



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.018.01.2016

P/16/088

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

al. Tysiąclecia Państwa Polskiego 4, 25-520 Kielce

T +48 41 249 91 00, F +48 41 249 91 05

lki@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/088 – Dostępność terapii przeciwbólowej.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. oraz działania wcześniejsze i późniejsze dotyczące kontrolowanej działalności.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontroler	Piotr Bulski, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/78/2016 z dnia 28 września 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie, ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa (dalej: ZOZ).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Joanna Ochał, p.o. Dyrektor ZOZ od 12 lipca 2016 r. Stanowisko kierownika jednostki zajmowali poprzednio: Krzysztof Solecki, od 11 lutego 2014 r. do 1 lipca 2015 r., Leszek Orlński, p.o. Dyrektor ZOZ od 1 lipca do 23 listopada 2015 r., Maciej Juszczyk, od 23 listopada 2015 r. do 12 lipca 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 2-15)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna	W ZOZ do dnia 1 października 2015 r. nie opracowano procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, co było niezgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego². Z dniem 1 października 2015 r. na czterech oddziałach szpitalnych, na których przeprowadzane są zabiegi operacyjne, tj. Chirurgicznym Ogólnym, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Ginekologiczno-Położniczym, wdrożono <i>Procedurę postępowania w leczeniu bólu pooperacyjnego/ostrego</i> (dalej: <i>Procedura</i>). Do zakończenia kontroli NIK, szpital nie opracował procedury leczenia bólu u pacjentów pozostałych oddziałów szpitalnych Spośród objętych badaniem 80 dokumentacji medycznych pacjentów oddziałów zabiegowych³, dla każdego z 33 pacjentów (41%) operowanych po wprowadzeniu <i>Procedury</i> założono i prawidłowo prowadzono <i>Kartę leczenia bólu</i>. W pozostałych 47 przypadkach (59%) w dokumentacji odnotowano jedynie fakt wystąpienia bólu. Spośród zbadanych 70 dokumentacji pacjentów oddziałów niezabiegowych⁴, w 12 przypadkach (17%) zawarto zapisy określające stopień natężenia bólu, a w pozostałych 58 przypadkach (83%) odnotowano tylko fakt występowania bólu. Braki w dokumentowaniu stopnia natężenia bólu stanowiły naruszenie § 18 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵ oraz § 17 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie
--------------	---

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, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Dz. U. z 2016 r. poz. 694 ze zm.

³ Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgicznego Ogólnego.

⁴ Chorób Wewnętrznych I i Reumatologicznego.

⁵ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm., rozporządzenie obowiązywało od 1 stycznia 2011 r. do 22 grudnia 2015 r.

rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶. Opisane nieprawidłowości nie zostały wykazane przez audyt wewnętrzny przeprowadzony w ZOZ w 2015 r.

Personel medyczny ZOZ uczestniczył w szeregu szkoleń dotyczących procedur postępowania w leczeniu bólu, metod leczenia bólu pourazowego i pooperacyjnego oraz dolegliwości bólowych związanych z chorobami leczonymi na poszczególnych oddziałach ZOZ.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Informowanie pacjentów o możliwościach i metodach leczenia bólu

Opis stanu faktycznego

Stosownie do art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷, osobom hospitalizowanym udostępniono *Regulamin praw i obowiązków pacjenta*⁸. Zgodnie z jego zapisami, pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, uzyskania informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko pacjent wyraża zgodę w formie pisemnej. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.

(dowód: akta kontroli str. 67-73)

Na tablicach informacyjnych każdego z czterech oddziałów, wybranych w celu zbadania indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów⁹, stwierdzono papierową, kompletną wersję *Regulaminu* oraz ulotkę, informującą o podstawowych prawach pacjenta i aktualnych danych kontaktowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Sposób wyeksponowania powyższych dokumentów zapewniał każdej zainteresowanej osobie możliwość zapoznania się z ich treścią.

