



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.016.03.2016

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	Henryk Świtoński, upoważnienie do kontroli nr LGD/70/2016 z dnia 31.08.2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy Sp. z o.o., ul. dr. A. Jagalskiego 10, 84-200 Wejherowo (dalej: „Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Zieleniewski, Prezes Zarządu ¹ (dowód: akta kontroli str. 2,5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W ocenie NIK², zorganizowany w Szpitalu system leczenia bólu nie umożliwił w pełni rzetelnego monitorowania jego skuteczności.

Dla oddziałów szpitalnych opracowano i wdrożono wprawdzie procedury leczenia bólu, a personel medyczny podejmował działania w zakresie leczenia bólu (np. w postaci farmakoterapii), jednak w wielu objętych kontrolą przypadkach odbywało się to z pominięciem istotnych dla skutecznego leczenia zasad. Świadczą o tym:

- niezamieszczanie w dokumentacji medycznej pacjentów (z oddziałów: Neurologii oraz Chorób Płuc – 100% skontrolowanych historii choroby, a Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Urologii i Urologii Onkologicznej oraz Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – 35,2%) odczuwających ból, systematycznych informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności jego leczenia, co było niezgodne odpowiednio 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 przetwarzania³ (dalej: „rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie dokumentacji medycznej”) oraz § 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 (dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej”) oraz,
- nieskuteczne mechanizmy nadzoru, które nie wyeliminowały nieprawidłowości w zakresie dokumentowania przebiegu leczenia i monitorowania skuteczności leczenia bólu oraz stosowania wytycznych procedury w tym zakresie.

¹ W Szpitalu funkcjonuje Zarząd jednoosobowy.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna; jeżeli sformułowania oceny ogólnej wg proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą stosuje się ocenę opisową.

³ Dz. U. Nr 252 poz. 1697, ze zm. Rozporządzenie obowiązywało do 22 grudnia 2015 r.

⁴ Dz. U. poz. 2069. Rozporządzenie obowiązuje od 23 grudnia 2015 r.

Personel medyczny Szpitala podnosił kwalifikacje z zakresu leczenia bólu, a pacjentom zapewniono możliwość uzyskania informacji o ich prawach oraz o metodach, skutkach i korzyściach znieczulenia i uśmierzania bólu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Informowanie pacjentów o możliwościach i metodach uśmierzania bólu.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Szpital, zgodnie z dyspozycją art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵ (dalej: „ustawa o prawach pacjenta”), udostępniał pacjentom informację o prawach pacjenta w formie pisemnej do wglądu lub przekazywał na zawsze, jeśli pacjent wyrażał taką wolę, również w językach: angielskim, niemieckim i rosyjskim. Informacje o prawach pacjenta umieszczano na 57 tablicach ogłoszeń Szpitala, w tym m.in. na holach głównych, korytarzach, salach oddziałów.

Na 6 tablicach ogłoszeń w poczekalniach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, na Oddziale Chirurgii Dziecięcej oraz przy wejściu do pawilonu łóżkowego zamieszczono Kartę Praw Dziecka Pacjenta.

Informacja o prawach pacjenta nie odnosiła się wprost do prawa pacjenta do uśmierzania bólu – zawierała zapis, że pacjent ma prawo oczekiwać od całego personelu Szpitala m.in. poszanowania intymności i godności. Natomiast w Karcie Praw Dziecka Pacjenta zapisano m.in., że personel Szpitala stara się łagodzić ból i unikać zbędnych stresów fizycznych i emocjonalnych u dziecka.

Informację o prawach pacjenta Szpital zamieścił również na stronie internetowej⁶.

Przyjęci do Szpitala pacjenci byli indywidualnie zapoznawani przez pielęgniarkę z ich prawami, co potwierdzali podpisem w Historii pielęgnowania – zgodnie z wymogiem art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁷.

Na tablicach ogłoszeń zamieszczano informację o możliwości udostępnienia przez pielęgniarki tekstu ustawy o prawach pacjenta, na życzenie pacjenta.

W Szpitalu powołano Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, który był dostępny od poniedziałku do piątku w godzinach pracy (7.00-15.00). Interwencje miały charakter osobistych rozmów bezpośrednich lub telefonicznych, a problemy rozwiązywano na bieżąco.

(dowód: akta kontroli, str. 78-97,150)

1.2. Chorych przyjmowanych do Szpitala informowano o skutecznych metodach zwalczania bólu ostrego i/lub pooperacyjnego, co pacjenci potwierdzali podpisem w Historii pielęgnowania (w 85,6% kontrolowanych historiach choroby). W pozostałych przypadkach w dokumentacji medycznej nie było takiej informacji (14,4%).

Dyrektor ds. Medycznych Szpitala wyjaśniła, że dokumentacja medyczna wewnętrzna, w tym Historia pielęgnowania, podlegała aktualizacji. Wcześniej stosowany dokument nie zawierał w swej treści obowiązku edukacji pacjenta w zakresie leczenia bólu, a aktualnie obowiązujący już taki obowiązek zawiera. Ponadto stwierdziła, że pacjentom przekazywano informacje dotyczące skutecznych metod zwalczania bólu podczas rozmowy z pacjentem, wręczając

⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.

⁶ www.szpital.wejherowo.pl/prawa-pacjenta.

⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1251.

mu ulotki informacyjne dotyczące leczenia bólu, a pacjentom na oddziałach zabiegowych ulotki dotyczące bólu pooperacyjnego⁸.

