych Spółki wyjaśnił, że ulotki informacyjne dot. leczenia bólu pooperacyjnego (metodą okołooponową lub za pomocą bloków nerwowych) są elementem programu „Szpital bez bólu” i zgodnie z założeniami programu dotyczą bólu pooperacyjnego. Przekazywane są pacjentom przez personel medyczny przy przyjęciu na oddział i nie wymaga się pisemnego dokumentowania zapoznania się z nimi. Ta forma jest tylko jednym z elementów edukacji pacjenta, gdyż istnieją relacje interpersonalne pomiędzy personelem medycznym, a pacjentem i jest on informowany o zasadach powiadamiania o występowaniu bólu („tzw. system przyzywowy”), metodach opisywania tego objawu i możliwościach reagowania na ból. Edukacja pacjenta wymagającego leczenia bólu przewlekłego prowadzona jest w formie ustnej przez personel pielęgniarski, położne i lekarzy w trakcie pobytu na oddziale Szpitala. Wszyscy pacjenci przyjmowani na poszczególne oddziały Szpitala są informowani, przede wszystkim przez pielęgniarki, o sposobach zgłaszania swoich dolegliwości, zwłaszcza bólowych. Reasumując, w Szpitalu nie prowadzi się odrębnej, dedykowanej wyłącznie temu objawowi, dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str.100-104)

1.2. Szpital, zgodnie z dyspozycją art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷ udostępniał pacjentom Kartę Praw Pacjenta (dalej: „Karta”). Pacjenci zapoznawali się z treścią Karty, co potwierdzali podpisem w Indywidualnej Karcie Opieki Pielęgniarskiej. W Karcie nie zostały zawarte informacje dotyczące prawa pacjentów do uśmierzania bólu.

(dowód: akta kontroli str. 86-90)

1.3. Pacjenci poddawani zabiegom operacyjnym byli informowani, przez lekarza anestezjologa, o wszystkich sprawach dotyczących znieczulenia. W Przedoperacyjnej ankiecie anestezjologicznej brak adnotacji o informowaniu pacjenta o możliwościach leczenia przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym.

(dowód: akta kontroli str. 91-94)

Wiceprezes ds. medycznych wyjaśnił, że wywiad anestezjologiczny dotyczy wyłącznie pacjentów skierowanych do leczenia operacyjnego, a więc narażonych na wystąpienie bólu ostrego. Nie wprowadzono specjalnych formularzy administracyjnego potwierdzenia zapoznania się z informacjami na temat leczenia bólu.

(dowód: akta kontroli str.100-104)

1.4. W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) do Spółki nie wpłynęły skargi dotyczące leczenia i uśmierzania bólu u pacjentów leczonych w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 143-150)

2. Organizacja procesu leczenia bólu.

Opis stanu
faktycznego

2.1. W 2013 r. Szpital uzyskał akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Jednym ze standardów akredytacyjnych było opracowanie i wdrożenie procedury oceny i skutecznego leczenia bólu. Zespół akredytacyjny ocenił, iż opracowane zasady postępowania w zakresie oceny i leczenia bólu dotyczyły pacjentów po zabiegach operacyjnych, nie opracowano zasad i leczenia bólu przewlekłego. Szpital w 2014 r. otrzymał certyfikat „Szpital bez bólu”, co świadczyło o spełnieniu kryteriów wymaganych przez Polskie Towarzystwo Badania

⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.

Bólu (dalej: „PTBB”) i było potwierdzeniem „wprowadzenia najwyższych standardów uśmierzania bólu pooperacyjnego”. Data ważności certyfikatu upływa 24.06.2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 3-16)

2.2. W 2012 r. Zarządzeniem ówczesnego Dyrektora Pomorskiego Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku powołano Zespół Leczenia Bólu⁸ (dalej: „Zespół”), w skład którego weszło czterech lekarzy (Przewodniczącym Zespołu został lekarz anestezjolog) oraz cztery dyplomowane pielęgniarki (w tym jedna położna). Celem Zespołu było m.in. opracowanie procedury postępowania leczenia przeciwbólowego wraz z opracowaniem wzorów dokumentacji (kart informacyjnych dla pacjentów, kart monitorowania natężenia bólu, kart raportowania zdarzeń niepożądanych, formularzy raportowych dla oddziałów w celu monitorowania poprawności funkcjonowania systemu) oraz szkolenie pracowników według opracowanych harmonogramów i monitorowanie poprzez opracowanie systemu raportowania wyników do Zespołu.

