



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.016.04.2016
P/16/088

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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/111/2016 z dnia 02.11.2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Kociewskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. dra Józefa Balewskiego 1, 83-200 Starogard Gdański (dalej: „Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zarząd Spółki w składzie: Adam Henryk Magielka – Prezes Zarządu Spółki, Maciej Manikowski – Wiceprezes Zarządu Spółki ¹ (dowód: akta kontroli str. 2)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W ocenie NIK², zorganizowany w Szpitalu system leczenia bólu nie w pełni umożliwiał rzetelne monitorowanie jego skuteczności.

Dla oddziałów szpitalnych opracowano i wdrożono wprowadzić instrukcję regulującą zasady monitorowania i terapii 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. Świadczy o tym:

- niezamieszczanie w dokumentacji medycznej pacjentów (z oddziałów: Neurologicznego oraz Chorób Wewnętrznych – 100% skontrolowanych historii choroby, a Chirurgii Ogólnej, Ginekologiczno-Położniczego oraz Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – 20,2%) odczuwających ból, informacji na temat stopnia nasilenia 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”),

¹ Zarząd powołany uchwałą Nr XIV/14/2014 Rady Nadzorczej Spółki Kociewskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. z dnia 25 czerwca 2014 roku w sprawie ustalenia składu i powołania Zarządu Spółki.

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.

- stosowanie nieskutecznych mechanizmów nadzoru, które nie wyeliminowały nieprawidłowości w zakresie dokumentowania przebiegu leczenia i monitorowania skuteczności leczenia bólu.

W ocenie NIK na powyższe nieprawidłowości wpłynął brak szkoleń personelu medycznego w zakresie stosowania zasad i monitorowania skuteczności leczenia bólu.

Pacjentom zapewniono możliwość uzyskania informacji o ich prawach.

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, udostępniał pacjentom informację o ich prawach w formie pisemnej do wglądu lub przekazywał, jeśli pacjent wyrażał taką wolę. Informacje o prawach pacjenta umieszczano na tablicach ogłoszeń wszystkich oddziałów Szpitala, a także w obszarach przyjęć pacjentów, tj. Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Biura Obsługi Pacjenta z Izłą Przyjęć Planowanych, gdzie była do pobrania również w formie ulotki. Informację o prawach pacjenta zamieszczono również na stronie internetowej⁶ Szpitala.

Informacja o prawach pacjenta nie odnosiła się wprost do prawa pacjenta do uśmierzania bólu, lecz zawierała zapis, że pacjent ma prawo oczekiwać od całego personelu Szpitala m.in. poszanowania intymności i godności. Natomiast w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.

Przyjęci do Szpitala pacjenci byli indywidualnie zapoznawani przez pielęgniarkę/położną dyżurną z ich prawami oraz regulaminem Szpitala – zgodnie z wymogiem art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁷, co potwierdzała podpisem w Karcie czynności pielęgniarskich. Uzyskanie informacji o prawach i obowiązkach pacjent potwierdzał podpisem w Karcie proces pielęgnowania.

W informacji o prawach pacjenta wskazywano również na możliwość bezpłatnego kontaktu telefonicznego z Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjenta, dostępnym od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00-21.00.

(dowód: akta kontroli, str:3, 5, 7-12, 43-46)

1.2. Przed zabiegiem operacyjnym konsultujący lekarz anestezjolog informował pacjenta w osobistej rozmowie o proponowanym rodzaju znieczulenia, ze szczególnym uwzględnieniem wskazań oraz przeciwwskazań jego wykonania (zastosowania), wiążącym się z tym ryzykiem, a także o dających się przewidzieć następstwach zastosowanego znieczulenia, w tym ewentualnych jego powikłań. Fakt zrozumienia udzielonych informacji oraz możliwość zadawania lekarzowi pytań i uzyskania dodatkowych wyjaśnień pacjent potwierdzał podpisem w Karcie premedykacyjnej, w części Zgoda pacjenta na znieczulenie (z 82 kontrolowanych historii choroby pacjentów poddanych

⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.

⁶ <http://www.szpital-starogard.pl/prawa-pacjenta,69>.

⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1251.

zbiegom operacyjnym, udokumentowana informacja była w 71 przypadkach, a w 11 takiej informacji nie dołączono do historii choroby⁸).

(Dowód: akta kontroli str.23-25, 32-37)

W dokumentacji medycznej pacjentów przyjmowanych do Szpitala z bólem i leczonych zachowawczo⁹ nie zamieszczono zapisów o poinformowaniu ich o możliwościach i metodach uśmierzania bólu.

Wiceprezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że podczas konsultacji medycznych, zbierania wywiadu o pacjencie, a także ustalania planu diagnostyczno-terapeutycznego, lekarz udzielający świadczenia każdorazowo informuje pacjenta o możliwości leczenia i uśmierzania bólu, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

(Dowód: akta kontroli str.3, 5, 26-31)

- 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.47-48)

- 1.4. W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) do Szpitala wpłynęły dwie skargi pacjentów, dotyczące leczenia i uśmierzania bólu. W jednym przypadku pacjent uskarżał się na nieskuteczne znieczulenie podczas zabiegu operacyjnego wykonanego na Oddziale Chirurgii Ogólnej (historia choroby nr 10961/14) a w drugim nie udzielenie pomocy skutecznie uśmierzającej ból, spowodowany złamaniami spowodowanymi nasiloną osteoporozą, przez lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (nr 2753/15). W żadnej z ww. historii choroby nie zamieszczono zapisów o poinformowaniu pacjentów o możliwościach i metodach uśmierzania bólu, występującym nasileniu bólu oraz nie założono Karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego.

W postępowaniu wyjaśniającym Zarząd Szpitala stwierdził, że działania lekarzy były zgodne z przyjętą sztuką medyczną, o czym powiadomiono składających skargę odpowiednio: 22.06.2015 r. oraz 10.05.2015 r. tj. po 19 i 27 dniach od jej złożenia.

(Dowód: akta kontroli str.4, 6, 50-55)

2. Organizacja procesu leczenia bólu

Opis stanu faktycznego

- 2.1. W Szpitalu opracowano i wdrożono instrukcję Monitorowanie i terapia bólu u pacjentów Kocińskiego Centrum Zdrowia Spółka z o.o. w Starogardzie Gdańskim (dalej: „Procedura”), która obowiązuje od 24.09.2013 r. Wymóg opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu wynikał z § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego¹⁰ (przepis ten obowiązuje od dnia 1 stycznia 2015 r.).

(dowód: akta kontroli, str.13, 17)

- 2.1.1. Obowiązek stosowania Procedury dotyczył wszystkich lekarzy i pielęgniarek/położnych Szpitala. Procedura obejmowała działania związane

⁸ Dotyczyło to 4 przypadków na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (historie choroby o nr.: 7754/16, 8807/15, 9467/15, 276/15) oraz 7 przypadków na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (historie choroby o nr.: 911/16, 283/15, 9738/15, 347/15, 2088/15, 2039/15, 2803/15).

⁹ W próbie objętej kontrolą NIK – Oddział Chorób Wewnętrznych (40 pacjentów), Oddział Neurologiczny (50), Oddział Chirurgiczny Ogólny (19).

¹⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.

z monitorowaniem i zwalczaniem bólu u wszystkich pacjentów po zabiegach operacyjnych oraz innych pacjentów, u których choroby przebiegają z silnym, trudnym do zaakceptowania bólem. Celem Procedury była standaryzacja monitorowania nasilenia bólu, a także ujednolicenie postępowania przeciwbólowego po zabiegach, monitorowanie powikłań związanych ze stosowaniem leków przeciwbólowych, podnoszenie jakości świadczeń personelu medycznego w zakresie rozpoznawania i leczenia bólu oraz włączenie monitorowania leczenia do prowadzonej dokumentacji medycznej dotyczącej działań uśmierzających ból. W pkt. 3 Procedury określono definicję bólu oraz wskazano na obowiązek jego określania w skali numerycznej NRS¹¹ dla dorosłych oraz Wong-Baker Faces Pain Rating Scale¹² dla małych dzieci. W pkt. 4.1 Procedury określono sposób postępowania przy monitorowaniu i postępowaniu przeciwbólowym u pacjentów po zabiegu operacyjnym, a w pkt. 4.2 u pacjentów z bólem niezwiązanym z zabiegiem operacyjnym. Postępowanie przeciwbólowe należało dokumentować w Karcie dokumentacji postępowania przeciwbólowego (dalej: „Karta postępowania przeciwbólowego”) zakładanej przez lekarza anestezjologa dla pacjentów operowanych lub lekarza oddziału dla pacjentów nieoperowanych¹³, którzy wpisują dane podstawowe pacjenta¹⁴ oraz proponowane postępowanie przeciwbólowe. Zastosowana terapia przeciwbólowa u pacjentów była realizowana przez pielęgniarki/położne, które zobowiązane były do jej monitorowania i oceniania skuteczności, co najmniej cztery razy na dobę.