W ulotkach tych wskazywano m.in., że ból jest doznaniem towarzyszącym wielu chorobom, a jego leczenie poprawia komfort życia i wspomaga powrót do zdrowia. Informowano również o możliwości wystąpienia bólu pooperacyjnego, skutecznego leczenia, o poddawaniu pacjenta okresowej ocenie natężenia bólu i konieczności informowania personelu medycznego o jego nasileniu, metodach leczenia bólu, występowaniu działań niepożądanych, a także o prawie do zadawania pytań dotyczących odczuwania bólu i postępowania w celu jego zwalczania.

(dowód: akta kontroli, str. 39-40,65-66, 93-95, 154-156)

Przed zabiegiem operacyjnym konsultujący lekarz anestezjolog informował pacjenta o wdrożeniu po zabiegu leczenia przeciwbólowego, w tym o znieczuleniu ogólnym, regionalnym oraz o innych działaniach związanych ze znieczuleniem, co pacjent potwierdzał podpisem pod zgodą na operację w Karcie anestezjologicznej. Ponadto lekarz prowadzący udzielał pacjentowi informacji o metodach leczenia, sposobie przeprowadzenia operacji i ryzykach z nią związanych oraz sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu, a także o możliwości zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego. Uzyskanie od lekarza jasnych i zrozumiałych informacji pacjent potwierdzał podpisem w Karcie zgoda na zabieg operacyjny.

(Dowód: akta kontroli str. 186-188)

- 1.3. Przy wypisie ze Szpitala, w Karcie informacyjnej leczenia szpitalnego pacjentów informowano, w formie pisemnej, o dalszym zalecanym postępowaniu, a w przypadku bólu przewlekłego wypisywano recepty na leki przeciwbólowe. Pacjent pozostawał pod opieką przychodni specjalistycznej Szpitala lub lekarza rodzinnego.

(Dowód: akta kontroli str. 180-182)

- 1.4. W okresie 2015-2016 (do 31 sierpnia) do Szpitala nie wpłynęły skargi pacjentów leczonych w Szpitalu, dotyczące leczenia i uśmierzania bólu.

(Dowód: akta kontroli str. 82)

2. Organizacja procesu leczenia bólu

Opis stanu
faktycznego

- 2.1. W Szpitalu opracowano i wdrożono procedury:

- postępowanie przeciwbólowe w Szpitalu⁹ (obowiązywała od 27.05.2011 r.),
- zewnątrzoponowego znieczulenia porodu¹⁰ (obowiązywała od 07.03.2012 r.).

Wymóg opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu wynika z § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego¹¹ (przepis ten obowiązuje od dnia 1 stycznia 2015 r.).

(dowód: akta kontroli, str.10 - 45)

- 2.1.1. Obowiązek stosowania Procedury postępowanie przeciwbólowe w Szpitalu (dalej: „Procedura”) dotyczył prawie wszystkich oddziałów Szpitala¹². Celem Procedury było ujednolicenie zasad postępowania przeciwbólowego

⁸ Załącznik do Procedury QP-086/MLP.

⁹ Procedura Zintegrowanych Systemów Zarządzania Jakością QP-086/MLP (wydanie 2). Wcześniej obowiązywała Procedura Zintegrowanych Systemów Zarządzania (wydanie 1) od dnia 27.05.2011 r.

¹⁰ Procedura Zintegrowanych Systemów Zarządzania Jakością QP-109/MLP (wydanie 1).

¹¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.

¹² Z wyłączeniem oddziałów: Intensywnej Terapii oraz Położnictwa i Ginekologii.

w odniesieniu do wszystkich pacjentów, którzy takiego leczenia wymagają. W pkt. 5 Procedury zobowiązano m.in. lekarzy zlecających postępowanie przeciwbólowe do stosowania zaleceń Polskiego Towarzystwa Badania Bólu¹³ (dalej: „PTBB”). Opisano m.in.: sposób postępowania, a także odpowiedzialność i uprawnienia lekarzy i pielęgniarek, wykaz dokumentów związanych z realizacją Procedury oraz wskazano Koordynatora ds. Leczenia Bólu jako nadzorującego i kontrolującego przebieg Procedury. Załącznikami do Procedury były m.in. wzory kart: postępowania przeciwbólowego, zaleceń lekarskich i ich realizacji, leków, postępowania przeciwbólowego, monitorowania bólu noworodka, zalecenia podczas leczenia bólu pooperacyjnego: z wykorzystaniem cewnika zewnątrzoponowego oraz w zależności od kategorii zabiegu. Określono również postępowanie wobec pacjenta operowanego w trybie pilnym, w trybie dyżurowym, z cewnikiem ZOP¹⁴ do ciągłego podawania analgezji śródoperacyjnej i pooperacyjnej, przy pielęgnacji pacjenta na oddziale macierzystym, a także postępowanie przeciwbólowe u noworodków na Oddziale Neonatologii.

(Dowód: akta kontroli str. 18-77)

2.1.2. Procedura zewnątrzoponowego znieczulenia porodu (dalej: „Procedura znieczulenia porodu”) dotyczyła Oddziału Intensywnej Terapii oraz Oddziału Położnictwa i Ginekologii, a jej celem było zapewnienie pacjentkom rodzącym bezpieczeństwa i skutecznego łagodzenia bólu porodowego. Określając sposób postępowania wskazano: osoby wykonujące Procedurę znieczulenia porodu, warunki kwalifikacji do znieczulenia porodu, wymagania kadrowe wymagane od osób wykonujących znieczulenie, zabezpieczenie sprzętowe, procedury do wykonania, leki używane do znieczulenia. Jako osoby odpowiedzialne za prawidłowe wykonanie Procedury znieczulenia porodu wskazano lekarza specjalistę z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarkę lub położną anestezjologiczną (każdy w swoim zakresie). Dokumentem związanym z Procedurą znieczulenia porodu była karta znieczulenia. Na realizację Procedury znieczulenia porodu wymagana była zgoda pacjentki poprzez podpis na formularzu, w którym informowana była m.in. o celu i sposobie wykonania znieczulenia, konieczności stałego monitorowania stanu zdrowia, przeciwwskazaniach, ewentualnych powikłaniach oraz o możliwych, trudnych do przewidzenia komplikacjach.