(dowód: akta kontroli str. 66-67)

2.3. Efektem prac Zespołu było opracowanie w 2013 r. procedury⁹ „Leczenia bólu ostrego w Pomorskim Centrum Traumatologii”. Aktualizacji powyższej procedury¹⁰ dokonano w czerwcu 2016 r. Procedura dotyczyła bólu ostrego (pooperacyjnego, urazowego), analgezji¹¹ porodu, bólów pochodzenia naczyniowego, nienowotworowego zapalnego oraz nowotworowego. Zgodnie z powyższą Procedurą proces leczenia bólu rozpoczynał się w trakcie zabiegu operacyjnego zgodnie ze standardami PTBB, monitorowanie natężenia bólu rozpoczynało się w chwili przekazania pacjenta personelowi oddziału. Pomiar natężenia bólu dokonywany miał być nie rzadziej, niż co cztery godziny w dobie „0” oraz co cztery godziny w kolejnych dobach hospitalizacji do ustąpienia dolegliwości bólowych lub uzyskania poziomu bólu akceptowanego przez pacjenta. Zostały opracowane standardy¹² leczenia bólu dla konkretnych oddziałów (Ortopedii i chirurgii ręki; Położnictwa i ginekologii; Chirurgii Ogólnej; Chirurgii i urologii dzieci i młodzieży; Neurochirurgii; Dermatologii i Chorób Wewnętrznych). Za prawidłowe postępowanie przeciwbólowe odpowiedzialny był lekarz prowadzący na oddziale oraz zespół pielęgniarski w zakresie swoich uprawnień. Prowadzenie dokumentacji dotyczącej pomiaru bólu oraz działań przeciwbólowych było obowiązkiem personelu medycznego oddziału oraz lekarzy anestezjologów konsultujących pacjentów na prośbę lekarza prowadzącego. W skład dokumentacji wchodziła „karta dokumentacji postępowania przeciwbólowego” (dalej: „kdpp”) oraz „karta objawów niepożądanych”, w której lekarz miał odnotowywać zaistniałe objawy niepożądane terapii przeciwbólowej, a od czerwca 2016 r. ponadto „karta gorączkowa”, w której dodano wiersze dot. wpisów poziomu natężenia bólu (miejsce tylko na cztery pomiary).

(dowód: akta kontroli str. 68-79;97-99)

2.4. Sposób dokumentowania zastosowanego postępowania przeciwbólowego sprawdzono na próbie dokumentacji medycznej łącznie 160 pacjentów¹³ Szpitala, w tym 80 po przeprowadzonych zabiegach operacyjnych (na Oddziałach Chirurgii

⁸ Zarządzenie Nr 64/2012 Dyrektora Pomorskiego Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku z dnia 20 sierpnia 2012 r. w sprawie powołania w Pomorskim Centrum Traumatologii im. M. Kopernika Zespołu Leczenia Bólu.

⁹ Procedura PR6-PJ-5 Leczenie bólu ostrego w PCT.

¹⁰ Procedura Opieka nad Pacjentem – OP-6

¹¹ Zniesienie czucia bólu z zachowaniem innych rodzajów czucia.

¹² Polegające na podaniu nazw leków stosowanych w farmakoterapii przeciwbólowej oraz metod znieczulenia (zewnątrżoponowe, przez cewnik, blokady nerwów).

¹³ Leczonych w Szpitalu w 2015 r.

Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej) i 80 leczonych zachowawczo na oddziałach: Chirurgii Ogólnej (20), Neurologicznym (20), Dermatologicznym (20), Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (20). I tak:

a) w przypadku pacjentów po przeprowadzonych zabiegach operacyjnych, w 35 przypadkach (tj. 43,75%) dokumentacja medyczna nie była prowadzona zgodnie z obowiązującą w 2015 r. Procedurą,

