



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.018.03.2016.

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., a także działania wcześniejsze i późniejsze dotyczące kontrolowanej działalności.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontroler	Kontrolę przeprowadził Jerzy Stachowiak, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/63/2016 z dnia 31 sierpnia 2016 r. [Dowód: akta kontroli str. 1]
Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Szpitalna 1, 26-110 Skarżysko-Kamienna (dalej: Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Leszek Lepiarz, Dyrektor Szpitala. [Dowód: akta kontroli str.3-6]

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

W Szpitalu zorganizowano system umożliwiający rzetelne monitorowanie skuteczności leczenia bólu pooperacyjnego. Dla oddziałów, na których przeprowadzane są zabiegi operacyjne opracowano i wdrożono procedurę leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, a przebieg postępowania przeciwbólowego w większości przypadków dokumentowano zgodnie z obowiązującą procedurą. Spośród objętych badaniem 60 dokumentacji medycznych pacjentów przebywających na oddziałach zabiegowych², w dwóch przypadkach (3%) nie dochowano jednego z wymogów procedury, określającego liczbę pomiarów natężenia bólu odczuwanego przez pacjenta w ciągu jednej doby, natomiast w 13 przypadkach (22%) nie odnotowano informacji o monitorowaniu skuteczności uśmierzania bólu. Na ww. oddziałach w dokumentacji medycznej 58 pacjentów³ (92%) prowadzonej w czasie ich hospitalizacji, w okresie po upływie jednej doby od zabiegu do czasu wypisu, personel medyczny nie odnotowywał stopnia natężenia bólu zgłaszanego przez pacjentów.

We wnioskach z analiz przeprowadzanych przez pełnomocnika do spraw zarządzania jakością nie było zaleceń dotyczących zakresu leczenia bólu, pomimo znacznej skali występowania sytuacji bólowych u pacjentów.

Dla pozostałych oddziałów szpitalnych nie opracowano pisemnych procedur w powyższym zakresie, co było niezgodne z § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴. W dokumentacji medycznej pacjentów tych oddziałów brak było zapisów świadczących o usystematyzowanym monitorowaniu bólu. Nieregularne informacje na temat stopnia natężenia bólu odnotowano

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 Tj. Oddziały: Chirurgiczny, Urazowo-Ortopedyczny, Położniczo-Ginekologiczny, Otolaryngologiczny oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

³ Dwaj pacjenci zostali wypisani ze szpitala po upływie doby od wykonania zabiegu.

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.

w dokumentacji 43% pacjentów, a na temat skuteczności leczenia bólu – 80% pacjentów. W dokumentacji medycznej pozostałych pacjentów informacji takich nie odnotowano w ogóle.

W Szpitalu podejmowano działania w celu pogłębiania wiedzy personelu medycznego m.in. na temat aktualnych wytycznych w leczeniu bólu pooperacyjnego, metod uśmierzania bólu, przewlekłego bólu neuropatycznego, łagodzenia bólu porodowego, a także stosowania leków przeciwbólowych.

Pacjentów informowano o zakresie możliwości i metodach uśmierzania bólu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Informowanie pacjentów o możliwościach i metodach leczenia bólu

Opis stanu
faktycznego

Szpital, zgodnie z dyspozycją art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵, udostępnił pacjentom w formie pisemnej, w pomieszczeniach Szpitala, kartę praw pacjenta. W dokumencie znalazł się zapis o poszanowaniu godności pacjenta w stanie terminalnym i prawie do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. Ponadto każdy pacjent przy przyjęciu otrzymywał kartę informacyjną dotyczącą jego praw w trakcie pobytu w Szpitalu. Zamieszczono w niej zapisy informujące, iż pacjent ma prawo do m.in. *umierania w spokoju i godności w warunkach zapewniających łagodzenie bólu*. [Dowód: akta kontroli str. 22, 27, 32]

