



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.018.02.2016

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/92/2016 z dnia 2 listopada 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, ul. 11. Listopada 78, 28-200 Staszów (dalej: SPZZOZ).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Józef Żółciak, p.o. Dyrektor SPZZOZ od 7 stycznia 2016 r. Stanowisko kierownika jednostki zajmuje od 1 lutego 2007 r. dr n. med. Marek Tombarkiewicz ¹ . (dowód: akta kontroli str. 2-3, 16-17, 83)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna	W SPZZOZ nie zorganizowano systemu umożliwiającego monitorowanie skuteczności leczenia bólu. Personel medyczny podejmował wprawdzie działania w zakresie uśmierzania bólu (w postaci farmakoterapii), nie odnotowywał jednak w dokumentacji medycznej kompletnych informacji na temat stopnia natężenia bólu, niezbędnych dla rzetelnego monitorowania skuteczności prowadzonej terapii przeciwbólowej. Takie działanie personelu medycznego było niezgodne nie tylko 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 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, ale również ze <i>Standardem postępowania przeciwbólowego u wszystkich pacjentów leczonych w SPZZOZ w Staszowie</i> (dalej: <i>Standard postępowania</i>), w zakresie pomiarów i dokumentowania natężenia bólu. Badanie dokumentacji medycznej 150 pacjentów leczonych w okresie objętym kontrolą na Oddziałach Neurologicznym i Udarowym, Chorób Wewnętrznych, Chirurgicznym Ogólnym i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, u których prowadzono terapię przeciwbólową wykazało, że w 85 przypadkach (57%) dane dotyczące występowania bólu lub jego braku nie były odnotowywane w sposób systematyczny, tj. braki dotyczyły co najmniej jednego dnia pobytu w szpitalu. Jednocześnie w 64 przypadkach (43%) odnotowano fakt występowania bólu, jednak bez zamieszczenia zapisów dotyczących pomiarów stopnia natężenia bólu, w 83 przypadkach (55%) – informacje na temat natężenia bólu podawano incydentalnie, a tylko w trzech przypadkach (2%) – leczenia bólu po zabiegu
--------------	--

¹ Urlop bezpłatny od 7 stycznia 2016 r., na czas pełnienia funkcji Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

² 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.

³ Dz.U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.; rozporządzenie obowiązywało od 1 stycznia 2011 r. do 22 grudnia 2015 r.

⁴ Dz. U. poz. 2069, rozporządzenie weszło w życie 23 grudnia 2015 r.

operacyjnym – założono *Kartę dokumentacji postępowania przeciwbólowego* (dalej: *Kdpp*).

Pomimo analiz dokumentacji pielęgniarstwa, prowadzonych w SPZZOZ m.in. w ramach nadzoru nad dokumentowaniem terapii przeciwbólowej, które wykazały szereg przypadków niestosowania *Kdpp*, nie podjęto działań mających na celu stosowanie *Kdpp* na wszystkich oddziałach szpitalnych.

Pacjenci SPZZOZ byli informowani na temat możliwości i metod uśmierzania bólu.

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 Pacjenta⁵, osobom hospitalizowanym udostępniono wyciąg z tej ustawy, w którym zawarto m.in. informacje, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych bądź odmowy takiej zgody po otrzymaniu informacji na temat swojego stanu zdrowia i proponowanym leczeniu. Zgoda lub jej brak mogą być wyrażane zarówno w formie ustnej, jak i poprzez niebudzące żadnej wątpliwości zachowanie. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia o podwyższonym ryzyku dla pacjenta, zgoda lub odmowa musi być wyrażona pisemnie. W wyciągu zawarto również informacje, że pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, szczególnie w czasie przeprowadzania świadczeń zdrowotnych. Poszanowanie godności odnosi się również do godnego umierania oraz łagodzenia bólu i innych cierpień u pacjentów w stanie terminalnym.