Procedura zobowiązywała lekarza oddziału do opisanie niekorzystnych działań stosowanych w terapii leków przeciwbólowych w Formularzu zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego.

Załącznikiem do Procedury były: Karta postępowania przeciwbólowego, Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego, Skala Bólu Numeryczna NRS i Wong-Baker Faces Pain Rating Scale.

(Dowód: akta kontroli str. 13-17, 20-22)

2.2. Szpital nie ubiegał się o certyfikat „Szpital bez bólu”.

Wiceprezesa Zarządu Szpitala wyjaśnił, że obecnie Szpital podjął działania do uzyskania akredytacji oraz uzyskania certyfikatu „Szpital bez bólu”.

(dowód: akta kontroli, str.111, 114)

2.4. Sposób dokumentowania zastosowanego postępowania przeciwbólowego sprawdzono na próbie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów przebywających w Szpitalu w 2015 r. (116 dokumentacji) i 2016 r. (84 dokumentacje). Przeprowadzono kontrolę 90 historii choroby pacjentów leczonych zachowawczo na oddziałach: Neurologicznym (50) oraz Chorób Wewnętrznych (40) oraz 110 historii choroby pacjentów z oddziałów zabiegowych: Chirurgii Ogólnej (39), Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (35) oraz Ginekologiczno-Położniczym (36). Ustalono m.in., że dokumentacja medyczna nie była prowadzona zgodnie z obowiązującą w Szpitalu Procedurą. I tak:

¹¹ Skala numeryczna NRS – Numerical Rating Scale, narzędzie umożliwiające określenie przez pacjenta nasilenia bólu w skali od 0 – 10.

¹² Wong - Baker Faces Pain Rating Scale jest to narzędzie przedstawiające 6 twarzy, którym są przyporządkowane podpisy wskazujące od niebolesności do maksymalnego nasilenia bólu. Dziecko ma wskazać, która twarz pokazuje, jak silny odczuwa ból w chwili badania. Twarzom przypisuje się punkty 0–5.

¹³ Procedura nakładała obowiązek założenia Karty postępowania przeciwbólowego dla pacjentów nieoperowanych, jeżeli ból u dorosłych przekracza 5 punktów w skali NRS i utrzymuje się powyżej 4 godzin, a w przypadku małych dzieci poziom bólu w skali Wong- Baker Faces Pain Rating Scale przekracza 3.

¹⁴ Imię i nazwisko pacjenta, numer historii choroby, dane dotyczące rozpoznania i rodzaju choroby, chorób współistniejących, czynników ryzyka.