Do nadzoru oraz kontroli nad prawidłowym przebiegiem Procedury znieczulenia porodu wyznaczono dyrektorów ds.: medycznych oraz pielęgniarstwa i organizacji opieki.

(dowód: akta kontroli, str.10-17)

2.2. Wdrożone procedury były m.in. podstawą ubiegania się o certyfikat „Szpital bez bólu”, który Szpital otrzymał 16.03.2016 r. z ważnością na okres trzech lat. Certyfikat był potwierdzeniem spełnienia przez Szpital kryteriów wymaganych przez PTBB oraz wprowadzenia najwyższych standardów uśmierzania bólu pooperacyjnego. Z informacji o uzyskaniu certyfikatu, zamieszczonej na 10 tablicach ogłoszeń Szpitala, pacjenci mogli się dowiedzieć, że w Szpitalu: prowadzi się regularne pomiary nasilenia bólu, pacjenci są informowani o możliwościach i metodach uśmierzania bólu, leczenie bólu jest zgodne z aktualnymi zaleceniami i rekomendacjami, monitoruje się bezpieczeństwo

¹³ Wersja 1 Procedury postępowanie przeciwbólowe w Szpitalu obowiązywała od 27.05.2011 r. i uwzględniała zalecenia PTBB z 2008 r., a w wersji 2 obowiązywała od 20.04.2016 r. i uwzględniała zalecenia PTBB z 2014 r.

¹⁴ Cewnik Zewnątrzoponowy.

terapii oraz prowadzona jest dokumentacja postępowania przeciwbólowego, a personel medyczny ukończył specjalistyczne szkolenie.

(dowód: akta kontroli, str.88, 92-95, 97)

- 2.3. Identyfikacja pacjentów wymagających postępowania przeciwbólowego odbywała się przy przyjmowaniu pacjenta na Szpitalny Oddział Ratunkowy, gdzie lekarz przyjmujący pacjenta odnotowywał w historii choroby fakt istnienia bólu. Zgodnie z Procedurą pacjentom zakładano Kartę postępowania przeciwbólowego, w której zapisywano pomiary natężenia bólu przed i po podaniu leków według wskazań lekarza prowadzącego, co najmniej cztery razy na dobę. Dla pacjentów poddanych zabiegom zakładano Kartę indywidualnej obserwacji, prowadzonej nie dłużej niż jedną dobę, w której odnotowywano natężenie bólu, nawet co 15 minut, w celu oceny skuteczności podawanych leków przeciwbólowych. Jeżeli zastosowana terapia była skuteczna, pomiary natężenia bólu wykonywano co 1-2 godzin.

(Dowód: akta kontroli str. 63, 183-185)

- 2.4. Sposób dokumentowania zastosowanego postępowania przeciwbólowego sprawdzono na próbie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów przebywających w Szpitalu w 2015 r. (45 dokumentacji) i 2016 r. (143 dokumentacje). Przeprowadzono kontrolę 70 historii choroby na oddziałach: Chorób Płuc (30) oraz Neurologii (40) oraz 118 historii choroby pacjentów z oddziałów zabiegowych: Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej (20), Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (48), Urologii i Urologii Onkologicznej (50). Ustalono, że dokumentacja medyczna nie była prowadzona zgodnie z obowiązującą w Szpitalu Procedurą. Dotyczyło to głównie braku zapisów dotyczących monitorowania bólu w kartach: postępowania przeciwbólowego¹⁵ (w 32,3% z 136 kontrolowanych historii choroby pacjentów odczuwających ból), gorączkowych (100%), a także nieoceniania bólu pacjentów w skali liczbowej od 0-10 przy przyjęciu pacjenta oraz w Obserwacjach pielęgniarstwa i Obserwacjach lekarskich¹⁶ (83,1%). Stwierdzono również niesystematyczne monitorowanie natężenia bólu, mimo prowadzenia terapii przeciwbólowej w założonych kartach: postępowanie przeciwbólowe¹⁷ (16,1%), obserwacji pacjenta (5,1%).

(Dowód: akta kontroli str.160-173)

- 2.5. Prezes Zarządu Szpitala, 3 kwietnia 2015 r., powołał Zespół ds. terapii bólu¹⁸ (dalej: „Zespół ds. bólu”). W skład Zespołu ds. bólu wchodziło 12 osób, w tym: dwóch lekarzy anestezjologów, lekarze: ortopeda, chirurg, ginekolog, neonatolog oraz 6 pielęgniarek, w tym 3 anestezjologiczne. Na poszczególnych oddziałach Szpitala wyznaczono pielęgniarkę odpowiedzialną za współpracę z Zespołem ds. bólu. Do zadań Zespołu ds. bólu należało m.in. wsparcie i edukacja dla personelu oddziałów Szpitala, nadzór nad identyfikacją pacjentów oraz koordynowanie stosowanej terapii, audytowanie jakości opieki nad pacjentami, opracowanie i doskonalenie procedur, nadzór nad przestrzeganiem

¹⁵ Dotyczyło to skontrolowanych historii choroby oddziałów: Neurologii – 29, Chorób Płuc – 16, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – 3.

¹⁶ Dotyczyło to skontrolowanych historii choroby oddziałów: Neurologii- 22, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – 20, Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – 47, Urologii i Urologii Onkologicznej – 24.