(dowód: akta kontroli str. 83, 107)

Elżbieta Benben, Naczelna Pielęgniarka wyjaśniła, że w przypadku pacjentów w stanie ciężkim lub niepełnosprawnych, o prawach pacjenta pielęgniarka informuje członka rodziny (opiekuna prawnego), który podpisuje oświadczenie o wyrażeniu zgody na proponowane badanie lekarskie i postępowanie diagnostyczno-lecznicze oraz o zapoznaniu się z *Regulaminem*. W sytuacjach nagłych, w których członek rodziny (opiekun prawny) jest nieobecny w trakcie przyjęcia pacjenta, pielęgniarka dokonuje w historii choroby zapisu „kontakt utrudniony” lub „pacjent nieprzytomny”.

(dowód: akta kontroli str. 301)

Z badania indywidualnej dokumentacji medycznej przeprowadzonego na próbie 150 osób hospitalizowanych w ZOZ wynika, że w każdym przypadku pacjenci zostali zapoznani z *Regulaminem* (148 osób potwierdziło to własnoręcznym podpisem w historii choroby, w dwóch przypadkach oświadczenia podpisali opiekunowie prawni). W przypadku każdego z 76 zabiegów operacyjnych, w dokumentacji stwierdzono podpisane oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowany rodzaj

⁶ Dz. U. poz. 2069, rozporządzenie weszło w życie 23 grudnia 2015 r.

⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.

⁸ Wprowadzony zarządzeniem nr 24/2013 Dyrektora ZOZ z dnia 3 grudnia 2013 r.

⁹ Badanie przeprowadzono na próbie dobranej w sposób celowy. Do badania wybrano dokumentację medyczną pacjentów przyjętych do ZOZ w 2015 r. na dwa oddziały zabiegowe (Chirurgiczny Ogólny i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej) i dwa oddziały niezabiegowe (Reumatologiczny i Chorób Wewnętrznych I), poddanych zabiegom operacyjnym lub leczonych farmakologicznie, którzy w okresie hospitalizacji zgłosili dolegliwości bólowe.

znieczulenia, towarzyszące postępowanie medyczne, uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego: w 75 przypadkach oświadczenia podpisali pacjenci, w jednym przypadku – opiekun prawny. Powyższa informacja była przekazywana pacjentowi (opiekunowi prawnemu) przez lekarza anestezyjologa w trakcie wypełniania formularza „Konsultacja przed znieczuleniem”. W pozostałych 74 przypadkach leczenia farmakologicznego w dokumentacji nie odnotowano faktu przekazania pacjentowi informacji o możliwościach i metodach leczenia bólu. Z treści zaleceń lekarskich, zawartych w kartach informacyjnych sporządzanych na etapie wypisu ze szpitala wynika, że każdego pacjenta informowano o dalszym zalecanym postępowaniu. W zależności od rodzaju utrzymujących się dolegliwości lekarz przekazywał informacje o konieczności kontynuowania leczenia farmakologicznego (stosowania zaleconych leków przeciwbólowych) oraz leczenia w poradni specjalistycznej (np. reumatologicznej, chirurgicznej, kardiologicznej, onkologicznej).

(dowód: akta kontroli str. 106, 135-139, 142-148, 151-155, 159-164)

Leszek Orliński, p.o. Zastępca Dyrektora ds. leczenia wyjaśnił, że o możliwościach i metodach leczenia bólu pacjenci informowani są ustnie przez lekarza przyjmującego pacjenta na oddział lub – w przypadku, gdy dolegliwości bólowe wystąpią w trakcie hospitalizacji – przez lekarza sprawującego bezpośrednią opiekę nad pacjentem lub kierownika oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 310-311)