Według wyjaśnień Dyrektora Szpitala informacja o możliwościach i metodach uśmierzania bólu jest przekazywana ustnie przez lekarza w trakcie przyjęcia do szpitala. Pierwsze rozmowy na ten temat prowadzone są podczas przeprowadzania wywiadu z pacjentem, a bardziej szczegółowe w trakcie prowadzonej terapii przeciwbólowej, na podstawie oceny klinicznej bólu w zależności od natężenia i postępu leczenia bólu. Przy wypisie ze Szpitala pacjent z bólem przewlekłym jest ustnie informowany przez lekarza prowadzącego o możliwości kontynuowania farmakoterapii, jak i leczenia alternatywnymi metodami w poradni leczenia bólu. [Dowód: akta kontroli str. 37]

Pacjenci poddawani zabiegom operacyjnym byli pisemnie informowani o możliwościach leczenia przeciwbólowego, w tym o możliwościach znieczulenia do danego typu zabiegu oraz o powikłaniach i możliwościach leczenia przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym. Zgody pacjentów na: znieczulenie ogólne, znieczulenie zewnątrzoponowe lub podpajęczynówkowe oraz znieczulenie przez blokadę nerwów obwodowych lub splotu zawierały m.in. opis proponowanego znieczulenia, informacje o jego bezpieczeństwie i ryzyku podczas zastosowania, alternatywnych metodach znieczulenia, dających się przewidzieć korzyściach, jak i możliwych powikłaniach zastosowania proponowanego znieczulenia. [Dowód: akta kontroli str. 34, 56, 60-72]

W dokumentacji medycznej pozostałych pacjentów Szpitala nie odnotowywano faktu poinformowania pacjenta o możliwościach i metodach uśmierzania bólu. Informacje w tym zakresie były – zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala – przekazywane pacjentom ustnie. [Dowód: akta kontroli str. 37, 51]

⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.

2. Organizacja procesu leczenia bólu

W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę leczenia bólu pooperacyjnego dla następujących oddziałów: Chirurgicznego, Urazowo-Ortopedycznego, Położniczo-Ginekologicznego, Otolaryngologicznego oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej: oddziały zabiegowe). Procedura ta została opracowana w ramach ubiegania się o certyfikat *Szpital bez bólu* przyznany 23 listopada 2015 r.⁶ Opisuje ona: osoby odpowiedzialne za wprowadzenie, stosowanie, monitorowanie i nadzór nad realizacją leczenia przeciwbólowego, stosowaną skalę⁷ oceny natężenia bólu, dawkowanie i podawanie leków przeciwbólowych, zasady postępowania przeciwbólowego oraz sposób dokumentowania postępowania przeciwbólowego. Do procedury załączono wzór karty leczenia bólu pooperacyjnego oraz wzór karty znieczulenia. Karty leczenia bólu pooperacyjnego prowadzone były przez okres jednej doby pooperacyjnej. [Dowód: akta kontroli str. 40, 43, 46, 50-56, 102, 109]

Dla pozostałych oddziałów szpitalnych procedur leczenia bólu pooperacyjnego nie opracowano⁸. [Dowód: akta kontroli str. 51]

Dyrektor Szpitala w dniu 3 września 2013 r. powołał zespół ds. leczenia bólu⁹, w skład którego weszli: kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (przewodniczący Zespołu) trzech lekarzy z oddziałów zabiegowych, siedem pielęgniarek z oddziałów zabiegowych oraz dwie położne z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego. Do zadań zespołu należały m.in.: koordynacja i modyfikacja leczenia przeciwbólowego w poszczególnych oddziałach, wnioskowanie o wprowadzenie nowych leków przeciwbólowych i bieżące szkolenie personelu. [Dowód: akta kontroli str. 58, 59, 214]

Przyjęta przez Szpital procedura leczenia bólu operacyjnego obejmowała trzy schematy leczenia, tj.:

- zabiegi operacyjne połączone z niewielkim urazem tkanek. Dla tego schematu przyjęto poziom natężenia bólu wg skali VAS mniejszy niż 4;
- zabiegi operacyjne połączone z miernym urazem tkanek. Dla tego schematu przyjęto poziom natężenia bólu wg skali VAS większy niż 4, o czasie dolegliwości bólowych do trzech dni;
- zabiegi operacyjne połączone ze znacznym urazem tkanek. Dla tego schematu przyjęto poziom natężenia bólu wg skali VAS większy niż 4, o czasie trwania dolegliwości bólowych powyżej trzech dni. [Dowód: akta kontroli str. 53, 54]