¹⁷ Dotyczyło to skontrolowanych historii choroby oddziałów: Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – 12 (61 pomiarów), Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – 7 (8 pomiarów), Urologii i Urologii Onkologicznej – 3.

¹⁸ Zarządzenie wewnętrzne Nr QZ 26/2015 Prezesa Zarządu Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy Sp. z o.o. z siedzibą w Wejherowie (dalej: „Zarządzenie z 3 kwietnia 2015 r.”) w sprawie powołania Zespołu ds. terapii bólu. Wcześniej obowiązywało Zarządzenie Nr QZ108/2014 z 10 września 2014 r. w sprawie powołania Zespołu ds. terapii bólu

opracowanych procedur, opracowanie planów szkoleń oraz ich koordynacja i realizacja.

Zespół ds. bólu prowadził rejestr powikłań w prowadzonej terapii przeciwbólowej. W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w rejestrze tym nie odnotowano przypadków powikłań polekowych.

(dowód: akta kontroli, str.48, 101-117)

- 2.6. W Szpitalu opracowano i wdrożono schematy leczenia bólu dla poszczególnych kategorii schorzeń. W załącznikach do Procedury określono sposób kategoryzowania pacjentów oraz rekomendowano postępowanie przeciwbólowe przy operacjach (3 kategorie) oraz w ginekologii i położnictwie (4 kategorie). Ponadto określono schematy postępowania w przypadku pacjenta, operowanego w trybie pilnym, planowym, dyżurnym, pacjenta z cewnikiem¹⁹ do ciągłego podawania analgezji śródoperacyjnej i pooperacyjnej, a także postępowanie przeciwbólowe u noworodków na Oddziale Neonatologii.

(dowód: akta kontroli, str. 67-68, 81)

- 2.7. Pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu, w przypadkach tego wymagających, zapewniono dostęp do pomocy psychologicznej udzielanej przez zatrudnionych w nim psychologów w ramach konsultacji i terapii psychologicznych. W skontrolowanych historiach choroby odnotowano 2 pacjentów²⁰, z bólem przewlekłym, skierowanych na konsultacje psychologiczne.

Szpital zatrudniał średniorocznie 4 psychologów, w tym dwóch klinicznych.

Jak wyjaśniła Dyrektor ds. medycznych Szpitala, byli oni dostępni w dni robocze w podstawowych godzinach pracy oraz w trybie dyżurnym – wezwanie na telefon.

(dowód: akta kontroli, str.150)

- 2.8. W Szpitalu wdrożono system kontroli jakości leczenia bólu, m.in poprzez bieżące monitorowanie i analizowanie skuteczności podawanych pacjentom leków oraz ocenę dokumentacji dotyczącej leczenia i monitorowania bólu wykonywaną przez Zespół ds. bólu. Zespół ds. bólu dokonywał analizy skuteczności leczenia bólu²¹ oraz dokumentacji medycznej dwukrotnie w ciągu roku, tj. do 30 września i do 31 marca. Jako wskaźnik oceny skuteczności leczenia bólu przyjmowano procentowy udział pacjentów operowanych na bloku operacyjnym z uszkodzeniem tkanek powyżej II stopnia do liczby pacjentów, u których w pierwszej dobie po operacji natężenie bólu NRS było równe lub mniejsze niż 4. W I półroczu 2015 r. wskaźnik ten wyniósł 90% (pacjentów zgłaszających takie dolegliwości bólowe było 23, tj. 10% ogółu operowanych), w II półroczu – 99% (2 pacjentów, tj.1% ogółu), a w I półroczu 2016 r. – 98,6% (2 pacjentów, tj. 1,4% ogółu).

Analizą dokumentacji medycznej pacjentów objętych leczeniem bólu objęto w 2015 r. 241 historii choroby. Stwierdzono m.in., że w 113 przypadkach (46,9% kontrolowanych) nie wpisano w karcie wywiadu pielęgniarskiego istnienia lub braku bólu, a w 14 przypadkach (10% wpisanych zaleceń) nie autoryzowano wykonania wpisu lekarza dotyczącego leku przeciwbólowego, nie wyjaśniając wpisem przyczyny odstąpienia od podania leku (np. pacjent nie wymagał podania leków przeciwbólowych, zastosowano naturalne metody łagodzenia bólu, pacjent wypisany z oddziału). W I półroczu 2016 r. analizowano 156 historii

¹⁹ ZOP- zewnątrzoponowe znieczulenie porodu.

²⁰ Dotyczyło to historii choroby o nr 12140/15 oraz 13498/15)

²¹ Zgodnie z wymogiem załącznika do zarządzenia wewnętrznego Nr QZ73/2015 Prezesa Zarządu Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy Sp. z o.o. z siedzibą w Wejherowie z dnia 29 lipca 2015 r. w sprawie powołania komisji ds. skuteczności leczenia (dalej: „Komisja ds. skuteczności leczenia”).

choroby, gdzie w 68 przypadkach (43,6% kontrolowanych) nie dokonano identyfikacji bólu, a w 9 przypadkach (11,3% wpisanych zleceń) nie autoryzowano wykonania zlecenia.

Wg wyjaśnienia koordynatora Zespołu ds. bólu, wyniki analiz dokumentacji medycznej były przedstawiane Komisji ds. skuteczności leczenia oraz omawiane na okresowych szkoleniach personelu medycznego w oddziałach Szpitala, a ustalenia przewidziano do ponownej kontroli w przyszłości.