2. Organizacja procesu leczenia bólu

Opis stanu
faktycznego

W ZOZ opracowano *Procedurę postępowania w leczeniu bólu pooperacyjnego/ostrego*. Z dniem 1 października 2015 r. wprowadzono ją na czterech oddziałach zabiegowych ZOZ, tj. Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Ginekologiczno-Położniczym, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgicznym Ogólnym. Celem wdrożenia procedury było: stworzenie subiektywnego komfortu chorym po zabiegach operacyjnych, urazach i w innych stanach związanych z pojawieniem się bólu ostrego, ułatwienie procesu zdrowienia oraz zahamowanie kaskady zmian patofizjologicznych, skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu i jego wczesne uruchomienie i rehabilitacja, a także zmniejszenie częstości powikłań pooperacyjnych i powstawania zespołów przetrwałego bólu pooperacyjnego. W *Procedurze* określono odpowiedzialność i uprawnienia osób biorących udział w leczeniu bólu (ordynatorów/kierowników oddziału/lekarzy prowadzących, lekarzy anestezjologów i pielęgniarek oddziałowych/koordynujących/dyżurnych), metody terapii bólu ostrego (farmakoterapia – lekami nieopiodowymi oraz opiodami, znieczulenia – analgezja obwodowego nerwu, analgezja splotu nerwowego, znieczulenie odcinkowe dożylnie, analgezja przykręgową i zewnątrzoponową oraz terapia nefarmakologiczna jako uzupełnienie terapii nefarmakologicznej), zasady monitorowania natężenia bólu (ocena bólu w regularnych odstępach czasu, minimum co cztery godziny oraz stosowanie skal oceny nasilenia bólu – NRS¹⁰, PHHPS¹¹, skali słownej¹² i behawioralnej¹³), tryb postępowania przeciwbólowego (w przypadku bólu ostrego i bólu pooperacyjnego), zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym (z uwzględnieniem zabiegów charakteryzujących się niewielkim, miernym i znacznym/rozległym urazem tkanek). *Procedura* wprowadziła ponadto

¹⁰ Numerical Rating Scale - skala numeryczna od 0 do 10, gdzie 0 wskazuje na brak bólu, a 10 oznacza najsilniejszy ból.

¹¹ Prince Henry Hospital Pain Score - skala Szpitala Księcia Henryka od 0 do 3, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 3 – ciągły ból.

¹² Przeznaczona dla osób nierozumiejących skali NRS, tj. natężenie bólu: słabe, umiarkowane, silne, bardzo silne, ból nie do wytrzymania.

¹³ Przeznaczonych do oceny bólu pacjentów poddanych intensywnej terapii.

wzór karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego, wraz z zaleceniami lekarskimi w zakresie podawania leków i sposobem ich wykonania przez pielęgniarki (dalej: *Karta leczenia bólu*). W *Procedurze* nie określono, kiedy – w stosunku do terminu przyjęcia pacjenta na oddział – należy rozpocząć prowadzenie *Karty leczenia bólu* oraz kiedy zakończyć jej prowadzenie.

(dowód: akta kontroli str. 108-124)

P.o. Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa wyjaśnił, że *Kartę leczenia bólu* zakłada się w momencie pozyskania informacji przez lekarza oddziału o wystąpieniu bólu. Data zakończenia prowadzenia *Karty leczenia bólu* dla danego pacjenta jest uzależniona od rodzaju reakcji pacjenta na ból, zastosowanego leczenia i skutku ewentualnego leczenia, dlatego nie można ustalić sztywnych ram czasowych. Prowadzenie *Karty leczenia bólu* kończy się z zaprzestaniem terapii.

(dowód: akta kontroli str. 306-307)

W ZOZ nie utworzono zespołu leczenia bólu, do którego zadań należałoby m.in. opracowanie procedur leczenia i monitorowania bólu, propagowanie wśród personelu medycznego wytycznych w powyższym zakresie, informowanie pacjentów o możliwościach terapii przeciwbólowej. P.o. Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa wyjaśnił, że żadne przepisy prawa nie nakładają obowiązku powołania przedmiotowego zespołu, a minimalna liczba zatrudnionych w ZOZ lekarzy uniemożliwia przydzielenie zadań związanych z prowadzeniem dodatkowej dokumentacji (raportów, protokołów, sprawozdań).

(dowód: akta kontroli str. 308-309)

Sposób dokumentowania stosowanej w ZOZ terapii przeciwbólowej sprawdzono na próbie indywidualnej dokumentacji medycznej 150 osób. Badanie wykazało, że w każdym z powyższych przypadków odnotowano zgłoszenie dolegliwości bólowych przez pacjenta oraz wdrożono terapię przeciwbólową.