- w dokumentacji medycznej nie zamieszczano zapisów dotyczących pomiarów nasilenia bólu w skali NRS pacjentów nieoperowanych (100%)¹⁵ oraz operowanych (20,2%)¹⁶. W Karcie proces pielęgnowania (prowadzonej przez pielęgniarki oddziału, tj. po zmianie pielęgniarek – 2x na dobę) oraz/lub w Karcie obserwacji wypełnianej przez lekarza zapisywano nieusystematyzowane informacje o zgłaszanych przez pacjentów dolegliwościach bólowych, ich nasileniu, w formie opisowej, np. „bolesność uciskowa” (historia choroby nr 6389/16), „rozpierający ból głowy” (nr 3509/15), „niewielkie nasilenie dolegliwości bólowych” (nr 1991/16), „podano leki przeciwbólne z różnym skutkiem” (nr 891/16), „wdrożono leczenie przeciwbólne z efektem” (nr 315/16), „znaczna poprawa samopoczucia” (nr 3333/16), „chora uskarżała się na dolegliwości bólowe”, „zintensyfikowano leczenie przeciwbólne” (nr 5825/16), „pacjent zgłasza dolegliwości bólowe z racji jednostki chorobowej” (nr 3211/15), „pacjent zgłaszał bóle brzucha, „otrzymał leki przeciwbólne” (nr 7135/15),
- nie założono Karty postępowania przeciwbólowego pacjentom odczuwającym ból nieoperowanym (100%) oraz operowanym¹⁷ (20,2 %), w tym w trzech przypadkach Karta postępowania przeciwbólowego znajdowała się w historii choroby pacjenta, lecz była niewypełniona, tj. brak było w niej pomiarów nasilenia bólu (nr 2803/15, 9230/15 oraz 1853/15), a w jednej nie wpisano informacji podstawowych dotyczących m.in. rozpoznania i rodzaju zabiegu, czynników ryzyka (nr 2039/15),
- nie monitorowano bólu, co najmniej cztery razy na dobę u pacjentów nieoperowanych (100%) oraz operowanych, dla których założono Kartę postępowania przeciwbólowego (64,2%)¹⁸,
- nie odnotowano nasilenia bólu po podaniu leku znieczulającego (wymóg po 1 godzinie) w czterech przypadkach¹⁹,
- nie odnotowano faktu podania pacjentowi leku przeciwbólowego w załączonej Karcie postępowania przeciwbólowego oraz w karcie Proces pielęgnowania, a jedynie w Karcie indywidualnych zaleceń lekarskich²⁰.

Ponadto ustalono, że każdorazowo autoryzowano wykonanie wpisów lekarza w Indywidualnej karcie zaleceń lekarskich dotyczących leku przeciwbólowego. Nie wystąpił przypadek niekorzystnych działań stosowanych leków przeciwbólowych.

(Dowód: akta kontroli str.26-37)

2.3. W Szpitalu nie opracowano i nie wdrożono schematów leczenia bólu dla poszczególnych kategorii schorzeń.

Wg wyjaśnienia Wiceprezesa Zarządu Szpitala stosowane schematy leczenia bólu są oparte na standardach, rekomendacjach i wytycznych Polskiego Towarzystwa Badania Bólu.

(dowód: akta kontroli, str.3-5)

2.4. Zarząd Szpitala nie utworzył zespołu oraz nie wyznaczył osoby zajmującej się leczeniem bólu²¹, np. oceną skuteczności i jakości jego leczenia, szkoleniem

¹⁵ Dotyczyło to skontrolowanych historii choroby oddziałów niezabiegowych: Neurologii (50 historii choroby, 100% odczuwających ból przewlekły), Chorób Wewnętrznych (16, 100% odczuwających ból przewlekły).

¹⁶ Dotyczyło to skontrolowanych historii choroby oddziałów zabiegowych: Chirurgii Ogólnej (6), Ginekologiczno-Położniczego (7), Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (4).

¹⁷ Dotyczyło to historii choroby z oddziałów: Chirurgii Ogólnej (6 na 20 operacji), Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (4 na 31 operacji) oraz Ginekologiczno-Położniczego (7 na 31 operacji).

¹⁸ Dotyczyło to skontrolowanych historii choroby oddziałów zabiegowych: Ginekologiczno-Położniczego (2 na 26 operacji -8%), Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (27 -100%), Chirurgii Ogólnej (14 -100%).

¹⁹ Dotyczyło to historii choroby nr: 3115/16, 3825/16, 5958/16, 1952/16.

²⁰ Dotyczyło to historii choroby nr: 482/15 590/15, 299/15, 290/15, 2039/15, 2473/15, 2571/15, 2568/15, 2183/15, 1148/15.

²¹ Zobacz np. Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym – 2014, wg których optymalnym rozwiązaniem jest zorganizowanie zespołu leczenia bólu, będącego interdyscyplinarną strukturą organizacyjną o podzielonych kompetencjach

personelu medycznego, czy stosowaniem zasad analgezji zgodnie z najnowszymi wytycznymi.