b) w przypadku pacjentów leczonych zachowawczo, dla których nie opracowano procedur postępowania przeciwbólowego, badanie dokumentacji medycznej wykazało, że w 20 przypadkach, tj. 25% (wszystkie dotyczyły Oddziału Neurologicznego), nie stwierdzono w dokumentacji medycznej nieprawidłowości w zakresie informacji o stopniu natężenia bólu oraz skuteczności jego leczenia. Badanie dokumentacji medycznej pozostałych 60 pacjentów w 46 przypadkach (tj. 57,5%) wykazało, że pomimo iż pacjenci zgłaszali przy przyjęciu do Szpitala lub w trakcie hospitalizacji dolegliwości bólowe, dokumentacja medyczna nie zawierała informacji o regularnych pomiarach natężenia bólu oraz wynikach tych pomiarów, a w efekcie nie określano również skuteczności prowadzonej terapii przeciwbólowej. W pozostałych 14 przypadkach (tj. 17,5%) nie monitorowano poziomu natężenia bólu, ponieważ pacjenci nie zgłaszali bólu, a lekarz nie zalecił podawania środków przeciwbólowych. Skierowanie do Poradni Leczenia Bólu wydano w jednym przypadku.

(dowód: akta kontroli str.108-126;188-193)

2.5. Jak wyjaśnił Wiceprezes ds. medycznych, w systemie kontroli jakości Szpitala, obejmującym procesy medyczne, pomocnicze oraz zarządcze, nie funkcjonują mechanizmy, które można byłoby nazwać „systemem kontroli jakości i leczenia bólu”. W latach 2015-2016 (do 31.08.) w Szpitalu nie dokumentowano analiz skuteczności leczenia bólu. Według wyjaśnień Wiceprezesa ds. medycznych, ocena skuteczności leczenia bólu była przedmiotem obrad, w dniu 18 maja 2016 r., Komitetu Terapeutycznego Spółki, podczas którego analizowano szczegółowo gospodarkę lekami przeciwbólowymi oraz narkotycznymi w I kwartale 2016 r. w porównaniu do 2015 r., zarówno w zakresie ilościowym, jak i jakościowym, ze szczególnym uwzględnieniem leków ustalonych w procedurach związanych z programem „szpital bez bólu”. Ponadto analizy te prowadzone były również w sposób bieżący przez Koordynatora ds. Farmacji Szpitalnej, który we wnioskach po sporządzonej analizie za I kwartał 2016 r. napisał, iż wyniki analizy zużycia leków przeciwbólowych wskazują na zgodność postępowania terapeutycznego na oddziałach z wymaganiami zawartymi w Procedurze. Regularna analiza skuteczności leczenia bólu nie jest elementem wymaganym przez przepisy prawne ani przez standardy akredytacyjne, zatem Szpital opiera się przede wszystkim na analizach związanych z gospodarowaniem lekami w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str.105-107;127-136;194-202)

Zdaniem NIK, analiza podaży leków przeciwbólowych nie jest źródłem informacji o zgodności postępowania personelu medycznego z wytycznymi procedury leczenia bólu.

2.6. W latach 2015-2016 (do 31.08.) żaden z wewnętrznych ani zewnętrznych audytów nie był ukierunkowany ściśle na jakość leczenia bólu. Ocena leczenia bólu była jednym z kryteriów przeprowadzonych w tym okresie audytów. W 2015 r.¹⁴

¹⁴ Na oddziałach: Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii, Kardiologicznym dla dzieci z wadami wrodzonymi, Klinicznym Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych, Klinicznym Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży.

(w maju) oraz w 2016 r.¹⁵ (w marcu) w raportach z audytów zapisano jedynie „U pacjentów prowadzona jest terapia zgodnie z procedurą” lub „U pacjentów prowadzona jest karta dokumentacji postępowania przeciwbólowego.” Nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str.137-141;151-156)

2.7. W strukturach Szpitala funkcjonowała Poradnia Leczenia Bólu (dalej: „Poradnia”)¹⁶. Poradnia w 2016 r. świadczyła usługi pięć razy w tygodniu (od poniedziałku do środy od godz. 8;00 do 19;00, w czwartki od godz. 8;00 do 14;30, w piątki od godz. 8;00 do 14;00). Czas pracy Poradni odpowiadał warunkom określonym w umowie z Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „POW NFZ”). Porady udzielane były w 2015 r. przez lekarzy mających specjalizację z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii (średnioroczne zatrudnienie – 2 etaty), pielęgniarki (średnioroczne zatrudnienie – 2 etaty), w 2016 r. (do 31.08.2016 r.) przez lekarzy o wyżej wymienionej specjalizacji (średnioroczne zatrudnienie – 2,32 etatu) oraz pielęgniarki (średnioroczne zatrudnienie – 2,66 etatu). Zatrudnieni w Poradni lekarze posiadali kwalifikacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁷. W Poradni nie był zatrudniony psycholog. Leczenie bólu, według zaleceń Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu, powinno być wielokierunkowe¹⁸, a PTBB zaleca, aby w poradni leczenia bólu, poza lekarzem specjalistą anestezjologii, rehabilitantem i pielęgniarką, zatrudniony był psycholog¹⁹.