Na tablicach informacyjnych czterech Oddziałów – Chirurgicznego Ogólnego, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Chorób Wewnętrznych oraz Neurologicznego i Udarowego – wywieszono m.in.: ww. wyciąg z ustawy o prawach pacjenta, dane adresowe i telefoniczne pełnomocnika ds. praw pacjenta w SPZZOZ, Biura Rzecznika Praw Pacjenta i Świętokrzyskiego Oddziału NFZ oraz informację o dostępności Księgi Informacyjnej Oddziału. Księgi Informacyjne były dostępne na każdym z czterech Oddziałów. W każdej z nich, stanowiącej segregator z wydrukami, zawarto m.in. wyciąg z ustawy o prawach pacjenta, regulamin odwiedzin, informację o sposobach zapobiegania infekcjom, wykazy personelu ze znajomością języków obcych i języka migowego, wykazy konsultantów wojewódzkich i konsultantów w SPZZOZ, a także ulotki informacyjne przeznaczone dla pacjentów – dotyczące diety i postępowania w trakcie leczenia (rehabilitacji) w odniesieniu do poszczególnych chorób.

(dowód: akta kontroli str. 159-160, 204)

Z badania indywidualnej dokumentacji medycznej przeprowadzonego na ww. próbie 150 hospitalizowanych osób⁶ wynika, że 147 osób potwierdziło własnoręcznym podpisem w historii choroby fakt zapoznania z prawami pacjenta i wyraziło zgodę na opiekę szpitalną, badania diagnostyczne i leczenie. W pozostałych trzech przypadkach, w historii choroby umieszczono adnotację „podpis niemożliwy”, podpisaną przez dwie pielęgniarki lub ratowników medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 114-121, 125-134, 139-143, 147-155, 161)

⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.

⁶ Badanie przeprowadzono na próbie dobranej w sposób celowy. Do badania wybrano dokumentację medyczną 130 pacjentów przyjętych do SPZZOZ w 2015 r. na Oddział Chirurgiczny Ogólny, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Chorób Wewnętrznych oraz Neurologiczny i Udarowy oraz 20 pacjentów przyjętych w 2016 r. na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, poddanych zabiegom operacyjnym lub leczonych zachowawczo, którzy w okresie hospitalizacji zgłosili dolegliwości bólowe.

Izabela Ostrowska, Naczelną Pielęgniarkę wyjaśniła, że w sytuacji przyjęcia do szpitala osoby w stanie ciężkim lub niepełnosprawnej, informacje o prawach pacjenta przekazywane są przez pielęgniarkę w trakcie rozmowy z członkiem rodziny tej osoby (opiekunem prawnym), który następnie podpisuje oświadczenie o uzyskaniu informacji o prawach pacjenta. W sytuacjach nagłych, w których członek rodziny (opiekun prawny) jest nieobecny w trakcie przyjęcia takiej osoby, w historii choroby dokonuje się adnotacji „podpis niemożliwy”, podpisywanej przez dwie osoby z personelu szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 362-363)

W ramach ww. badania 150 dokumentacji medycznych, w każdej z 55 dokumentacji pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym stwierdzono podpisane przez nich oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowany zabieg, towarzyszące zabiegowi postępowanie medyczne, rodzaj znieczulenia i medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego, a w 12 kolejnych przypadkach – analogiczne oświadczenia w odniesieniu do badań diagnostycznych o podwyższonym ryzyku.

Z treści zaleceń lekarskich, zawartych w 138 kartach informacyjno-wypisowych leczenia szpitalnego wynika, że w przypadku zakończenia leczenia pacjent był informowany o dalszym zalecanym postępowaniu⁷. W zależności od stanu pacjenta lekarz wystawiał skierowanie do poradni specjalistycznej odpowiedniej do zgłaszanych dolegliwości (najczęściej do poradni neurologicznej, chirurgicznej, ortopedycznej, onkologicznej i kardiologicznej), a także informował o konieczności stosowania leków zaleconych w karcie informacyjno-wypisowej. Wszyscy pacjenci otrzymywali przy wypisie ulotki informujące o postępowaniu przy dolegliwościach związanych z daną chorobą, dotyczące m.in. postępowania rehabilitacyjnego po zabiegach operacyjnych, wykonywania ćwiczeń usprawniających, profilaktyki przeciwodleżynowej i przeciwzakrzepowej i stosowania zalecanej diety. Celem przekazywania powyższych informacji była edukacja pacjenta, zarówno w zakresie zrozumienia potencjalnego ryzyka związanego z uśmierzaniem bólu, jak i korzyści wynikających z profilaktyki dolegliwości bólowych. Ponadto, w każdej zbadanej dokumentacji zawarto informację na temat edukacji pacjenta dokonywanej w trakcie hospitalizacji przez personel pielęgniarski.