Na oddziałach niezabiegowych, dla których nie opracowano pisemnych procedur postępowania przeciwbólowego oraz na oddziałach zabiegowych, do dnia wdrożenia *Procedury*, informacje na temat zgłaszanych przez pacjentów dolegliwości bólowych zamieszczano w dołączonej do historii choroby dokumentacji pielęgniarskiej (wstępnej ocenie stanu pacjenta i odnotowywanych dwukrotnie na dobę obserwacjach w trakcie kolejnych dni pobytu osoby na oddziale, aż do dnia wypisu). Zapisy na powyższy temat znajdowały się również w wywiadzie lekarskim. Do oceny natężenia bólu nie stosowano skali numerycznej.

Na oddziałach zabiegowych, od dnia wprowadzenia *Procedury*, pomiar i monitorowanie skuteczności leczenia bólu prowadzono z wykorzystaniem *Karty leczenia bólu*, w której – na podstawie informacji uzyskanych od pacjenta – personel pielęgniarski dokonywał wpisów z kontroli natężenia bólu sześć razy na dobę (o godz.: 8:00, 12:00, 16:00, 20:00, 24:00 i 4:00). Wykorzystywano w tym celu skalę NRS. *Kartę leczenia bólu* zakładano w okresie poprzedzającym zabieg operacyjny – w chwili przekazania przez pacjenta informacji o bólu, zakwalifikowanego przez lekarza jako ból ostry oraz w każdym przypadku – po przeprowadzonym zabiegu. We wszystkich zbadanych przypadkach *Karta leczenia bólu* była prowadzona nieprzerwanie do dnia wypisu pacjenta ze szpitala lub odpowiednio krócej, w zależności od postępów w uśmierzaniu bólu.

W wyniku badania dokumentacji medycznej 70 pacjentów dwóch oddziałów niezabiegowych ustalono ponadto, że:

- z 25 osób przyjętych na Oddział Chorób Wewnętrznych I (2,0% pacjentów oddziału), w dokumentacji medycznej czterech osób (16%) odnotowano zapisy określające stopień natężenia bólu w rodzaju: *niewielkie bóle*, *silny ból*, *chory bardzo bólowy*. W pozostałych 21 przypadkach (84%) odnotowano jedynie fakt

występowania bólu. Skuteczność leczenia bólu potwierdzono w każdym przypadku zapisami o treści: *pacjent zgłaszał ból, ból (częściowo, stopniowo) ustępował, ból zmniejszał się (po podaniu leku), pacjent dolegliwości bólowych nie zgłaszał*;

- z 45 osób przyjętych na Oddział Reumatologiczny (4,7% pacjentów oddziału), w dokumentacji ośmiu osób (18%) odnotowano zapisy określające stopień natężenia bólu w rodzaju: *dolegliwości bólowe o umiarkowanym nasileniu, silne bóle*. W pozostałych 37 przypadkach (82%) odnotowano tylko fakt występowania bólu. Skuteczność leczenia bólu potwierdzono w każdym przypadku zapisami o treści: *dolegliwości bólowe (znacznie) zmniejszyły się, dolegliwości utrzymywały się, ale nie nasilały, ból częściowo ustąpił, brak wzmożonych dolegliwości bólowych, bóle mniejsze (po podaniu leków), pacjent nie zgłaszał (nasilonych/ nasilających się) dolegliwości bólowych, pacjent bólu nie zgłaszał, (w dniu wypisu) dolegliwości bólowe znacznie się zmniejszyły, brak bólu*.