Wg wyjaśnienia Wiceprezesa Zarządu Szpitala, postępowanie w zakresie łagodzenia bólu i innych cierpień uregulowano Procedurą.

(dowód: akta kontroli, str.3, 5)

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

Szpital zatrudniał średniorocznie dwóch psychologów, w tym jednego na Oddziale Neurologicznym.

Wiceprezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że niezbędne konsultacje psychologiczne udzielane są na zlecenie kierowników oddziałów szpitalnych. Łącznie w 2015 r. pomocy psychologicznej udzielono 94 pacjentom, a w 2016 r. (do 31.08.) 24 pacjentom.

(dowód: akta kontroli, str.29, 39,41)

2.6. W Szpitalu wdrożono system kontroli jakości leczenia bólu pacjentów operowanych poprzez bieżące monitorowanie i analizowanie skuteczności podawanych leków pacjentom, co odnotowywano w Karcie postępowania przeciwbólowego. Ponadto ocenę prowadzonej dokumentacji dotyczącej m.in. leczenia i monitorowania bólu wykonywali pracownicy Działu Nadzoru i Audytu Dokumentacji Medycznej Szpitala, którzy przeprowadzali audyty w zakresie przeglądu dokumentacji medycznej w tym zakresie. W 2015 r. sporządzono 7 raportów z przeprowadzonych audytów, w których wskazano nieprawidłowości dotyczące m.in. oddziałów:

- Kardiologicznego – stwierdzono, że 100% badanych historii choroby nie posiadało udokumentowanego postępowania przeciwbólowego (raport nr 1/2015/3 z 09.01.2015 r.),
- Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – stwierdzono wpisywanie ogólnikowych informacji dotyczących leczenia pacjenta, w tym pomijających ból, nie kontynuowanie monitorowania bólu w 20% badanych historii choroby (raport nr 2/2015/4 z 12.01.2015 r.), a także brak Karty postępowania przeciwbólowego w 30% kontrolowanych historiach choroby oraz nie uzupełnianie zapisów, mimo jej założenia w 15% (raport nr 8/2015/4 z 15.04.2015 r.),
- Okulistycznego – stwierdzono, że nie dokumentowano postępowania przeciwbólowego po zabiegach operacyjnych (raport nr 7/2015/2 z 16.03.2015 r.),
- Chirurgicznego Ogólnego – stwierdzono brak Karty postępowania przeciwbólowego w 30% kontrolowanych historiach choroby, pomimo wykonania zabiegu operacyjnego lub regularnej podaży leków przeciwbólowych oraz nie uzupełnianie zapisów, mimo jej założenia w 15% (raport nr 9/2015/5 z 22.04.2015 r.), a w kolejnym audycie stwierdzono, że 54% historii choroby nie posiadało Karty postępowania przeciwbólowego a 19% założonych Kart było nieuzupełnionych (raport nr 11/2015/6 z 31.07.2015 r.),

i odpowiedzialności. Istotą jego funkcjonowania jest m.in. informowanie chorych o możliwościach terapii przeciwbólowej po operacji, szkolenie ustawiczne personelu medycznego, stosowanie zasad analgezji zgodnie z najnowszymi wytycznymi, monitorowanie nasilenia bólu kilka razy dziennie, ocena występowania powikłań (Misiolek H., Cettler M., Woron J., Wordliczek J., Dobrogowski J., Mayzner-Zawadzka E.: The 2014 guidelines for post-operative pain management. Anaesthesiol Intensive Ther 2014; 46: 221-244. Zalecenia zostały też opublikowane w piśmie „Ból” 2014; 14: str. 19-47).

- Ginekologiczno-Położniczym – stwierdzono, że 9% badanej dokumentacji medycznej nie posiadało Karty postępowania przeciwbólowego (raport nr 14/2015/5 z 11.09.2015 r.).

Wyniki audytów były omawiane z kierownikami kontrolowanych oddziałów i Pielęgniarką Naczelną, lecz okazało się to niewystarczająco skuteczne i nie wyeliminowało nieprawidłowości, co wykazała kontroli NIK.

Wskazane powyżej audyty nie obejmowały oddziałów, na których leczono pacjentów zachowawczo, a wykonane w 2016 r. nie odnosiły się do prawidłowości prowadzonych terapii bólu.