(dowód: akta kontroli str. 114-121, 125-134, 139-143, 147-155, 164-203)

2. Organizacja procesu leczenia bólu

Opis stanu
faktycznego

Zarządzeniem z dnia 23 lutego 2010 r. Dyrektor SPZZOZ powołał Zespół ds. zwalczania ostrego bólu pooperacyjnego (dalej: Zespół), do którego zadań miał należeć nadzór nad leczeniem, monitorowanie prowadzonej dokumentacji, organizowanie szkoleń dla personelu oddziałów, promowanie postępowania przeciwbólowego i przygotowanie SPZZOZ do certyfikacji programu *Szpital bez bólu*. Zarządzeniem wprowadzono do stosowania *Kdpp*.

(dowód: akta kontroli str. 84-85)

Z wyjaśnienia Józefa Żółciaka, p.o. Dyrektora SPZZOZ wynika, że po przeprowadzeniu cyklu szkoleń z przedmiotowego zakresu odstąpiono od zamiaru ubiegania się o certyfikat *Szpital bez bólu*. Z uwagi na chorobę przewodniczącego Zespołu i jego niezdolność do pracy od 13 lutego 2015 r. do 1 października 2016 r., Zespół nie podejmował pozostałych działań.

(dowód: akta kontroli str. 308-309)

⁷ W pozostałych 12 przypadkach pacjenci w celu dalszego leczenia zostali przekazani do innych szpitali.

W SPZZOZ opracowano i z dniem 6 maja 2013 r. wprowadzono do stosowania na wszystkich oddziałach szpitalnych *Standard postępowania*⁸. Celem *Standardu postępowania* było zapewnienie pacjentom subiektywnego komfortu i ułatwienie procesu zdrowienia poprzez standaryzację procedur postępowania, tj. prowadzenie właściwego monitorowania i leczenia bólu na podstawie aktualnych wytycznych farmakoterapii. Natężenie bólu powinno być określane w 11-punktowej skali numerycznej NRS⁹ lub odpowiadającej jej skali wzrokowo-analogowej VAS oraz odnotowane w indywidualnej dokumentacji pacjenta. W przypadku przedłużonego leczenia bólu w trakcie hospitalizacji lub leczenia bólu pooperacyjnego powinna zostać założona *Kdpp*, zgodnie z którą natężenie bólu pooperacyjnego w skali NRS powinno być dokumentowane sześć razy na dobę (o godz.: 8:00, 12:00, 16:00, 20:00, 24:00 i 4:00). Zgodnie z zapisami *Standardu postępowania*, lekarze są odpowiedzialni za informowanie pacjentów o możliwości i metodach łagodzenia doznań bólowych w trakcie pobytu w szpitalu, zlecenie terapii przeciwbólowej, prowadzenie dokumentacji, wpisy w karcie informacyjnej oraz zlecenie właściwego leczenia po wypisie, natomiast pielęgniarki odpowiadają za monitorowanie skuteczności leczenia bólu poprzez okresową (minimum cztery razy na dobę) ocenę nasilenia bólu, prowadzenie dokumentacji oraz systematyczne i doraźne (w bólach przebijających) podawanie środków przeciwbólowych. W *Standardzie postępowania* określono ponadto definicje bólu o różnym pochodzeniu i nasileniu (ostry, somatyczny, trzewny, pooperacyjny, neuropatyczny, w przebiegu chorób nowotworowych), szczegółowo opisano rodzaje stosowanych środków (opioidy, analgetyki nieopiodowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne) oraz zasady terapii przeciwbólowej (w przypadku ostrego bólu pooperacyjnego, zabiegów operacyjnych połączonych z niewielkim urazem tkanek, z miernym urazem tkanek, ze znacznym urazem tkanek, z rozległym urazem tkanek, postępowanie przeciwbólowe u dzieci). W *Standardzie postępowania* nie podano, od kiedy należy rozpocząć prowadzenie *Kdpp* (w stosunku do dnia przyjęcia pacjenta w celu wykonania zabiegu operacyjnego) i kiedy zakończyć jej stosowanie (po zabiegu) oraz nie określono precyzyjnych kryteriów stosowania *Kdpp* w przypadku leczenia bólu nieoperacyjnego, tj. leczenia zachowawczego.