W wyniku badania dokumentacji medycznej 80 pacjentów dwóch oddziałów zabiegowych ustalono ponadto, że:

- spośród 40 osób przyjętych na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (4,0% pacjentów oddziału), w dokumentacji medycznej każdej z 23 osób operowanych przed wdrożeniem *Procedury*, stwierdzono zapisy o fakcie występowania bólu, bez określenia stopnia natężenia bólu. Skuteczność leczenia bólu potwierdzono w każdym przypadku zapisami w rodzaju: *pacjent zgłaszał ból, pacjent nie zgłaszał bólu, podawano leki ze skutkiem, podawano leki z dobrym skutkiem, ból ustąpił (po podaniu leku)*. Dla każdego z 17 pacjentów operowanych po wdrożeniu *Procedury* założono *Kartę leczenia bólu*. Zapisy we wszystkich *Kartach leczenia bólu* potwierdzały dokonywanie pomiarów stopnia natężenia bólu oraz skuteczność uśmierzania bólu, tj. w każdym przypadku ból uległ zmniejszeniu, a jego natężenie – zgodnie z ostatnim dokonany pomiar – nie przekroczyło 2 (w skali od 0 do 10);
- spośród 40 osób przyjętych na Oddział Chirurgiczny Ogólny (3,7% pacjentów oddziału), w dokumentacji każdej z 24 osób – z czego: 21 przyjętych przed wdrożeniem *Procedury* i trzech leczonych farmakologicznie po jej wdrożeniu – stwierdzono zapisy o fakcie występowania bólu, bez określenia stopnia natężenia bólu. Skuteczność leczenia bólu potwierdzono w każdym przypadku zapisami w rodzaju: *pacjent zgłaszał ból, pacjent nie zgłaszał bólu, podawano leki ze skutkiem, podawano leki z dobrym skutkiem, ból ustąpił (po podaniu leku), po podaniu leku ból zmniejszał się*. Dla każdego z 16 pacjentów operowanych po wdrożeniu *Procedury* założono *Kartę leczenia bólu*. Zapisy we wszystkich *Kartach leczenia bólu* potwierdzały dokonywanie pomiarów stopnia natężenia bólu oraz skuteczność uśmierzania bólu, tj. w każdym przypadku ból uległ zmniejszeniu, a jego natężenie – zgodnie z ostatnim dokonany pomiar – nie przekroczyło 2.

(dowód: akta kontroli str. 106, 135-139, 142-148, 151-155, 159-163)

W strukturze organizacyjnej ZOZ nie wyodrębniono specjalistycznej poradni leczenia bólu. W okresie objętym kontrolą, ZOZ nie zawierał z NFZ kontraktów na realizację świadczeń w powyższym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 29, 55, 164)

Z wyjaśnienia p.o. Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa wynika, że pacjenci odczuwający ból w trakcie hospitalizacji są w chwili wypisu ze szpitala kierowani w celu okresowej kontroli do lekarza POZ. Decyzję o potrzebie dalszego leczenia w poradni leczenia bólu podejmuje lekarz rodzinny, wydając stosowne skierowanie.

(dowód: akta kontroli str. 310-311)

W okresie objętym kontrolą ZOZ zawarł dwie umowy o świadczenie usług medycznych, których przedmiotem było wykonywanie konsultacji dla pacjentów ZOZ: z zakresu psychiatrii – od 26 marca 2015 r. do 30 czerwca 2016 r. oraz psychologii i psychoterapii – od 1 sierpnia do 31 grudnia 2016 r. Na ich podstawie dokonano 82 konsultacji psychiatrycznych i sześciu – psychologicznych. Od 1 stycznia do 25 marca 2015 r. oraz od 1 do 31 lipca 2016 r. w ZOZ nie obowiązywały umowy w powyższym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 165-173)

Z wyjaśnienia Joanny Ochał, p.o. Dyrektor ZOZ wynika, że proces poszukiwania specjalistów w celu zatrudnienia w szpitalu jest trudny i długotrwały, gdyż osoby te praktycznie zawsze mają zobowiązania zawodowe, w związku z czym podjęcie przez nich innych działań wymaga odpowiedniego zmodyfikowania dotychczasowej działalności. Bardzo istotną kwestią są możliwości finansowe ZOZ, gdyż nierzadko specjaliści byliby skłonni zmienić pracę jedynie w przypadku uzyskania wysokich wynagrodzeń, na przyznanie których nie pozwala sytuacja finansowa zakładu.