(dowód: akta kontroli, str. 98-116, 118-122)

Prezes Zarządu powołał w 2015 r.²² 44, a w 2016 r.²³ 35 pracowników Szpitala na audytorów celem przeprowadzenia audytów wewnętrznych Zintegrowanego Systemu Zarządzania. Audyt wewnętrzny w zakresie bólu dokonywany był w ramach tematów „Realizacja świadczeń zdrowotnych na oddziałach, poradniach, zakładach” oraz „Nadzór nad lekami”, w oparciu o indywidualną dokumentację medyczną. W przeprowadzonych audytach sprawdzano, czy prowadzona jest dokumentacja w zakresie oceny bólu? Zespół audytorów nie stwierdził nieprawidłowości w tym zakresie, wykazanych w późniejszej kontroli NIK.

(dowód: akta kontroli, 133-139, 150, 174-179)

Szpital przeprowadzał badanie opinii pacjentów oddziałów celem monitorowania jakości świadczeń medycznych udzielanych pacjentom dorosłym oraz dzieciom. Pacjentów dorosłych pytano, czy podczas pobytu w Szpitalu personel dbał, aby pacjent nie odczuwał bólu? Dzieci proszono o ocenę bólu podczas zabiegów medycznych. Po ankiecie przeprowadzonej w II półroczu 2015 r. pozytywną ocenę wystawiło 305 pacjentów (93% ankietowanych). Wśród dzieci, na ból podczas zabiegów medycznych skarżyło się 35 pacjentów, tj. połowa ankietowanych.

(dowód: akta kontroli, str.123-131)

- 2.9. Zespół ds. bólu prowadził rejestr powikłań w prowadzonej terapii przeciwbólowej. W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) nie odnotowano przypadków powikłań polekowych.

(dowód: akta kontroli, str.117)

- 2.10. W strukturze Szpitala nie wyodrębniono poradni leczenia bólu. Spośród 188 pacjentów, których historie choroby objęto kontrolą, do poradni leczenia bólu nie skierowano żadnej osoby. Szpital nie prowadził ewidencji skierowań pacjentów do poradni specjalistycznych, w tym do poradni leczenia bólu.

Dyrektor ds. Medycznych Szpitala wyjaśniła, że uruchomienie poradni leczenia bólu wymaga realizacji świadczeń w oparciu o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, uzyskany w trybie konkursu ofert. Ostatni taki konkurs odbył się w 2013 r. W tym okresie Szpital nie dysponował odpowiednią kadrą lekarską – specjalistami anestezjologii i intensywnej terapii. Istotnym powodem był również niski poziom finansowania świadczeń w poradni przez NFZ.

Ponadto Dyrektor stwierdziła, że na terenie województwa pomorskiego dostępność do poradni leczenia bólu nie została zapewniona w sposób wystarczający.

²² Zarządzenie wewnętrzne QZ 16/2015 z dnia 4.03.2015 r. Prezesa Zarządu Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy Sp. z o.o. z siedzibą w Wejherowie w sprawie przeprowadzenia audytów wewnętrznych Zintegrowanego Systemu Zarządzania w 2015 r.

²³ Zarządzenie wewnętrzne QZ 3/2016 z dnia 12.01.2016 r. Prezesa Zarządu Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy Sp. z o.o. z siedzibą w Wejherowie w sprawie przeprowadzenia audytów wewnętrznych Zintegrowanego Systemu Zarządzania w 2016 r.

Pacjentom wypisywanym ze Szpitala w Karcie informacyjnej określano sposób dalszego postępowania, wypisywano recepty na środki przeciwbólowe i wyznaczano termin wizyty kontrolnej w przychodni specjalistycznej Szpitala, a w przypadku bólu przewlekłego pacjentów kierowano do lekarza medycyny rodzinnej celem dalszej opieki.

(dowód: akta kontroli str. 80-83, 150)

3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu leczenia bólu.

3.1. W Szpitalu zatrudnionych było w 2015 r. 1.192 pracowników²⁴, z których 946 należało do personelu medycznego. Lekarzy było 224, a pielęgniarek i położnych 429 (w tym lekarzy anestezjologów 21 i pielęgniarek anestezjologicznych 40). W 2016 r. zatrudnienie ogółem wynosiło 1.212 pracowników²⁵, w tym personel medyczny stanowiło 965 pracowników. Lekarzy zatrudniano 236 a pielęgniarek 426, w tym lekarzy anestezjologów 24 i pielęgniarek anestezjologicznych 44.

(dowód: akta kontroli, str.139)

W Szpitalu opracowano Harmonogramy szkoleń wewnętrznych na rok 2015 oraz na rok 2016 (dalej: „Harmonogramy Szpitala”), w których przewidziano m.in. szkolenia z zakresu zasad prowadzenia dokumentacji medycznej, praw pacjenta oraz zasad terapii bólu – patofizjologia i leczenie bólu. Każdy z oddziałów Szpitala oraz Zespół ds. bólu opracował własny Roczny harmonogram szkoleń wewnętrznych, uwzględniający tematy wskazane w Harmonogramie Szpitala oraz tematy wskazane przez kierownictwo oddziałów.

Zadania z zakresu szkoleń wewnętrznych dotyczących leczenia bólu organizował Zespół ds. bólu, realizując m.in. wytyczne wynikające z Zarządzenia z 3 kwietnia 2015 r., Procedury, a także Certyfikatu „Szpital bez bólu”. Tematy szkoleń przeprowadzone w Szpitalu przez Zespół ds. bólu, w latach 2015-2016 (do 30 sierpnia), były następujące:

- zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym,
- monitorowanie bólu jako element skutecznej terapii,
- terapia bólu u pacjentów chirurgicznych,
- terapia bólu ostrego – wytyczne PTBB 2014,
- rola pielęgniarki w terapii bólu,
- terapia bólu ostrego po zabiegach ginekologicznych,
- nowoczesna terapia przeciwbólowa,
- „mały pacjent” monitorowanie bólu, skuteczna terapia,
- terapia przeciwbólowa w sali nadzoru,
- monitorowanie bólu po małoinwazyjnych zabiegach kardiologicznych,
- monitorowanie bólu u pacjentów z zaburzoną komunikacją werbalną.