(dowód: akta kontroli str. 87-111)

Sposób prowadzenia stosowanej w SPZZOZ terapii przeciwbólowej sprawdzono na próbie indywidualnej dokumentacji medycznej 150 osób¹⁰. Badanie wykazało, że w każdej z dokumentacji ww. osób odnotowano zgłoszenie dolegliwości bólowych przez pacjenta oraz wdrożono terapię przeciwbólową. Na każdym z czterech oddziałów informacje na temat zgłaszanych przez pacjentów dolegliwości bólowych zamieszczano w dokumentacji pielęgniarskiej (zapisy w księdze raportów pielęgniarskich i w karcie postępowania pielęgniarskiego – od dwóch do trzech razy na dobę w trakcie hospitalizacji) oraz w indywidualnej karcie obserwacji lekarskich.

W wyniku badania dokumentacji medycznej 75 pacjentów dwóch oddziałów niezabiegowych ustalono ponadto, że:

- z 35 osób przyjętych na Oddział Neurologiczny i Udarowy (2,3% pacjentów oddziału w 2015 r.) w dokumentacji 30 osób (86%) odnotowano zapisy określające stopień natężenia bólu w rodzaju: *silne bóle, dolegliwości bólowe o dużym nasileniu, niewielkie dolegliwości bólowe*. Zapisy miały charakter incydentalny, zamieszczano je głównie w dniu przyjęcia pacjenta na Oddział.

⁸ *Standard postępowania* został zatwierdzony przez Dyrektora ZOZ w dniu 6 maja 2013 r. Wydanie II *Standardu postępowania* zostało zatwierdzone przez Dyrektora ZOZ w dniu 3 sierpnia 2015 r., a wydanie III – przez p.o. Dyrektora ZOZ w dniu 1 września 2016 r.

⁹ Numerical Rating Scale - skala numeryczna od 0 do 10, gdzie 0 odpowiada określeniu „wcale nie odczuwam bólu”, a 10 – „najgorszy ból, jaki mogę sobie wyobrazić”.

¹⁰ Próbę określono w pkt 1 niniejszego wystąpienia.

W pozostałych pięciu przypadkach (14%) odnotowano tylko fakt występowania bólu. Skuteczność leczenia bólu potwierdzono zapisami o treści: *chory nadal zgłasza bóle z promieniowaniem (promieniujące do kończyny), dolegliwości jak w dniu przyjęcia, dolegliwości bólowe o mniejszym nasileniu (mniej nasilone), ból o zdecydowanie/ znacznie mniejszym nasileniu, pacjent zgłaszał drętwienie (kończyny), pacjent dolegliwości bólowych nie zgłaszał*. Zapisy dotyczące skuteczności leczenia bólu zamieszczano każdego dnia hospitalizacji;

- z 40 osób przyjętych na Oddział Chorób Wewnętrznych (1,8% pacjentów oddziału w 2015 r.) w dokumentacji medycznej 17 osób (42%) odnotowano incydentalne zapisy określające stopień natężenia bólu w rodzaju: *pacjent z silnymi bólami, ból o dużym nasileniu, słabe bóle, niewielkie bóle, pobolewania*. W pozostałych 23 przypadkach (58%) odnotowano jedynie fakt występowania bólu. Skuteczność leczenia bólu potwierdzono zapisami o treści: *pacjent zgłaszał ból, który ustępował po podaniu leku, dolegliwości bólowe mniejsze/silniejsze, bóle okresowe, ból spoczynkowy/wysiłkowy, tkliwość uciskowa, pacjent dolegliwości bólowych nie zgłaszał, brak bólu*. Zapisy dotyczące skuteczności leczenia bólu, tj. występowania bólu lub jego braku, zamieszczono każdego dnia pobytu w przypadku 24 pacjentów (60%).