(dowód: akta kontroli, str. 5, 18-19, 59-110)

Z wyjaśnienia Prezesa Zarządu Szpitala wynika, że w 2015 r. przeprowadzono audyty również na oddziałach zachowawczych, lecz miały one charakter kompleksowy, obejmujący dokumentację medyczną w wielu jej elementach składowych, bez wyodrębniania zagadnień leczenia bólu, a w I półroczu 2016 r. wykonywano jedynie audyty wybiórcze i doraźne z uwagi na chorobę pracownika. Ponadto Prezes Zarządu Szpitala stwierdził, że w Szpitalu występowały braki w obsadzie personelu medycznego, który mimo wielu prac wykonywanych przy pacjencie zobowiązany był do wypełniania nieustannie ewoluującej dokumentacji medycznej, udziału w szkoleniach podnoszących jakość opieki nad pacjentem, a także aktywnego udziału w przechodzeniu na formę elektroniczną prowadzonej dokumentacji medycznej. Mimo braku pełnego sformalizowania i usystematyzowania postępowania przeciwbólowego, szczególnie w oddziałach zachowawczych, żadnego pacjenta Szpitala nie pozbawiono terapii przeciwbólowej.

(dowód: akta kontroli, str. 57-58)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w Szpitalu nie były przeprowadzane przez podmioty zewnętrzne kontrole, audyty, inspekcje, w zakresie zagadnień leczenia bólu.

(dowód: akta kontroli, str.4-5)

- 2.7. W strukturze Szpitala nie wyodrębniono poradni leczenia bólu. Spośród 200 pacjentów, których historie choroby objęto kontrolą, do poradni leczenia bólu nie skierowano żadnej osoby.

Wiceprezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że Szpital podjął działania w zakresie zarejestrowania poradni leczenia bólu w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i stara się o uzyskanie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 4-5)

Opis stanu
faktycznego

3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu leczenia bólu.

- 3.1. W Szpitalu zatrudnionych było w 2015 r. 624 pracowników, z których 530 należało do personelu medycznego. Lekarzy było 153, a pielęgniarek i położnych 226 (w tym lekarzy anestezjologów – 5 i pielęgniarek anestezjologicznych – 4). Przyjęto do Szpitala 13.341 pacjentów. W 2016 r. zatrudnienie ogółem wynosiło 644 pracowników²², w tym personel medyczny stanowiło 550 pracowników. Lekarzy zatrudniano 159 a pielęgniarek – 227, w tym lekarzy anestezjologów – 6 i pielęgniarek anestezjologicznych – 4. W tym okresie przyjęto 8.829 pacjentów.

(dowód: akta kontroli, str.38)

²² Zatrudnienie średnioroczne do 31.08.2016 r.

3.2. W latach 2015-2016 (do 31.08.) Szpital przygotował i realizował harmonogramy szkoleń personelu medycznego uwzględniających tematyki specjalistyczne z zakresu medycyny. Harmonogramy oraz zaplanowana tematyka wynikały z oczekiwań kierowników oddziałów szpitalnych oraz pielęgniarek oddziałowych. Przy kierowaniu personelu medycznego na kursy i szkolenie kierowano się potrzebami oddziałów oraz możliwościami finansowymi Szpitala. Nie organizowano jednak szkoleń z zakresu leczenia bólu, monitorowania jego skuteczności oraz dokumentowania.

Wg wyjaśnienia Prezesa Zarządu, brak szkoleń z zakresu leczenia bólu wynikał m.in. z niezgłaszania takich potrzeb przez zainteresowany personel medyczny oraz ograniczonych środków finansowych.

(dowód: akta kontroli, str.38-42, 56)

Uwaga dotyczące
badanej działalności

Edukacja pacjentów odczuwających ból przewlekły i leczonych zachowawczo, w zakresie metod zwalczania bólu, prowadzona była na oddziałach Szpitala przez pielęgniarki oraz lekarzy jedynie w formie ustnej. Personel medyczny nie dysponował materiałami dla pacjentów (ulotki, broszury) informującymi m.in. o sposobie monitorowaniu bólu, oraz propozycjach skutecznej terapii. Wg wyjaśnienia Wiceprezesa Zarządu Szpitala, w procesie edukacji pacjenta nie wykorzystywano materiałów o charakterze ulotek i broszur, ponieważ pacjent był informowany o proponowanym planie leczenia, w tym również o metodach zwalczania bólu.