Ponadto w Szpitalu zostały opracowane i wdrożone schematy leczenia bólu dla poszczególnych kategorii schorzeń i zabiegów. Obejmują one m.in.:

- „Postępowanie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej: SOR) w przypadku pacjenta z ostrym zespołem wieńcowym”;
- „Postępowanie w SOR z chorym z bólem w klatce piersiowej”;
- „Postępowanie w Oddziale Intensywnej Terapii z chorym oparzoną”;
- „Stosowanie terapii przeciwbólowej w czasie wykonywania procedur medycznych u noworodka”. [Dowód: akta kontroli str. 82-87]

Sposób dokumentowania zastosowanego postępowania przeciwbólowego sprawdzono na próbie dokumentacji medycznej 120 pacjentów¹⁰ z dwóch oddziałów

⁶ Certyfikat *Szpital bez bólu* po raz pierwszy przyznano Szpitalowi 17 kwietnia 2012 r.

⁷ Skala wzrokowo-analogowa (VAS), w której stopień natężenia bólu podaje się w zakresie od 0 do 10.

⁸ Procedurą nie objęto m.in. oddziałów: Chorób Zakaźnych, Chorób Wewnętrznych, Pediatricznego, Neonatologicznego, Neurologicznego, Udarowego i Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

⁹ Zarządzeniem wewnętrznym nr 94/2013/12/2014, zmienionym zarządzeniem nr 14/2016.

¹⁰ Badaniem objęto dokumentację 30 pacjentów każdego z czterech wymienionych oddziałów. Doboru dokumentacji dokonano w sposób celowy ze względu na oczekiwany rezultat, tj. pacjentów odczuwających ból.

zabiegowych (Oddział Chirurgii i Oddział Ortopedii) oraz pacjentów Oddziału Neurologii i Oddziału Wewnętrzny (dalej: oddziały niezabiegowe).

Badanie dokumentacji medycznej 60 pacjentów z oddziałów zabiegowych wykazało, że dokumentacja postępowania przeciwbólowego 58 pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym, w okresie jednej doby od zabiegu, prowadzona była zgodnie z przyjętą dla tych oddziałów procedurą, tj. natężenie bólu mierzone było co najmniej cztery razy w ciągu doby po zabiegu operacyjnym przy użyciu skali VAS (0-10). Dla pacjentów prowadzone były *karty leczenia bólu pooperacyjnego*. W przypadku dwóch pacjentów oddziałów operacyjnych ocenę natężenia bólu przeprowadzono 3 razy w ciągu doby.

Zgodnie z procedurą leczenia bólu pooperacyjnego dla 59 pacjentów skorygowano terapię przeciwbólową, ponieważ natężenie bólu w skali VAS wynosiło 3. Jeden pacjent nie wymagał korekty terapii ponieważ natężenie bólu wyniosło 1.

W dokumentacji medycznej prowadzonej w czasie hospitalizacji pacjentów, w okresie po upływie jednej doby od zabiegu do czasu wypisu, personel medyczny nie odnotowywał stopnia natężenia bólu zgłaszanego przez pacjentów, a jedynie fakt wystąpienia bólu. Wg wyjaśnień dyrektora, przyczyna braku wpisów dotyczących natężenia bólu wynikała z nadmiaru obowiązków podczas dyżurów.