(dowód: akta kontroli str. 212-216;218)

Według wyjaśnień Prezesa Spółki, w wymogach Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia określonych dla Poradni nie ma obowiązku posiadania psychologa w strukturze Poradni. W latach 2013-2015 w warunkach dodatkowo ocenianych (do decyzji lub możliwości świadczeniodawcy) był psycholog kliniczny jako argument dodatkowo punktowany w konkursie ofert, obecnie nie wymagany. Zalecenia PTBB są wskazówką do organizacji leczenia bólu, a nie wymogiem prawnym. Spółka zapewnia jednak dostęp do psychologa dla pacjentów Poradni na żądanie lekarza prowadzącego. Zatrudniony w Szpitalu psycholog ma w zakresie obowiązków takie konsultacje.

(dowód: akta kontroli str.223-228)

Umowa z POW NFZ na świadczenia w zakresie leczenia bólu określona była na: w 2015 r. – 556.622,5 zł, w 2016 r. (do 31.08.) – 313.998,50 zł, a na świadczenia dla pacjentów pierwszorazowych: w 2015 r. – 37.944 zł, w 2016 r. (do 31.08.) – 37.935,50zł. W 2015 r. powyższa umowa wykonana została w obu zadaniach w 100%. Wykonanie umowy za osiem miesięcy 2016 r. w zakresie leczenia bólu wynosiło 273.972 zł, tj. 87,3%, a w zakresie leczenia bólu u pacjentów pierwszorazowych wynosiło 25.413,30 zł, tj. 67%.

(dowód: akta kontroli str.157-184)

Prezes Spółki wyjaśnił, że niepełne wykonanie umowy za okres od stycznia do końca sierpnia 2016 r. wynikał z faktu nieobecności lekarzy Przychodni

¹⁵ Na oddziałach: Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Klinicznym Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży, Otolaryngologicznym.

¹⁶ Umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – nr 11/000085/AOS/13/15 wraz z ugodą i nr 11/000085/AOS/13/16 wraz z aneksem.

¹⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 357.

¹⁸ Zobacz: <http://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal?navItemNumber=582>.

¹⁹ Zobacz: <http://ptbb.pl/o-ptbb/stanowiska-ptbb>; <http://www.mp.pl/bol/ekspert/90691,co-czwarty-dorosly-polak-cierpi-z-powodu-bolu>.

spowodowanej długoterminowymi zwolnieniami lekarskimi: w związku z wypadkiem jednego lekarza (zwolnienia od 21.01. do 10.06.2016 r.) i długotrwałą chorobą drugiego (zwolnienia w okresach: 20.02. – 18.03. i 22.06. – 15.08. 2016 r.). Celem zabezpieczenia obsługi wcześniej zarejestrowanych pacjentów, od marca 2016 r. został zaangażowany dodatkowo lekarz – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Pozwoliło to na nieprzerwane udzielanie świadczeń pacjentom najpilniej potrzebującym pomocy lub będącym w trakcie terapii.

(dowód: akta kontroli str.229-230)

Zgodnie z umową z POW NFZ, w miejscu udzielania świadczeń dostępne były: kardiomonitor, stymulator z zestawami elektrod do stymulowania nerwów obwodowych, zestaw do biostymulacji laserowej, zestaw do elektroterapii z osprzętem, zestawy do tens, aparat rentgenowski i stół radiologiczny wysokiej precyzji lokalizacji pacjenta, zestawy do laseroterapii, pulsoksymetr, aparat do termolezji, manometr oraz sprzęt jednorazowy do blokad przeciwbólowych, a w lokalizacji zestaw do magnetoterapii, aparat do krioterapii.