(dowód: akta kontroli, str. 111, 114)

NIK zwraca uwagę, że zalecenia dotyczące formy 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), jak i z zespołami bólu przewlekłego pochodzenia nowotworowego i nienowotworowego. 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 zraszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny²³.

Ustalone
nieprawidłowości

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

W dokumentacji medycznej pacjentów Szpitala odczuwających dolegliwości bólowe, nie zamieszczono informacji o jego nasileniu oraz skuteczności leczenia przeciwbólowego. I tak w historiach choroby:

- 50 pacjentów Oddziału Neurologicznego i 16 Oddziału Chorób Wewnętrznych (100% kontrolowanych historii choroby) leczonych zachowawczo, u których występowały dolegliwości bólowe, stwierdzono brak informacji na temat stopnia nasilenia bólu w skali NRS oraz skuteczności prowadzonej terapii przeciwbólowej. Nie założono Kart postępowania przeciwbólowego, w których odnotowywano stopień nasilenia bólu;

(Dowód: akta kontroli str. 23, 26, 48)

²³ Zapis § 11.1. Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego funduszu zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

- 31 pacjentów Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu odnotowano wykonaną operację (88,6% kontrolowanych historii choroby). Dla czterech pacjentów operowanych nie założono Karty postępowania przeciwbólowego (12,9%)²⁴. W założonych 27 Kartach postępowania przeciwbólowego (100%) nie zawarto zapisów dotyczących monitorowania bólu, co najmniej cztery razy na dobę²⁵ oraz oceny skuteczności podanych leków przeciwbólowych. W czterech przypadkach w Kartach postępowania przeciwbólowego nie odnotowano nasilenia bólu po podaniu leku znieczulającego po 1 godzinie (wymóg wpisany w Karcie postępowania przeciwbólowego)²⁶;

(Dowód: akta kontroli str. 32)

- 33 pacjentów Oddziału Ginekologiczno-Położniczego (91,7% kontrolowanych) wpisano, że występowały dolegliwości bólowe związane z przeprowadzoną operacją. Dla pięciu pacjentów²⁷ (15,2%) nie założono, a dla dwóch nie wypełniono²⁸ (6,1%) Kart postępowania przeciwbólowego, mimo przeprowadzonej operacji w znieczuleniu i nie odnotowywano nasilenia bólu w skali NRS po podaniu leków. W dwóch Kartach postępowania przeciwbólowego²⁹ (7,7%) nie zawarto zapisów dotyczących monitorowania bólu, co najmniej cztery razy na dobę oraz oceny skuteczności podanych leków przeciwbólowych. Ponadto ustalono 10 przypadków nie odnotowania podania leku przeciwbólowego w Karcie postępowania przeciwbólowego oraz monitorowania jego skuteczności³⁰;

(Dowód: akta kontroli str. 23)

- 20 pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej odnotowano występujący ból związany z przeprowadzonym zabiegiem chirurgicznym (50% kontrolowanych). Dla czterech pacjentów³¹ (20%) nie założono, a dla dwóch nie wypełniono Karty postępowania przeciwbólowego³² (10%). We wszystkich 14 założonych Kartach postępowania przeciwbólowego (100%) nie zawarto zapisów dotyczących nie monitorowania bólu, co najmniej 4 razy na dobę³³ oraz oceny skuteczności podanych leków przeciwbólowych.

(Dowód: akta kontroli str. 23)

Brak informacji w dokumentacji medycznej na temat stopnia nasilenia bólu (w skali NRS lub w skali słownej) u pacjenta 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 medycznej, zgodnie z którymi historia choroby powinna zawierać informacje na temat stopnia nasilenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia.

²⁴ Dotyczyło to historii choroby nr: 8807/15, 7754/16, 9467/15, 276/15.