Dokumenty załączone do historii choroby, tj. *Wywiad lekarski*, *Ocena pielęgniarska dotycząca stanu zdrowia pacjenta*, a także *Obserwacja lekarska* zawierały zapisy na temat podjętych działań oraz skuteczności leczenia. Podawano nazwy zastosowanych leków, a także formułowano następujące zapisy na temat skuteczności terapii: „ból uległ złagodzeniu”, „ból uległ zmniejszeniu”, „ból zmalał”, „ból ustąpił”, „chory nie zgłasza dolegliwości bólowych”, „ból ustąpił po podaniu leku”, „dolegliwości bólowe o mniejszym nasileniu”, „dolegliwości bólowe zmniejszyły się nieco”, „dolegliwości bólowe zmniejszyły się nieznacznie” itp. [Dowód: akta kontroli str. 60-72, 213]

Badanie dokumentacji medycznej 60 pacjentów oddziałów niezabiegowych, dla których nie opracowano pisemnych procedur postępowania przeciwbólowego, wykazało że informacje na temat zgłaszanych dolegliwości bólowych były zamieszczane w *Wywiadzie lekarskim*, w *Ocenie pielęgniarskiej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta*, a także w *Obserwacji lekarskiej*.

Monitorowanie leczenia bólu na oddziałach niezabiegowych odbywało się w nieusystematyzowany sposób:

- na oddziałach niezabiegowych nie sporządzano karty leczenia bólu, a także nie dokonywano pomiaru natężenia bólu przy użyciu skali numerycznej;
- jeśli w dokumentacji medycznej odnotowano natężenie bólu, używano w tym celu skali słownej np. „silne dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego”, „silne bóle głowy”, „silne bóle odcinka piersiowego”, „pacjent zgłasza niewielkie dolegliwości bólowe”;
- u części pacjentów skuteczność leczenia bólu odnotowano w części dotyczącej przebiegu choroby poprzez wskazanie, że „ból zmniejszył się”, „ból ustępuje”, „dolegliwości bólowe mniejsze”, „dolegliwości bólowe zmniejszają się nieco po lekach”, „ból uległ złagodzeniu”. Zapisy te oparte były na relacji pacjenta i obserwacji lekarza;
- informacje o skuteczności leczenia przeciwbólowego znajdowały się także w dokumentacji pielęgniarskiej dotyczącej obserwacji stanu chorego poprzez odnotowanie w kolejne dni hospitalizacji występowania lub też niewystępowania dolegliwości bólowych. [Dowód: akta kontroli str. 73-81]

W wyniku analizy dokumentacji medycznej 120 pacjentów oddziałów zabiegowych i niezabiegowych stwierdzono, że:

- dla wszystkich pacjentów w dokumentacji medycznej odnotowano odczuwanie bólu w czasie hospitalizacji;
- dla 28 pacjentów (23%) odnotowano stopień natężenia bólu w czasie hospitalizacji, a dla 92 pacjentów (77%) Oddziału Chirurgii, Oddziału Ortopedii, Oddziału Neurologii i Oddziału Wewnętrznego w dokumentacji medycznej nie określono stopnia natężenia bólu, odnotowując jedynie fakt wystąpienia bólu;
- w przypadku 95 pacjentów (79%) zapisy w dokumentacji medycznej potwierdzały monitorowanie skuteczności uśmierzania bólu, a dla 25 pacjentów (21%) Oddziału Chirurgii, Oddziału Ortopedii, Oddziału Neurologii i Oddziału Wewnętrznego w dokumentacji medycznej nie odnotowano monitorowania skuteczności uśmierzania bólu. [Dowód: akta kontroli str. 60-81]

W strukturze Szpitala nie wyodrębniono poradni leczenia bólu. W dokumentacji medycznej wszystkich 120 pacjentów nie zamieszczono informacji o skierowaniu pacjentów przy wypisie ze szpitala do poradni leczenia bólu. [Dowód: akta kontroli str. 60-81]

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *o możliwości kontynuowania farmakoterapii oraz dalszego leczenia w poradni leczenia bólu pacjent informowany jest ustnie przez lekarza prowadzącego przy wypisie ze Szpitala*. [Dowód: akta kontroli str. 37]