W wyniku badania dokumentacji medycznej 75 pacjentów dwóch oddziałów zabiegowych ustalono ponadto, że:

- z 30 osób przyjętych na Oddział Chirurgiczny Ogólny (1,0% pacjentów oddziału w 2015 r.) w dokumentacji medycznej 12 osób (40%) odnotowano incydentalne zapisy określające stopień natężenia bólu w rodzaju: *silne dolegliwości bólowe, ostre/ uporczywe bóle, pobolewania*. W pozostałych 28 przypadkach (60%) odnotowano jedynie fakt występowania bólu. Skuteczność leczenia bólu potwierdzono zapisami o treści: *pacjent zgłaszał bóle, które zmniejszały się/ustępowały po podaniu leku, bóle nasilające się, dolegliwości bólowe mniejsze, pacjent bez nasilenia dolegliwości, dolegliwości bólowych nie zgłaszał, skarg nie zgłaszał, bolesność uciskowa, tkliwość uciskowa*. Zapisy dotyczące skuteczności leczenia bólu zamieszczono każdego dnia hospitalizacji w przypadku dwóch pacjentów (7%);
- z 45 osób przyjętych na Oddział Chirurgii Udarowo-Ortopedycznej (25 w 2015 r. i 20 w 2016 r., tj. po 1,6% pacjentów oddziału w danym roku) w dokumentacji 18 osób (40%) odnotowano incydentalne zapisy określające stopień natężenia bólu w rodzaju: *dolegliwości bólowe silne, umiarkowane, lekkie, niewielkie, pobolewania*. Od września 2016 r. wykorzystywano w tym celu *Kdpp*, w której na podstawie informacji uzyskanej od pacjenta po zabiegu operacyjnym dokonywano wpisów z kontroli natężenia bólu sześć razy na dobę (godz.: 8:00, 12:00, 16:00, 20:00, 24:00 i 4:00). *Kdpp* założono w trzech przypadkach (7%) i prowadzono przez cały okres utrzymywania się bólu, tj. od czterech do pięciu dni. W pozostałych 24 przypadkach (53%) odnotowano tylko fakt występowania bólu. Skuteczność leczenia bólu potwierdzono zapisami o treści: *zabieg bez powikłań/ niepowikłany, pacjent zgłaszał dolegliwości bólowe, pacjent nie zgłaszał dolegliwości bólowych, dolegliwości bólowe pod kontrolą leków, terapię przeciwbólową stosowano ze skutkiem (pozytywnym), pacjent zgłaszał ból, po podaniu leku dolegliwości ustąpiły, ból i tkliwość uciskowa (w odniesieniu do rany pooperacyjnej)*. Zapisy dotyczące skuteczności leczenia bólu zamieszczono każdego dnia pobytu w przypadku czterech pacjentów (9%).

(dowód: akta kontroli str. 112-121, 125-134, 139-143, 147-155)

W strukturze organizacyjnej SPZZOZ nie wyodrębniono specjalistycznej poradni leczenia bólu.

(dowód: akta kontroli str. 21, 31, 121, 134, 143, 155)

Z wyjaśnienia dr n. med Jacka Kiełtuckiego, Zastępcy Dyrektora ds. leczenia wynika, że lekarze prowadzący informowali pacjentów o możliwości podjęcia leczenia w poradni leczenia bólu na podstawie skierowania uzyskanego od lekarza rodzinnego.

(dowód: akta kontroli str. 364-366)

SPZZOZ zawarł cztery umowy zlecenia o świadczenie usług medycznych, których przedmiotem było wykonywanie konsultacji dla pacjentów SPZZOZ z zakresu: psychiatrii (w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2016 r.) oraz psychologii (trzy umowy obowiązujące w okresach: od 1 stycznia 2012 r. do 31 lipca 2015 r., od 1 sierpnia do 31 października 2015 r. i od 2 listopada 2015 r. do 31 grudnia 2016 r.). Ponadto SPZZOZ zawarł dwie umowy o pracę z psychologiem (w okresie od 10 czerwca do 9 września 2014 r. i od 10 września 2014 r. do 31 grudnia 2017 r.) Na podstawie powyższych umów w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) przeprowadzono łącznie 107 konsultacji psychiatrycznych i 747 – psychologicznych.

(dowód: akta kontroli str. 205-228)

SPZZOZ uzyskał certyfikaty Ministra Zdrowia w zakresie spełnienia standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego w dniach 30 grudnia 2009 r. i 14 listopada 2013 r.¹¹ W raporcie z wizyty akredytacyjnej przeprowadzonej od 11 do 13 września 2013 r. stwierdzono, że mimo opracowania procedury dla oddziałów zabiegowych, w trakcie przeglądu zamkniętej dokumentacji medycznej nie napotkano na udokumentowane monitorowanie bólu (skale VAS, NRS).