(dowód: akta kontroli, str.140)

Zakres tematyczny odbytych szkoleń był zgodny ze szkoleniami rekomendowanymi przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu i Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

²⁴ Zatrudnienie średnioroczne w zaokrągleniu do 1 pracownika.

²⁵ Zatrudnienie średnioroczne do 31.08.2016 r. w zaokrągleniu do 1 pracownika.

W Szpitalu przeprowadzono w 2015 r. 23 szkolenia wewnętrzne²⁶, w których uczestniczyło 451 osób personelu medycznego, a w 2016 r. 9 szkoleń²⁷, w których uczestniczyły 134 osoby.

Szpital delegował pracowników na kursy, staż i praktykę w celu podwyższenia ich kwalifikacji z zakresu leczenia bólu. I tak:

–kurs specjalistyczny z zakresu terapii bólu ostrego u dorosłych – ukończyło 13.07.2015 r. 38 pielęgniarek, a 8.01.2016 r. 42 pielęgniarki. Ogółem²⁸ w Szpitalu zatrudnionych było 125 pielęgniarek, które ukończyły ww. kurs specjalistyczny.

Ponadto kursy nt. „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej terapii” oraz „Pielęgniarstwo Chirurgiczne”, w których leczenie bólu było jednym z elementów szkolenia, ukończyło w 2015 r. 10 pielęgniarek, a w 2016 r. 24 pielęgniarki.

(dowód: akta kontroli, str.141-146)

Ponadto:

–staż w Poradni Leczenia Bólu w Warszawie odbył w październiku 2015 r. jeden lekarz,

–kurs nt. „Diagnostyka i leczenie bólu”, organizowany w czerwcu 2016 r. przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ukończył jeden lekarz,

–kurs nt. „Onkologia”, organizowany w czerwcu 2016 r. przez Gdański Uniwersytet Medyczny, gdzie jednym z tematów był ból w terminalnej fazie choroby nowotworowej, ukończył jeden lekarz,

–w IX zjeździe PTBB, we wrześniu 2016 r., uczestniczyło 7 lekarzy anestezjologów oraz 2 pielęgniarki.

(dowód: akta kontroli, str.147-148)

Według wyjaśnienia Prezesa Zarządu, podstawą kierowania na kursy i szkolenia osób spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych był zakres zadań, które realizują na swoich stanowiskach pracy, odnoszących się w szczególności do diagnostyki, monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego, przewlekłego, porodowego.

(dowód: akta kontroli, str.147-149)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W dokumentacji medycznej:

- 29 pacjentów z Oddziału Neurologii i 16 z Oddziału Chorób Płuc (64,3% kontrolowanych), u których występowały dolegliwości bólowe, stwierdzono brak usystematyzowanych informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności jego leczenia. Dokumentacja medyczna nie zawierała pełnych informacji o regularnych pomiarach natężenia bólu oraz wynikach tych pomiarów, a w efekcie nie określano również skuteczności prowadzonej terapii przeciwbólowej. Pomiary natężenia bólu nie były wykonywane systematycznie, lecz w sytuacjach, gdy pacjent zgłaszał dolegliwości, również powyżej 5 w skali VAS/NRS. Nie utworzono wymaganych Procedurą kart: postępowania

²⁶ W 2015 r. szkolenia na oddziałach Szpitala odbyły się w dniach: 8.01. – Oddział Okulistyki, 29.01. – Chorób Płuc, 18.02. – Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej, 7.03. – Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 14.03. – Chirurgii Dziecięcej, 19.03. – Pediatrii, 30.03. – Urologii, 4.05. – Położnictwa i Ginekologii, 16.04. – Chirurgii Ogólnej, 5.05. – Otolaryngologii, 28.05. – Zespół ds. Bólu, 2.09. – Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 29.09. – Urologii, 5.10. – Neonatologii, 16.10. – Chirurgii Ogólnej, 21.10. – Kardiologii, 28.10. – Neurologii, 29.10. – Zespół ds. bólu, 5.11. – Chorób Wewnętrznych, Gastroenterologii i Geriatrii, 10.11. – Położnictwa i Ginekologii, 23.11. – Urologii, 24.11. – Ratunkowy, 8.12. – Otolaryngologii.

²⁷ W 2016 r. szkolenia odbyły się w dniach: 15.01. – Oddział Kardiologii, 2.02. – Okulistyki, 29.03. – Otolaryngologii, 13.04. – Ratunkowy, 4.05. – Położnictwa i Ginekologii, 8.05. – Ortopedii i Traumatologii narządu Ruchu, 31.05. – Zespół ds. bólu, 29.06. – Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 4.10. – Neurologii z Oddziałem Udarowym.

²⁸ Na dzień 29.09.2016 r.

przeciwbólowego, gorączkowych oraz indywidualnej obserwacji, w których odnotowywano stopień natężenia bólu. Na Oddziale Neurologii jedynie w 7 przypadkach (24,9%) posługiwano się skalą VAS/NRS, a w pozostałych 22 przypadkach (75,9%) stosowano skalę słowną, np. ból silny, słaby, nasilający, tępy, rozpierający w całej głowie, czasami podając dodatkowy opis, np. „dolegliwości bólowe zmniejszyły się”, „dolegliwości bólowe całego ciała nasilają się”, „ból uogólniony ciała”. Na Oddziale Chorób Płuc w Obserwacjach pielęgniarstwach stosowano skalę VAS/NRS do oceny bólu, lecz tylko w sytuacjach, gdy pacjent zgłaszał dolegliwości – następnie podawano leki przeciwbólowe.