(dowód: akta kontroli str. 212-217)

W 2015 r. Poradnia udzieliła, z uwzględnieniem porad dla pacjentów pierwszorazowych, 7.191 porad (w tym porady pierwszorazowe stanowiły 12,3%), a w 2016 r. do 31.08. – 3.489 (w tym porady pierwszorazowe – 24,9%). Poradnia w okresie objętym kontrolą wykonała 9.155 zabiegów w 2015 r. i 2.293 zabiegów w 2016 r. (do 31.08.). Najczęściej wykonywanymi zabiegami w Poradni, w okresie objętym kontrolą, były m.in.: znieczulenie spłotów lub nerwów obwodowych powyżej 2 godzin (na pierwszym miejscu w 2015 r. – 25,6% i na drugim w 2016 r. – 32,8%), akupunktura, leczenie bólu przewlekłego (na pierwszym miejscu w 2016 r. – 37,5%, na drugim w 2015 r. – 21,1%), wstrzyknięcie leku do stawu lub więzadeł (8,5% w 2015 r. i 14,6% w 2016 r.), zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą (2,9% w 2015 r. i 7,6% w 2016 r.), dokanałowe wstrzyknięcie sterydów (2,6% w 2015 r. i 6,5% w 2016 r.).

Czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie do Poradni według stanu na 31.03.2015 r. wynosił 58 dni, na 30.09.2015 r. – 1 dzień²⁰, na 31.03.2016 r. – 102 dni, na 31.08.2016 r. – 64 dni.

(dowód: akta kontroli str.185-187;203)

2.8. Według stanu na 06 września 2016 r. Szpital zatrudniał psychologów na 2,16 etatu i jak wyjaśnił Wiceprezes ds. medycznych byli oni dostępni w zależności od potrzeb.

(dowód: akta kontroli str.142)

3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu uśmierzania bólu.

Opis stanu
faktycznego

W Szpitalu średnioroczne zatrudnienie personelu medycznego (w przeliczeniu na pełne etaty) wynosiło: w 2015 r. – 1.236,57, a w 2016 r.(do 31.08.) – 1.305,79, w tym odpowiednio: lekarze 392,39 i 427,54 i pielęgniarki 650,99 i 666,44. Lekarze anestezjolodzy w okresie objętym kontrolą stanowili 9,7% (38,15) zatrudnienia

²⁰ Dane dot. listy oczekujących na ten dzień są niekompletne z powodu zmiany systemu przez Szpital. Migracja danych z jednego do drugiego systemu nie była możliwa z powodu odmowy przekazania przez firmę danych w odpowiednim formacie. W związku z powyższym Spółka ma do dyspozycji tylko główną bazę danych pozbawioną szczegółowej dokumentacji technicznej, bez której niemożliwe jest samodzielne ustalenia danych takich np. jak dane osobowe pacjentów, terminarze, dane o zrealizowanych i zaplanowanych wizytach.

lekarzy ogółem, a pielęgniarki 9,3% w 2015 r. i 9,2% do 31.08.2016 r. zatrudnienia pielęgniarek ogółem.

W „Harmonogramie szkoleń” na 2015 r. przewidziano jedno szkolenie w temacie „Leczenie bólu”, na 2016 r. cztery tematy²¹, do realizacji w okresie: październik-listopad. Szkolenie „Leczenie bólu” odbyło się 17 listopada 2015 r. i uczestniczyło w nim 19 osób (m.in. z oddziałów Pediatrii i Gastroenterologii dla Dzieci, Kliniki Ortopedii, Neurochirurgii, Chirurgii Ogólnej, Wewnętrznej i Hipertensjologii, Udarowego).

Ponadto w okresie objętym kontrolą Zarząd Spółki współfinansował szkolenia, kursy, specjalizacje dla pielęgniarek i położnych (Spółka wspierała w kształceniu finansowo osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę) zawierające w swojej tematyce zagadnienia dotyczące terapii bólowej. Udział w tej formie szkolenia wzięły 72 osoby²². Lekarze, w większości świadczący pracę w ramach umów cywilnoprawnych, uczestniczyli w szkoleniach, kursach, konferencjach we własnym zakresie.