(dowód: akta kontroli str. 291-306)

Z wyjaśnienia Naczelnej Pielęgniarki wynika, że w dniach od 23 do 25 listopada 2016 r. zespół akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia dokonał kolejnego, zaplanowanego przeglądu, a raport podsumowujący jego wyniki zostanie przekazany Dyrektorowi SPZZOZ w terminie około trzech tygodni.

(dowód: akta kontroli str. 363)

W skierowanym do pielęgniarek koordynujących piśmie z dnia 10 grudnia 2015 r. Naczelna Pielęgniarka powołała zespół, do którego zadań należy analiza dokumentacji pielęgniarskiej, w tym w zakresie zapisów dotyczących postępowania przeciwbólowego. W wyniku prowadzonych analiz wykazano, że historie choroby pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Urologicznym (analiza za styczeń i marzec 2016 r.), Pediatrycznym (marzec i maj 2016 r.), Chorób Wewnętrznych (kwiecień 2016 r.), Rehabilitacji Neurologicznej (kwiecień i maj 2016 r.) oraz Chirurgicznym Ogólnym (czerwiec 2016 r.) nie zawierały *Kdpp* wymaganej zapisami *Standardu postępowania*. We wnioskach z analizy dokumentacji za lipiec i sierpień 2016 r. wskazano, że poprawie uległy, prowadzone w dużej mierze systematycznie, obserwacje stanu pacjentów w zakresie postępowania przeciwbólowego po zabiegach operacyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 318-361)

Kontrole przeprowadzone w latach 2015-2016 w SPZZOZ przez konsultantów wojewódzkich, dotyczące funkcjonowania Oddziału Geriatrycznego, Urologicznego, Neurologicznego i Udarowego oraz realizacji świadczeń medycznych w obszarze anestezjologii i intensywnej terapii, nie stwierdziły nieprawidłowości. W okresie poddanym kontroli nie składano skarg na działalność placówki w zakresie terapii przeciwbólowej.

(dowód: akta kontroli str. 38-41, 66-82, 308)

¹¹ Zgodnie z art. 3 pkt 12 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r., Nr 52 poz. 418, ze zm.), akredytacji udziela się na okres trzech lat.

3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu leczenia bólu

Opis stanu
faktycznego

Średnioroczne zatrudnienie w SPZZOZ na podstawie stosunku pracy wyniosło w 2015 r. 485 osób, z czego: lekarze – 56,5, lekarzy anestezjologów – 4, pielęgniarki/pielęgniarze – 278,5, pielęgniarki/pielęgniarze anestezjologiczni – 24,5, pozostały personel medyczny (np. rehabilitanci, fizjoterapeuci) – 121,5¹², a w 2016 r. – 499,5, z czego: lekarze – 57,5, lekarzy anestezjologów – 4, pielęgniarki/pielęgniarze – 282,5, pielęgniarki/pielęgniarze anestezjologiczni – 25, pozostały personel – 130,5¹³.

(dowód: akta kontroli str. 229)

W SPZZOZ opracowano harmonogramy szkoleń personelu medycznego na 2015 r. i 2016 r. W szkoleniach wewnętrznych dotyczących zagadnienia leczenia bólu w latach 2015-2016 (do 31 października) wzięło udział 26 lekarzy, dwóch lekarzy anestezjologów, 254 pielęgniarki i 25 osób z pozostałego personelu medycznego. Ponadto 32 pielęgniarki uczestniczyły w 2015 r. w kursie specjalistycznym „Leczenie ran dla pielęgniarek”. W trakcie trwania niniejszej kontroli p.o. Ordynator Oddziału Neurologicznego i Udarowego był w trakcie studiów podyplomowych „Medycyna bólu” na Uniwersytecie Jagiellońskim, dwie pielęgniarki uczestniczyły w szkoleniu specjalizacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, a 30 pielęgniarek rozpoczęło kurs specjalistyczny „Terapia bólu ostrego u dorosłych”.

(dowód: akta kontroli str. 231-279)

Z wyjaśnienia Zastępcy Dyrektora ds. leczenia wynika, że przy kierowaniu personelu medycznego na szkolenia z zakresu bólu brano pod uwagę chęć podjęcia takich szkoleń przez pracowników, stykających się z powyższą problematyką w codziennej praktyce zawodowej.