(dowód: akta kontroli str. 302-304)

W 2015 r. m.in. na czterech oddziałach zabiegowych ZOZ, na których wdrożono *Procedurę*, przeprowadzono audyt wewnętrzny, którego jednym z elementów była weryfikacja prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej. Na dwóch z nich, tj. Chirurgicznym Ogólnym i Ginekologiczno-Położniczym dokonano sprawdzenia poprawności stosowania *Procedury*, które nie wykazało nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 251-300)

Naczelna Pielęgniarka wyjaśniła, że działania w zakresie audytu wewnętrznego wszystkich oddziałów ZOZ w 2016 r. rozpoczęto we wrześniu 2016 r. Zakończenie prac, w tym przygotowanie raportów, zaplanowano na 10 listopada 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 301)

W dniach od 8 do 10 sierpnia 2016 r. na zlecenie p.o. Dyrektor ZOZ przeprowadzono audyt, którego celem było m.in. dokonanie wstępnej oceny funkcjonowania szpitala w odniesieniu do wymagań standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 235-248)

W latach 2015-2016 nie wpłynęły do ZOZ skargi na działania podejmowane przez tę placówkę w zakresie leczenia bólu. W badanym okresie nie przeprowadzono w ZOZ kontroli związanych z powyższą tematyką.

(dowód: akta kontroli str. 56-66)

3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu leczenia bólu

Opis stanu faktycznego

Średnioroczne zatrudnienie w ZOZ na podstawie stosunku pracy wyniosło w 2015 r. 260 osób, z czego: lekarze – 42, lekarzy anestezjologów – 1,5, pielęgniarki/pielęgniarze – 171, pielęgniarki/pielęgniarze anestezjologiczni – 22, pozostały personel medyczny (np. rehabilitanci, fizjoterapeuci) – 23,5¹⁴, a w 2016 r. – 258,5, z czego: lekarze – 42,5, lekarzy anestezjologów – 2, pielęgniarki/pielęgniarze – 168, pielęgniarki/pielęgniarze anestezjologiczni – 22, pozostały personel – 24¹⁵.

(dowód: akta kontroli str. 174)

¹⁴ Dane za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r.; w przeliczeniu na etaty: 257,7; 40,2; 1,3; 171; 22; 23,3.

¹⁵ Dane za okres od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r.; w przeliczeniu na etaty: 255,8; 40,5; 1,5; 168; 22; 23,8.

W ZOZ opracowano harmonogramy szkoleń personelu medycznego na 2015 r. i 2016 r. W szkoleniach wewnętrznych dotyczących zagadnienia leczenia bólu, objętych powyższymi harmonogramami, łącznie wzięło udział 80 lekarzy, dwóch lekarzy anestezjologów, 274 pielęgniarki, 69 pielęgniarek anestezjologicznych i sześć osób z pozostałego personelu medycznego, m.in.: *Ból pooperacyjny - korzyści z uśmierzania bólu pooperacyjnego*, *Ocena bólu u pacjenta w oddziale intensywnej terapii*, *Znieczulenie porodu: znieczulenia zewnątrzoponowe, leki anestezjologiczne stężenie, charakterystyka bólu porodowego*, *Prowadzenie dokumentacji postępowania przeciwbólowego*, *Ocena i leczenie bólu pourazowego i pooperacyjnego*, *Postępowanie i pielęgnacja pacjentów po urazach kręgosłupa*, *Leczenie bólu w neuropatii cukrzycowej*, *Postępowanie personelu medycznego wobec chorego z wykrytą chorobą nowotworową*, *Endometrioza – profilaktyka i leczenie nowotworu narządu rodowego*, *Reumatoidalne zapalenia stawów - leczenie i pielęgnacja*, *Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa*, *Ostry zespół więzów*, *Wytyczne postępowania okołourazowego w ciężkich urazach ze szczególnym uwzględnieniem amputacji*.

Ponadto w szkoleniu *Nowe zalecenia w bólu ostrym i pooperacyjnym* przeprowadzonym w 2015 r. przez przedstawiciela firmy farmaceutycznej wzięło udział 14 lekarzy, trzech lekarzy anestezjologów, 72 pielęgniarki i 21 pielęgniarek anestezjologicznych.