(Dowód: akta kontroli str.168-173)

- 20 pacjentów z Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej stwierdzono występowanie bólu (100% kontrolowanych). Karty postępowania przeciwbólowego nie założono dla trzech pacjentów (15%), mimo podawania leków przeciwbólowych²⁹. Sześciu pacjentom podano leki przeciwbólowe, co odnotowano w Karcie przeciwbólowej, lecz nie wykonano pomiarów natężenia bólu przed i po podaniu leków, celem oceny ich skuteczności – stwierdzono brak 19 pomiarów³⁰. Sześciu innym pacjentom podano leki przeciwbólowe (42 razy), co odnotowano w Karcie leków, lecz nie odnotowano tego w Karcie przeciwbólowej oraz nie wykonano pomiarów natężenia bólu w celu oceny ich skuteczności³¹. We wszystkich historiach choroby pacjentów przechodzących zabieg znajdowały się Karty obserwacji pacjenta prowadzone po zabiegu nie dłużej niż dobę. W 7 historiach choroby w Kartach tych nie wykonano pomiarów wg zaleceń lekarza (i Procedury), co 15 minut (62 pomiarów)³².

(Dowód: akta kontroli str.160-161)

- 24 pacjentów z Oddziału Urologii i Urologii Onkologicznej (48% kontrolowanych) występowały dolegliwości bólowe. Pacjentom zakładano Kartę postępowania przeciwbólowego, w której odnotowywano natężenie bólu w skali VAS/NRS, co 4-8 godz. Brak regularności i ciągłości pomiarów natężenia bólu stwierdzono w 3 przypadkach³³, pomimo odczuwania bólu przez pacjenta i podania mu leków przeciwbólowych.

(Dowód: akta kontroli str.165-167)

- 47 pacjentów Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (97,9%) występowały dolegliwości bólowe. W 7 kartach postępowania przeciwbólowego nie wykonano łącznie 8 pomiarów natężenia bólu po podaniu leku znieczulającego³⁴. W dwóch kartach przeciwbólowych odnotowano pomiary

²⁹ Dotyczyło to historii choroby o nr.: 3227/16, 4912/16 oraz 8204/16.

³⁰ Dotyczyło to historii choroby o nr.: 3109/16 (brak 2 pomiarów 11/12.02.2016 r. – po podaniu pięciokrotnym leków wykonano pomiary natężenia bólu 3 krotnie; brak 2 pomiarów 14.02.2016 r.), 13370/16 (brak 3 pomiarów z 3.05.2016 r. oraz 2 z 5.05.2016 r.), 42802/16 (brak 1 pomiaru z 6.09.2016 r.), 21556/16 (brak po 2 pomiarów z 5 i 6.06.2016 r.), 7949/16 (5 pomiarów z 7.04.2016 r.), 24703/16 (2 z 19.06.2016 r.)

³¹ Dotyczy to historii choroby o nr.: 1510/16 (brak 3 pomiarów z 22 i 23.01.2016 r. – po podaniu leków przeciwbólowych), 120/16 (brak 3 pomiarów z 6.01.2016), 3015/16 (brak 3 pomiarów z 9.02.2016 r.), 8204/16 (1 pomiaru z 7.04.2016 r.), 38473/16 (brak 4 pomiarów z 17.08.2016 r., 6 z 19 i 20.08.2016 r., 4 z 21.08.2016 r., 4 z 22.08.2016 r. i 1 z 23.08.2016 r.), 8833/16 (brak 7 pomiarów z 11.04.2016 r.)

³² Dotyczyło to historii choroby o nr.: 8833/16 (3 w dniu 12.04.2016 r.), 6346/16 (9 w dniu 21.03.2016 r.), 38473/16 (16 w dniu 16.08.2016 r.), 1468/16 (6 z dnia 21.01.2016 r.), 3310/16 (10 z dnia 15.02.2016 r.), 1510/16 (12 z dnia 21.01.2016 r.), 4912/2016 r. (6 z dnia 9.03.2016 r.).

³³ Dotyczyło to historii choroby o nr.: 35023/16- brak pomiarów między 2.07.2016 r. godz. 16.00 a 3.07.2016 r. godz. 12.00; 28933/16- brak pomiarów między 6.07.2016 r. godz. 2.00, a 8.07.2016 r. godz. 11; 717/16 – brak pomiarów między 12.01.2016 r. godz. nie podano, a 13.07.2016 r. godz. 13.00.

³⁴ Dotyczyło to historii choroby o nr.: 8401/16 (2x w dniu 10.04.2016 r.), 41258 (2x, 01.09.2016 r.), 30147 (2x, 2.05.2016 r.), 352 (2x, 19.02.2016 r.), 8401/16, (1x, 12.04.2016 r.) oraz 6504/16, (3x26, 30,31, 03.2016 r.), 14780 (3x,7.05. oraz 2x 9.05.2016 r.).

natężenia bólu, lecz pomiarów nie autoryzowano³⁵. W 5 kartach postępowania przeciwbólowego nie odnotowano 7 przypadków podania leku przeciwbólowego oraz nie wskazano przyczyny zaniechania³⁶.