W Szpitalu dokonywane były „Obchody bólowe” przez lekarza anestezjologa – Przewodniczącego Zespołu Leczenia Bólu, który wyjaśnił, że obchód odbywa się jeden raz w miesiącu. W trakcie obchodu odwiedza głównie pacjentów pooperacyjnych, kontrolując prawidłowość terapii i zaleceń. Wizytacji podlegają również oddziały niezabiegowe, gdzie udzielane są porady i konsultowani są pacjenci. W trakcie obchodu prowadzi się konsultacje i edukację w kierunku leczenia bólu ostrego, jak i przewlekłego. Ponadto konsultacje lub szybkie interwencje udzielane są na bieżąco w przypadku konieczności zmiany w dotychczasowej terapii przeciwbólowej. Ich rezultaty nie były w żaden sposób dokumentowane.

(dowód: akta kontroli str.204-211;231-232)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie opracowano, dla wszystkich hospitalizowanych pacjentów zgłaszających dolegliwości bólowe, pisemnych procedur leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, o których mowa w § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²³ (dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych”). Procedury takie opracowano i wdrożono jedynie dla pacjentów, u których występuje ból ostry.

(dowód: akta kontroli str. 68-79)

Wiceprezes ds. medycznych Spółki wyjaśnił, że terapia przeciwbólowa u pacjentów cierpiących zarówno z powodu bólu ostrego/pooperacyjnego, jak i przewlekłego, prowadzona jest zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, w oparciu o standardy i rekomendacje towarzystw naukowych. Procedury w formie pisemnej opracowuje się co do zasady dla elementów procesu diagnostyczno-leczniczego wykonywanych rzadko oraz wymaganych przepisami prawnymi. Nie wynika z nich potrzeba administracyjnego opracowania procedury leczenia bólu przewlekłego. W ramach

²¹ „Farmakologiczne sposoby leczenia bólu”, „Pielęgniarka w procesie monitorowania bólu ostrego”, „Leczenie bólu w oddziałach zabiegowych”, „Receptariusz szpitalny – modyfikacje dotyczące leków przeciwbólowych”.

²² Szkolenia: „Terapia bólu ostrego u dorosłych” – 17 osób, „Leczenie ran” – 30 osób, kursy kwalifikacyjne: „Anestezjologia i intensywna opieka” – 8 osób, „Pielęgniarstwo chirurgiczne” – 10 osób, specjalizacje: „Pielęgniarstwo chirurgiczne” – 3 osoby, „Pielęgniarstwo operacyjne” – 4 osoby.

²³ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm. § 5a rozporządzenia dodany został przez § 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1441, ze zm.), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

procesu pielęgnowania pielęgniarka nadzoruje stan pacjenta, w tym bólu, swoje spostrzeżenia przekazuje lekarzowi, a ten po ocenie sytuacji dostosowuje leczenie do bólu. Zapisy o tych działaniach odnotowywane są w procesie pielęgnowania, a także w zaleceniach lekarskich. Szpital, przystępując do programu „Szpital bez bólu”, opracował i wdrożył procedurę uśmierzania bólu pooperacyjnego, co jest zbieżne z wymaganiami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

(dowód: akta kontroli str. 100-104)

Zdaniem NIK, w obecnym stanie prawnym nie znajduje uzasadnienia ograniczenie stosowania procedury leczenia bólu i oceny skuteczności tego leczenia jedynie do pacjentów odczuwających ból ostry (operowanych, po urazach). Do opracowania i wdrożenia takiej procedury, w myśl § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, obowiązany jest świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 ust. 1 tego rozporządzenia. Na świadczenia gwarantowane, których wykaz określa załącznik nr 1 do ww. rozporządzenia, składają się procedury medyczne stosowane zarówno w tzw. oddziałach zabiegowych, jak i w pozostałych oddziałach szpitalnych. Analogicznie – wykaz świadczeń gwarantowanych obejmuje rozpoznania (schorzenia) leczone zarówno w tzw. oddziałach zabiegowych, jak i w pozostałych oddziałach szpitalnych.