(dowód: akta kontroli str. 175-232)

Z wyjaśnienia p.o. Zastępcy Dyrektora ds. leczenia wynika, że powyższe szkolenia dotyczyły dolegliwości bólowych występujących najczęściej w przebiegu jednostek chorobowych związanych ze specyfiką danego oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 312-313)

Usługi medyczne w ZOZ były świadczone przez personel medyczny również na podstawie umów cywilnoprawnych. Na dzień 31 grudnia 2015 r. zawartych było 31 powyższych umów, a na dzień 31 sierpnia 2016 r. – 32 umowy. W powyższych umowach nie uregulowano kwestii udziału w szkoleniach. Zawarto natomiast zapisy o konieczności posiadania przez udzielającego świadczeń stosownych uprawnień, kwalifikacji i wiedzy, gwarantujących należyte wykonanie przedmiotu umowy.

(dowód: akta kontroli str. 174, 233-234)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Na oddziałach niezabiegowych ZOZ nie opracowano i nie wdrożono 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 szpitalnego¹⁶, natomiast na oddziałach zabiegowych ZOZ *Procedura* została wdrożona z dniem 1 października 2015 r., tj. z 9-miesięcznym opóźnieniem w stosunku do terminu wskazanego w powyższym rozporządzeniu.

(dowód: akta kontroli str. 108-124)

Leszek Orlński p.o. Zastępcy Dyrektora ds. leczenia wyjaśnił, że z analizy jednostek chorobowych leczonych w tutejszym szpitalu wynika, iż problem bólu ostrego dotyczy głównie pacjentów leczonych w oddziałach zabiegowych, dlatego zgodnie z wytycznymi towarzystw naukowych, sformalizowana procedura została zastosowana tylko w stosunku do oddziałów zabiegowych. Na oddziałach niezabiegowych, tryb postępowania przeciwbólowego oparty jest na aktualnej

¹⁶ § 5a rozporządzenia dodany przez § 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1441, ze zm.), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

wiedzy medycznej. Opóźnienie wdrożenia *Procedury* na oddziałach zabiegowych wynikało z braków kadrowych lekarzy anesteziologów. Za leczenie bólu odpowiedzialni są głównie lekarze anesteziolodzy, a ich rotacja utrudniała ustalenie koordynatora odpowiedzialnego za opracowanie stosowanej procedury.

(dowód: akta kontroli str. 306-307)

2. W historii choroby pacjentów hospitalizowanych w ZOZ w 2015 r., w podanym niżej zakresie, nie odnotowano zapisów dotyczących stopnia natężenia bólu, tj. dokumentacja medyczna była prowadzona niezgodnie z § 18 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz § 17 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, z czego:

- na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – w 23 na 40 zbadanych przypadków (wszystkie dotyczyły osób przyjętych na oddział przed wprowadzeniem *Procedury*),

- na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym – w 24 na 40 zbadanych przypadków, z których 21 dotyczyło osób przyjętych przed wprowadzeniem *Procedury*, trzy – po jej wprowadzeniu),

- na Oddziale Chorób Wewnętrznych I – w 21 na 25 zbadanych przypadków, w pozostałych czterech przypadkach w dokumentacji zawarto incydentalne zapisy na temat stopnia natężenia bólu,

- na Oddziale Reumatologicznym – w 37 na 45 zbadanych przypadków, w pozostałych ośmiu – w dokumentacji zawarto incydentalne zapisy na ten temat.

(dowód: akta kontroli str. 135-139, 142-148, 151-155, 159-163)

Leszek Orlński p.o. Zastępca Dyrektora ds. leczenia¹⁷ wyjaśnił, że w dokumentacji medycznej 21 pacjentów Oddziału, w których odnotowano fakt wystąpienia bólu, nie zamieszczono zapisów dotyczących stopnia natężenia bólu, gdyż podjęte działania i skuteczność leczenia nie wymagały w ocenie lekarza prowadzącego monitorowania bólu.