W Szpitalu powołano pełnomocnika do spraw zarządzania jakością (dalej: Pełnomocnik), który w ramach wykonywanych obowiązków przeprowadzał systematyczną analizę dokumentacji medycznej, również w zakresie poprawności dokumentowania leczenia bólu. Funkcję tę w ramach 1/5 etatu pełniła Anna Korzeniowska, będąca jednocześnie pielęgniarką koordynującą i nadzorującą pracę innych pielęgniarek w Oddziale Neonatologicznym (4/5 etatu). Do zadań Pełnomocnika należało m.in. planowanie i organizowanie audytów wewnętrznych, a także przedstawianie analiz Dyrektorowi i kadrze kierowniczej. [Dowód: akta kontroli str. 110, 114]

Zgodnie z wprowadzonym przez Dyrektora Szpitala *Standardem sprawdzania dokumentacji medycznej pacjenta*, sprawdzeniu podlegają m.in. następujące dokumenty: *Ocena pielęgniarska stanu zdrowia pacjenta, Karta czynności pielęgniarskich*, a także *Karta leczenia bólu*. [Dowód: akta kontroli str. 116]

Pełnomocnik prowadził na bieżąco audyt dokumentacji medycznej Szpitala oraz poszczególnych oddziałów szpitalnych. Skuteczność leczenia bólu była analizowana w Szpitalu poprzez bieżące monitorowanie skuteczności podawanych pacjentom leków. We wnioskach z analiz przeprowadzanych przez pełnomocnika do spraw zarządzania jakością nie było zaleceń ani wniosków dotyczących zakresu leczenia bólu. [Dowód: akta kontroli str. 117-158]

Pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu zapewniono dostęp do pomocy psychologicznej udzielanej przez zatrudnionych w nim psychologów. Na dzień 20 września 2016 r. w Szpitalu zatrudnionych było czterech psychologów. Byli oni odpowiedzialni za dokonywanie diagnozy wstępnej dotyczącej stanu psychicznego, emocjonalnego oraz poziomu funkcjonowania umysłowego pacjenta i weryfikowanie tej diagnozy w trakcie leczenia, a także prowadzenie terapii grupowych i indywidualnych. [Dowód: akta kontroli str. 88, 90, 92, 94, 98]

3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu leczenia bólu

Średnioroczny poziom zatrudnienia personelu medycznego¹¹ wyniósł:

- na dzień 31 grudnia 2015 r.: pielęgniarki i położne – 267,12 etatu; lekarze – 47,44; pozostały personel medyczny – 71,13;
- na dzień 31 sierpnia 2016 r.: pielęgniarki i położne – 266,69 etatu; lekarze – 48,08; pozostały personel medyczny – 67,63.

Liczba pracowników zatrudnionych na umowy cywilnoprawne¹² wyniosła:

- na dzień 31 grudnia 2015 r.: pielęgniarki i położne – 14, lekarze – 76, pozostały personel medyczny – 20;
- na dzień 31 sierpnia 2016 r.: pielęgniarki i położne – 11, lekarze – 76, pozostały personel medyczny – 20.

Średnioroczny poziom zatrudnienia personelu anestezjologicznego¹³ wyniósł:

- na dzień 31 grudnia 2015 r.: pielęgniarki anestezjologiczne – 24,5 etatu; lekarze anestezjolodzy – 2;
- na dzień 31 sierpnia 2016 r.: pielęgniarki anestezjologiczne – 24,75 etatu; lekarze anestezjolodzy – 2.

Liczba pracowników anestezjologicznych zatrudnionych na umowy cywilnoprawne¹⁴ wyniosła:

- na dzień 31 grudnia 2015 r.: pielęgniarki anestezjologiczne – 1, lekarze anestezjolodzy – 5;
- na dzień 31 sierpnia 2016 r.: pielęgniarki anestezjologiczne – 1, lekarze anestezjolodzy – 5. [Dowód: akta kontroli str. 159, 160]

Szpital opracował harmonogram szkoleń personelu medycznego zarówno na 2015 r. jak i 2016 r. Zagadnienia związane z leczeniem bólu uwzględniały m.in. następujące szkolenia objęte harmonogramem (w nawiasach podano liczbę osób, które wzięły udział w szkoleniach):