2. Dokumentacja medyczna 81 pacjentów, tj. 55,5% poddanych badaniu, zawierała nieprawidłowości w zakresie dokumentowania postępowania dotyczącego mierzenia poziomu natężenia bólu i skuteczności jego leczenia. I tak:

- w dokumentacji medycznej 35 pacjentów leczonych operacyjnie (z Oddziałów: 15 Chirurgii Ogólnej i 20 Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej), na 80 poddanych kontroli (60 z Chirurgii Ogólnej i 20 Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej), dokumentowanie postępowania w zakresie uśmierzania bólu 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 przetwarzania²⁴ oraz § 18 ust. 1 pkt 3 wcześniejszego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁵, zgodnie z którym historia choroby powinna zawierać informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu, oraz obowiązującą w tym zakresie Procedurą:
 - a) na Oddziale Chirurgii Ogólnej w 12 przypadkach²⁶ zaprzestano zapisów dot. monitorowania stopnia natężenia bólu w kdpp, pomimo iż pacjenci nadal zgłaszali dolegliwości bólowe i była prowadzona farmakoterapia przeciwbólowa, co potwierdzają wpisy w kartach opieki pielęgniarskiej (dalej: „kop”). Zgodnie z Procedurą, pomiarów natężenia bólu należało dokonywać do ustąpienia dolegliwości bólowych lub uzyskania poziomu bólu akceptowanego przez pacjenta. Kdpp prowadzone były przez czas od niepełnej doby do czwartej doby po zabiegu, w niektórych kdpp brakowało kompletu (6) pomiarów wymaganych obowiązującą Procedurą. W trzech przypadkach²⁷ brak było w kdpp wpisów dotyczących pomiarów natężenia

²⁴ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069, rozporządzenie weszło w życie z dniem 23 grudnia 2015 r.

²⁵ Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm., rozporządzenie obowiązywało do dnia 22 grudnia 2015 r.

²⁶ Dotyczy pacjentów zarejestrowanych w 2015 r. w księdze głównej szpitala pod numerami: 680; 688; 4.965; 5.183; 15.531; 15.153; 19.934; 34.414; 34.741; 39.301; 54.625; 54.732.

²⁷ Dotyczy pacjentów zarejestrowanych w 2015 r. w księdze głównej szpitala pod numerami: 5.088; 29.649; 29.658.

bólu, pomimo iż pacjenci otrzymywali, zgodnie z zaleceniami lekarza, leki przeciwbólowe (co potwierdzają wpisy w kop).

- b) na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej poziom natężenia bólu odnotowywany był w kartach gorączkowych, zamiast, zgodnie z Procedurą, w kdpp. W 14 poddanych badaniu przypadkach²⁸ poziom natężenia bólu u pacjentów operowanych badany był czterokrotnie w ciągu doby (zamiast, zgodnie z Procedurą, sześciokrotnie). W dwóch przypadkach²⁹ stwierdzono zasadnicze rozbieżności pomiędzy zapisami w kartach gorączkowych i kop. W obu przypadkach pomiary natężenia bólu nadal były odnotowywane w karcie gorączkowej, podczas gdy zgodnie z zapisami w kop pacjent w tym czasie został wypisany do domu (w jednym przypadku niezgodność jednego, a w drugim trzech dni). W trzech przypadkach³⁰, po przeprowadzonych operacjach, brak było wpisów w kartach gorączkowych o poziomie natężenia bólu, pomimo prowadzonego leczenia przeciwbólowego. Zgodnie z Procedurą, pomiarów natężenia bólu należało dokonywać do ustąpienia dolegliwości bólowych lub uzyskania poziomu bólu akceptowanego przez pacjenta. W trzech przypadkach³¹ zaprzestano zapisów dot. monitorowania stopnia natężenia bólu w karcie gorączkowej, pomimo iż pacjenci nadal zgłaszali dolegliwości bólowe i była prowadzona farmakoterapia przeciwbólowa. Zapisy w kartach gorączkowych prowadzone były przez czas od niepełnej doby do czwartej doby po zabiegu. W kartach tych brakowało w ciągu doby nawet 4 pomiarów przeprowadzanych na ww. Oddziale (np. przeprowadzono pomiary jedynie w II dobie po zabiegu, przeprowadzono jeden lub trzy pomiary na dobę).

(dowód: akta kontroli str.108-126)

- zgodnie z § 17 ust. 1 pkt 4 wyżej cytowanego rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz § 18 ust. 1 pkt 3 wcześniejszego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania historia choroby powinna zawierać informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.