Z wyjaśnienia dr. n. med. Marii Maciejewskiej-Roge, Kierownika Oddziału Reumatologicznego wynika, że stopień natężenia bólu u pacjentów na oddziale był oceniany codziennie zarówno przez personel lekarski, jak i pielęgniarki, lecz nie był odnotowywany w dokumentacji medycznej.

Z wyjaśnienia lek. med. Adama Bargiela, Kierownika Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wynika, że przed wprowadzeniem *Procedury* nie obowiązywały w ZOZ zalecenia odnośnie dokumentowania stopnia natężenia bólu według jakiegokolwiek skali. Natężenie bólu u pacjenta było monitorowane, ale nie prowadzono dokumentacji w zakresie oceny bólu według skali.

Z wyjaśnienia dr. n. med. Sławomira Włodarczyka, Kierownika Oddziału Chirurgii Ogólnej wynika, że do dnia wprowadzenia *Procedury* zalecenia dotyczące rejestrowania natężenia bólu nie były jednoznacznie określone i wymagane, dlatego leczenie przeciwbólowe było prowadzone, jednak nie dokumentowano stopnia natężenia bólu. W trzech przypadkach, które miały miejsce po wdrożeniu *Procedury*, nie założono *Karty leczenia bólu*, ponieważ nie przeprowadzono zabiegów operacyjnych, ból wystąpił doraźnie i krótkotrwale.

(dowód: akta kontroli str. 140-141, 149-150, 156-158, 312-313)

Zdaniem NIK, zapisy w dokumentacji medycznej powinny umożliwiać rzetelne prześledzenie procesu leczenia bólu u pacjenta przez cały okres hospitalizacji, od przyjęcia do wypisu. W tym celu niezbędne jest odnotowywanie w dokumentacji

¹⁷ P.o. Dyrektora ds. leczenia jest również Kierownikiem Oddziału Chorób Wewnętrznych I.

medycznej każdego pacjenta wyników pomiarów natężenia bólu według skali oceny dobranej odpowiednio do specyfiki jednostki chorobowej, co ma szczególne znaczenie w przypadkach zastosowania wyłącznie leczenia farmakologicznego (występowania bólu ostrego stosunkowo rzadko i krótkotrwałe). Na podstawie wpisów, które nie miały usystematyzowanego charakteru, można stwierdzić, że w przypadku danego pacjenta wdrożono i prowadzono terapię przeciwbólową, jednakże prześledzenie procesu monitorowania przez personel medyczny skuteczności zastosowanego leczenia jest utrudnione.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Informacje o metodach leczenia bólu personel medyczny przekazywał pacjentom ustnie. Istotnym elementem terapii przeciwbólowej jest właściwa edukacja pacjenta polegająca na przekazaniu informacji o możliwościach i metodach uśmierzania bólu nie tylko w formie ustnej, ale również pisemnej, np. w postaci ulotek informacyjnych. Pisemna informacja może ułatwić pacjentom zrozumienie korzyści i potencjalnych ryzyk związanych z uśmierzaniem bólu. Zalecenia o formie przekazania pacjentowi informacji o bólu i sposobach jego leczenia opracował m.in. zespół ekspertów powołany przez: Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne¹⁸. Dotyczą one postępowania przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym, z zaleceniem ich stosowania u pacjentów leczonych w szpitalu zarówno z bólem ostrym, jak i z zespołami bólu przewlekłego pochodzenia nowotworowego i nienowotworowego. NIK zwraca uwagę, że ZOZ zawierając z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego, zobowiązał się do stosowania wytycznych, zaleceń i rekomendacji wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁹, wnosi o:

1. Opracowanie i wdrożenie procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu na oddziałach niezabiegowych ZOZ.
2. Zapewnienie systematycznego odnotowywania w historii choroby pacjentów informacji na temat stopnia natężenia bólu.

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 Kielcach.

¹⁸ Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym, dostępne pod adresem: <http://www.polanest.webd.pl/pliki/wytyczne2.html>.

¹⁹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.

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 uwagi 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.

Kielce, dnia 6 grudnia 2016 r.

Kontroler
Piotr Bulski
Starszy inspektor kp.

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
Wicedyrektor
Tadeusz Mikołajewicz

.....
podpis