(dowód: akta kontroli str. 364-366)

Usługi medyczne w SPZZOZ były świadczone przez personel medyczny również na podstawie umów cywilnoprawnych. Na dzień 31 grudnia 2015 r. zawarto 84 umowy, a na 31 sierpnia 2016 r. – 111 umów. W umowach nie zobowiązywano personelu do podnoszenia kwalifikacji zawodowych lub udziału w szkoleniach. Wprowadzano natomiast zapisy zobowiązujące przyjmującego zamówienie do m.in. wykonywania przedmiotu umowy z należytą starannością, wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, z poszanowaniem praw pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 230, 280-281)

Standardy akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia nie wprowadzały wymogów w zakresie uczestnictwa personelu medycznego w szkoleniach dotyczących terapii przeciwbólowej.

(dowód: akta kontroli str. 282-290)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W dokumentacji medycznej nie odnotowywano kompletnych informacji na temat stopnia natężenia bólu, niezbędnych dla rzetelnego monitorowania skuteczności prowadzonego postępowania przeciwbólowego, tj.:

¹² Dane za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r.; w przeliczeniu na etaty: 480,9; 53,9; 4; 278,5; 24,5; 120.

¹³ Dane za okres od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r.; w przeliczeniu na etaty: 495; 53,3; 4; 282,5; 25; 130,3.

- na Oddziale Neurologicznym i Udarowym – w pięciu z 35 zbadanych dokumentacji odnotowano tylko fakt występowania bólu, a w 30 przypadkach informacja na temat pomiarów stopnia natężenia bólu była odnotowywana incydentalnie, tj. głównie przy przyjęciu pacjenta na Oddział,
- na Oddziale Chorób Wewnętrznych – w 23 z 40 zbadanych dokumentacji odnotowano tylko fakt występowania bólu, a w 17 przypadkach informacja o natężeniu bólu była odnotowywana incydentalnie; ponadto w dokumentacji medycznej 16 z 40 pacjentów informacje o występowaniu bólu lub jego braku nie były zapisywane każdego dnia hospitalizacji, tj. braki dotyczyły co najmniej jednego dnia pobytu),
- na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym – w 12 z 30 zbadanych dokumentacji odnotowano tylko fakt występowania bólu, a w 18 przypadkach informacja na temat natężenia bólu była odnotowywana incydentalnie; ponadto w dokumentacji 28 z 30 pacjentów informacji o występowaniu bólu lub jego braku nie podano każdego dnia pobytu,
- na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – w 24 z 45 zbadanych dokumentacji odnotowano tylko fakt występowania bólu, w 18 przypadkach informacja o natężeniu bólu była odnotowywana incydentalnie, a w pozostałych trzech – założono *Kdpp*; ponadto w dokumentacji 41 z 45 pacjentów informacji o występowaniu bólu lub jego braku nie odnotowywano każdego dnia pobytu.

Oznacza to, że dokumentacja medyczna była w opisanym wyżej zakresie 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.

(dowód: akta kontroli str. 114-121, 125-134, 139-143, 147-155)

Z wyjaśnienia lek. med. Jacka Wójcika, p.o. Ordynatora Oddziału Neurologicznego i Udarowego wynika, że w pięciu przypadkach lekarz przyjmujący nie odnotował istnienia dolegliwości bólowych, ponieważ mogły pojawić się później lub zwiększyło się ich nasilenie. W pozostałych przypadkach zmniejszenie bądź utrzymywanie się dolegliwości bólowych odnotowywano w sposób opisowy. Zdaniem p.o. Ordynatora żaden z 30 przypadków nie mieścił się w wytycznych dotyczących przedłużającego się leczenia bólu, a *Kdpp* może mieć zastosowanie na oddziałach zabiegowych.

Z wyjaśnienia lek. med. Andrzeja Janika, Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych wynika, że w instrukcji ogólnoszpitalnej *Standard postępowania przeciwbólowego u wszystkich pacjentów leczonych w SPZOZ w Staszowie* nie określono dokładnie, w odniesieniu do których chorych ma być stosowana. W związku z tym na oddziale przyjęto, że w dokumentacji medycznej nie podaje się natężenia bólu w przypadku wystąpienia bólu małego lub umiarkowanego, a dokładniejszy opis stosuje się u pacjentów z bólem umiarkowanym i dużym. Informacje o zmniejszeniu się natężenia bólu wpisywano w kolejnych obserwacjach, gdy poprawa była trwała. Kierownik dodał, że wypełnienie *Kdpp* u chorego leczonego na oddziale zachowawczym okazało się w praktyce niemożliwe.