(Dowód: akta kontroli str.162-164)

2. W kontrolowanych historiach choroby nie odnotowywano:

- natężenia bólu u pacjentów w Karcie gorączkowej wskazanej w Procedurze jako „dokumentacja leczenia przeciwbólowego w historii choroby pacjenta” (pkt. 4.12 oraz 6),

(dowód: akta kontroli, str.30, 58, 160-173)

- w chwili przyjęcia pacjenta do Szpitala, a także w Obserwacjach pielęgniarских i Obserwacjach lekarskich natężenia bólu w skali VAS/NRS, do czego zobowiązywała Procedura (pkt. 4.12).

Pielęgniarki na oddziałach przeprowadzały wywiad z pacjentem przyjmowanym do Szpitala i opisywały w Karcie pielęgnowania m.in. charakter bólu w formie opisu, np. „promieniujący”, „rozpierający”, „kłujący”, bez określenia jego natężenia oraz jego lokalizację np. „brzuch”. W ciągu całego pobytu pacjenta w Szpitalu prowadzono Obserwacje pielęgniarские oraz Obserwacje lekarskie, w których wpisywano m.in. samopoczucie pacjenta, np. „samopoczucie dość dobre”, „ból opanowany”, „dolegliwości bólowe – leki wg karty zleceń”.

Brak usystematyzowanych informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności jego leczenia stanowił naruszenie odpowiednio § 18 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie dokumentacji medycznej oraz § 17 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji, zgodnie z którymi historia choroby powinna zawierać informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia.

Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Organizacji Opieki Szpitala stwierdziła, że brak systematycznych zapisów w dokumentacji medycznej odnoszących się do poziomu natężenia bólu nie pozwalał na rzetelną ocenę prawidłowości postępowania. Wyjaśniając przyczyny nieprawidłowości stwierdziła, że są wynikiem m.in. dużego obciążenia personelu pielęgniarского obowiązkami i wynikającą z tego koniecznością wyboru pomiędzy pracą z pacjentem, a systematycznym dokumentowaniem wszystkich podejmowanych czynności bądź dokumentowaniem braku wskazań do podejmowania określonych działań, nadmiernej biurokratyzacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z przechodzeniem na formę elektroniczną dokumentacji medycznej, permanentnych zmian w przepisach. Istotnym elementem jest również konieczność odbywania przez personel medyczny szkoleń w ramach czasu pracy, co przy niedoborach kadrowych istotnie ogranicza czas na wykonywanie obowiązków związanych z pacjentem oraz wypełnieniem dokumentacji. Ponadto Dyrektor ds. Medycznych stwierdziła, że leczenie bólu jest procedurą rutynową objętą standardem, wpisującą się w całościową terapię; informacje pisemne odnoszą się do bardziej zaawansowanych technik leczenia oraz że dokumentacja medyczna jest niewątpliwie bardzo istotnym elementem w procesie świadczenia usług zdrowotnych, jednak istotniejsza z punktu widzenia

³⁵ Dotyczyło to historii choroby o nr.: 6504/16 (24.03 o godz. 18.00 oraz 27.03.2016 r. o godz. 24.00) oraz 11009/16, (19.04.2016 r., o godz.18.00).

³⁶ Dotyczyło to historii choroby o nr.: 352/16 (1x, o godz.12.00, 19.02.2016 r.), 13119/16 (2x, o godz. 24.00 1.05 oraz 2.00, 2.05.2016 r.), 18609/16 (1x o 24.00, 25.05.2016 r.), 6504/16 (2x, 12.00 i 18.00, 29.03.2016 r.), 8401/16 (1x, 18.00, 06.04.2016 r.).

pacjenta jest bezpośrednia obecność pielęgniarki, jej doświadczenie, obserwacje i podejmowane działania.

(dowód: akta kontroli, str. 81,151-157)

W ocenie NIK brak określenia natężenia bólu w skali VAS/NRS ograniczało możliwości jego monitorowania i oceny skutków jego leczenia.

3. W 5 historiach choroby wykonano skreślenia w kartach: gorączkowych³⁷, postępowania przeciwbólowego³⁸, anestezjologicznej³⁹ bez ich autoryzowania oraz wyjaśnienia przyczyny skreślenia.

Postępowanie to było niezgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej, stanowiącego że wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji

Dyrektor ds. Medycznych stwierdziła, że nieprawidłowości są efektem nieuwagi, lecz pomimo braku autoryzacji skreśleń, działania pielęgniarskie mają charakter indywidualnej, kompleksowej odpowiedzialności za pacjenta na każdej zmianie.

(dowód: akta kontroli, str. 157, 160, 162)

W ocenie NIK podane argumenty wprowadzie wyjaśniają przyczyny powstania nieprawidłowości, lecz nie mogą usprawiedliwiać nieprzestrzegania obowiązujących w tym zakresie przepisów.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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 Kontroli⁴⁰, wnosi o zapewnienie rzetelnego prowadzenia przez personel medyczny Szpitala indywidualnej dokumentacji medycznej, poprzez codzienne dokumentowanie obserwacji stanu chorego, zamieszczanie informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności leczenia pacjentów odczuwających ból.

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.

³⁷Dotyczyło to historii choroby o nr.: 30147/16 z dnia 16.07.2016 r. oraz 17469/16 z dnia 21.07.2016 r.

³⁸Dotyczyło to historii choroby o nr.: 13127/16 z dnia 3.05. 2016 r. oraz 5321/16 z dnia 23.03.2016 r.,

³⁹Dotyczyło to historii choroby o nr.: 22666/16 z dnia 14.06. 2016 r.

⁴⁰ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677.

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 wykonania wniosku pokontrolnego 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 21 listopada 2016 r.

Kontroler



Henryk Świtoński dor.ek.

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

Dyrektor

2 up.

p.o. WICEDYREKTORA DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku



.....
Teresa Sauracka
podpis