W przypadku 46 pacjentów³², tj. 69,7% leczonych zachowawczo, którzy w wywiadzie przeprowadzonym przy przyjęciu do Szpitala lub w czasie pobytu w Szpitalu zgłaszali dolegliwości bólowe, na 66 poddanych badaniu, w historii choroby (dokumentacji medycznej) pacjentów stwierdzono brak usystematyzowanych informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności jego leczenia. Jeśli w dokumentacji medycznej odnotowywano natężenie bólu (jednorazowo, nie każdego dnia obserwacji), to w kop stosowano skalę słowną, np. ból silny, słaby, umiarkowany, czasami podając dodatkowy opis, np. „podane leki łagodzą dolegliwości bólowe”, „chory obolały, podane leki przeciwbólowe znoszą ból na krótko”.

(dowód: akta kontroli str.117-123;188-193)

Prezes Spółki wyjaśnił, że nie ma możliwości określenia jednoznacznej przyczyny zaistniałych błędów. Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji wynikają

²⁸ Dotyczy pacjentów zarejestrowanych w 2015 r. w księdze głównej szpitala pod numerami: 1.274; 1.276; 1.287; 1.340; 1.441; 1.443; 1.888; 5.474; 6.366; 6.802; 13.122; 15.823; 20.712; 55.146.

²⁹ Dotyczy pacjentów zarejestrowanych w 2015 r. w księdze głównej szpitala pod numerami: 1.276; 1.340.

³⁰ Dotyczy pacjentów zarejestrowanych w 2015 r. w księdze głównej szpitala pod numerami: 1.352; 17.333; 12.679.

³¹ Dotyczy pacjentów zarejestrowanych w 2015 r. w księdze głównej szpitala pod numerami: 1.285; 1.308; 18.442.

³² Z następujących Oddziałów: 15 – Chirurgii Ogólnej, 20 – Dermatologii; 11 – Chorób Wewnętrznych i Geriatrii.

najczęściej z dużej rotacji pacjentów (na oddziałach zabiegowych), znacznego obciążenia pracą personelu medycznego a zwłaszcza pielęgniarek, nadmiaru wymogów administracyjnych związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej podczas opieki nad pacjentem, nieznajomości lub błędnej interpretacji wymagań zawartych w procedurach. Dokumentacja medyczna jest niewątpliwie bardzo istotnym elementem w procesie świadczenia usług zdrowotnych, jednak bezpośrednia obecność pielęgniarki przy pacjencie jest wartością najważniejszą. Nawet, gdy w niektórych przypadkach działania personelu nie znajdują potwierdzenia w dokumentacji medycznej, to na podstawie analizy satysfakcji pacjentów oraz braku skarg dotyczących terapii przeciwbólowej można wnioskować, że pacjenci są zadowoleni z opieki w Szpitalu i nie cierpią z powodu bólu.

(dowód: akta kontroli str.219-222)

W ocenie NIK podane przez Pana Prezesa argumenty wprawdzie wyjaśniają przyczyny powstania nieprawidłowości lecz ich nie mogą usprawiedliwiać.

Uwaga dotyczące
badanej działalności

Edukacja w zakresie metod zwalczania bólu dla pacjentów odczuwających ból przewlekły prowadzona była na oddziałach Szpitala przez pielęgniarki w formie ustnej. Istotnym elementem postępowania przeciwbólowego jest właściwa edukacja pacjenta, polegająca na przekazaniu również pisemnej informacji o bólu i metodach jego leczenia, np. w formie 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, analgezia porodu, bóle pochodzenia naczyniowego, stenokardialne), jak i z zespołami bólu przewlekłego pochodzenia nowotworowego i nienowotworowego³³.

(dowód: akta kontroli str. 103)

IV. Uwagi i 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 Kontroli³⁴, wnosi o:

1. Opracowanie i wdrożenie procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu przewlekłego.
2. Zapewnienie przestrzegania przez personel Szpitala procedur wewnętrznych dotyczących identyfikacji i monitorowania skuteczności leczenia bólu.
3. Odnotowywanie w historii choroby pacjentów Szpitala informacji na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia.

³³ Zobacz np.: „Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym”, dostępne pod adresem: <http://www.polanest.webd.pl/pliki/wytyczne2.html>.

³⁴ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika 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 Gdańsku.

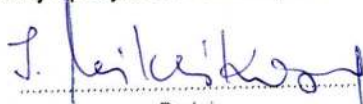
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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.

Gdańsk, dnia 11 października 2016 r.

Kontroler
Iwona Miklikowska
Główny specjalista kontroli państwowej


Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

Dyrektor


p.o. WICEDYREKTORA DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku

Teresa Sawicka
Podpis