Lek. med. Adam Kabza, Kierownik Oddziału Chirurgii Ogólnej wyjaśnił, że na oddziale prowadzona jest profilaktyka przeciwbólowa przed zabiegiem operacyjnym oraz pooperacyjna terapia przeciwbólowa, jednak z powodu nadmiaru pracy na oddziale przy jednocześnie za małej obsadzie lekarskiej nie jest możliwe prowadzenie szczegółowej dokumentacji medycznej (z braku czasu).

Z wyjaśnienia lek. med. Jolanta Gorostowicz, p.o. Ordynator Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wynika, że w przypadku małych dolegliwości natężenie bólu nie było odnotowywane w dokumentacji medycznej, umieszczano w niej zapisy

w przypadku umiarkowanych i silnych dolegliwości. W obserwacjach skupiano się na ocenie stanu miejscowego, przebiegu gojenia rany pooperacyjnej, skuteczności wprowadzanej rehabilitacji i nie odnotowywano oceny stopnia bólu, jeżeli pacjent nie zgłaszał dolegliwości, a efekt leczenia przeciwbólowego był trwały. P.o. Ordynator dodała, że na oddziale wykonywanych jest od sześciu do ośmiu zabiegów operacyjnych dziennie, a wśród pacjentów pourazowych większość stanowią osoby w starszym wieku, o zaburzonej świadomości, w przypadku których dokonanie oceny stopnia bólu jest niemożliwe.

(dowód: akta kontroli str. 122-124, 135-138, 144-146, 156-158)

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 medycznej każdego pacjenta wyników pomiarów natężenia bólu według skali oceny dobranej odpowiednio do specyfiki jednostki chorobowej. Na podstawie zapisów prowadzonych w nieusystematyzowany sposób można stwierdzić, że pacjenci byli leczeni przeciwbólowo, jednak prześledzenie procesu monitorowania przez personel medyczny skuteczności zastosowanej terapii jest utrudnione.

2. W latach 2015-2016 na trzech z czterech Oddziałów poddanych kontroli, tj. Neurologicznym i Udarowym, Chorób Wewnętrznych i Chirurgicznym Ogólnym nie stosowano *Kdpp*, a na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej jej stosowanie rozpoczęło we wrześniu 2016 r. Obowiązek stosowania *Kdpp* na tych oddziałach wynikał ze *Standardu* postępowania. Analizy dokumentacji pielęgniarskiej, prowadzone w SPZZOZ m.in. w ramach nadzoru nad dokumentowaniem terapii przeciwbólowej¹⁴, również wykazały szereg przypadków niestosowania *Kdpp*.

(dowód: akta kontroli str. 114-121, 125-134, 139-143, 147-155, 318-361)

Z wyjaśnienia dr n.med. Jacka Kiełtuckiego, Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa wynika, że w przypadku pacjentów niewymagających leczenia operacyjnego, a podlegających terapii przeciwbólowej, dr n. med. Marek Tombarkiewicz, Dyrektor SPZZOZ wydał na spotkaniu z ordynatorami i kierownikami oddziałów ustną dyrektywę, aby w takich przypadkach nie zakładać *Kdpp*. Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa dodał, że niestosowanie *Kdpp* na oddziałach zabiegowych jest niewytłumaczalne oraz zapewnił, że po zakończeniu kontroli zostaną podjęte działania w celu doprecyzowania zapisów *Standardu postępowania* w zakresie stosowania *Kdpp*, zarówno w przypadku wykonywania zabiegów operacyjnych, jak i leczenia nieoperacyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 364-366)

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 Kontroli¹⁵, wnosi o:

1. Zapewnienie systematycznego odnotowywania pomiarów stopnia natężenia bólu i monitorowania skuteczności uśmierzania bólu w dokumentacji medycznej pacjentów.
2. Zapewnienie stosowania *Kdpp* w przypadkach określonych zapisami *Standardu postępowania*.

¹⁴ Zaprezentowane w pkt 2 niniejszego wystąpienia.

¹⁵ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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.

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 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 9 grudnia 2016 r.

Kontroler
Piotr Bulski
Starszy inspektor kp.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach

Wicedyrektor
Tadeusz Mikołajewicz

.....
podpis

.....
Podpis