²⁵ Przykładowo dotyczyło to historii choroby nr: 3883/16 (w 1 dobie/6 odczytów, w 2/2, w 3/2), 4107/16 (1/4, 2/3, 3/1), 3597/16 (1/1, 2/3, 3/1), 4164/16 (1/2, 2/3, 3/2), 9781/15 (1/3, 2/2, 3/4), 9051/15 (1/3, 2/2, 3/1), 9775/15 (1/2, 3/3, 3/2), 9502/15 (1/4, 2/3, 3/2), 9312/15 (1/4, 2/4, 3/2), 762/16 (1/3, 2/1), 2213/16 (1/3, 2/4, 3/1), 1952/16 (1/2, 2/3, 3/1), 973/16 (1/3, 2/1, 3/1), 2720/16 (1/3, 2/0, 3/0), 8108 (1/3, 2/3, 3/1), 631/16 (1/1, 2/2, 3/0), 2540/16 (1/2, 2/2, 3/0), 3186/16 (1/3, 2/2, 3/1).

²⁶ Dotyczyło to historii choroby nr: 3115/16, 3825/16, 5958/16, 1952/16.

²⁷ Dotyczyło to historii choroby nr: 911/16, 283/15, 9738/15, 347/15, 2088/15.

²⁸ Dotyczyło to historii choroby nr: 2039/15, 2803/15.

²⁹ Dotyczyło to historii choroby nr: 7052/15 (w 1 dobie/3 pomiary, w 2 dobie/3 pomiary), 5795/16 (1/3, 2/3).

³⁰ Dotyczyło to historii choroby nr: 482/15, 590/15, 299/15, 290/15, 2039/15, 2473/15, 2571/15, 2568/15, 2183/15, 1148/15.

³¹ Dotyczyło to historii choroby nr: 5867/15, 10101/15, 2331/15, 1849/15.

³² Dla historii choroby nr. 1863/15 oraz 9230/15 Karta postępowania przeciwbólowego była wpięta do historii choroby ale nieopisana, ponieważ pacjent był zaintubowany - nieprzytomny trafił na OIOM.

³³ Dotyczyło to przykładowo historii choroby nr: 10443/15 (w 1 dobie/2 pomiary, w 2 dobie/2 pomiary), 12993/15 (1/2, 2/2, 3/1), 6740/15 (1/4, 2/1, 3/2, 4/1), 570/15 (1/3, 2/4), 4631/15 (1/3, 2/1), 7024/15 (1/3, 2/1), 10820/15 (1/1, 2/4, 3/1), 10338/15 (1/2, 2/3, 3/1), 12567/15 (1/3, 2/6, 3/2), 12576/15 (1/3, 2/6, 3/2), 1047/16 (1/3, 2/1, 3/1), 6101/16 (1/1, 2/4, 3/2, 4/3), 1694/16 (1/2, 2/3, 3/2, 4/1), 1960/16 (1/2, 2/2), 5025/16 (1/2, 2/1).

Wg wyjaśnienia Wiceprezesa Zarządu Szpitala, przyczyną nieprawidłowości były m.in. braki kadrowe oraz świadomość „białego personelu”, iż w pierwszej kolejności na uwagę zasługuje pacjent, a potem dokumentacja. Ocena nasilenia bólu w skali NRS przebiegała nieskutecznie, co mogło wynikać z niechęci do przymusu generowania kolejnego, nie do końca sprawnego narzędzia pracy, jakim była Karta postępowania przeciwbólowego. Powielala ona inne istniejące dokumenty i nie dawała globalnego spojrzenia na prowadzoną terapię przeciwbólową, szczególnie w oddziale zachowawczym.

(dowód: akta kontroli, str.112, 115)

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

IV. Uwaga i wniosek

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagę 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 zapewnienie rzetelnego i zgodnego z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej prowadzenia przez personel medyczny Szpitala indywidualnej dokumentacji medycznej, poprzez codzienne dokumentowanie obserwacji stanu chorego, zamieszczanie informacji na temat stopnia nasilenia 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.

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.

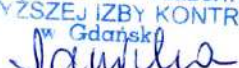
Gdańsk, dnia 14 grudnia 2016 r.

Kontroler

Henryk Świtoński dor.ek.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

Dyrektor

2 up.
p.o. WICEDYREKTORA DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku

Teresa Sawicka

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