- „Aktualne wytyczne w leczeniu bólu pooperacyjnego”¹⁵ (13 lekarzy, 280 pielęgniarek, 1 rehabilitant);
- „Przewlekły ból neuropatyczny” (7 pielęgniarek);
- „Leki przeciwbólowe – bezpieczna praktyka pielęgniarska” (7 lekarzy, 15 pielęgniarek);
- „Ból pooperacyjny – metody uśmierzania bólu, obowiązująca dokumentacja” (7 lekarzy i 16 pielęgniarek);
- „Profilaktyka przeciwoleżynowa, przeciwzakrzepowa, łagodzenie bólu” (10 pielęgniarek);
- „Pielęgnowanie chorych po zabiegu operacyjnym. Leczenie bólu pooperacyjnego. Karta leczenia bólu pooperacyjnego” (12 pielęgniarek. [Dowód: akta kontroli str. 161, 164, 165, 168, 181, 185, 186, 195, 196]

Przewodniczący zespołu ds. leczenia bólu Dariusz Węgrzyn uczestniczył w „Kursie zwalczania bólu u dzieci” zorganizowanym przez Fundację Project Hope oraz Instytut Pediatrii Akademii Medycznej w Krakowie, a także w kursie doskonalącym w zakresie „Leczenia przewlekłego bólu” prowadzonym przez Ośrodek Badania Bólu Zakład Anestezjologii Akademii Medycznej w Warszawie. [Dowód: akta kontroli str. 208, 209]

¹¹ Dotyczy personelu medycznego wykonującego pracę na podstawie stosunku pracy.

¹² Pracownicy zatrudnieni na umowy zlecenie oraz umowy kontraktowe.

¹³ Dotyczy personelu medycznego wykonującego pracę na podstawie stosunku pracy.

¹⁴ Pracownicy zatrudnieni na umowy zlecenie oraz umowy kontraktowe.

¹⁵ Szkolenie przeprowadzono w związku z uzyskaniem certyfikatu „Szpital bez bólu”.

Ustalono
nieprawidłowości

Podstawowe kryteria przy kierowaniu personelu na szkolenia wg Dyrektora Szpitala to wymogi przyznawania certyfikatu oraz zainteresowania i specjalizacja lekarzy. [Dowód: akta kontroli str. 109]

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

1. W Szpitalu nie opracowano pisemnych procedur leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, dla wszystkich pacjentów zgłaszających dolegliwości bólowe, hospitalizowanych na oddziałach szpitalnych. Procedury takie opracowano i wdrożono jedynie dla pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym (w ramach certyfikatu *Szpital bez bólu*). [Dowód: akta kontroli str. 51-54]

Obowiązek opracowania ww. procedur wynika z § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, obowiązującego od 1 stycznia 2015 r.¹⁶

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Procedura dla wszystkich pacjentów zgłaszających ból nie została wcześniej wdrożona, ponieważ zgłaszając szpital do certyfikatu „Szpital bez bólu” skupiliśmy się na spełnieniu wymogów komisji działającej przy Polskim Towarzystwie Badania Bólu. Obecnie szpital jest w trakcie opracowywania procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu dla wszystkich oddziałów szpitalnych.* [Dowód: akta kontroli str. 107]

Brak procedur leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu na oddziałach niezabiegowych mógł być jedną z przyczyn nieodnotowywania w dokumentacji medycznej części pacjentów istotnych dla skuteczności postępowania przeciwbólowego informacji o natężeniu bólu i skuteczności zastosowanego leczenia.

2. W przypadku dokumentacji medycznej dwóch pacjentów z oddziałów zabiegowych (nr księgi 6154 oraz 8676) spośród 60 objętych badaniem, ocenę natężenia bólu przeprowadzono jedynie 3 razy w ciągu doby, tj. niezgodnie z procedurą leczenia bólu pooperacyjnego (część VI, pkt 2), stanowiącą, iż ocenę natężenia bólu stosuje się minimum 4 razy na dobę. [Dowód: akta kontroli str. 53, 60-72]

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, *nie odnotowano jednej oceny natężenia bólu pooperacyjnego, gdyż po podaniu leku przeciwbólowego ból uległ złagodzeniu i pacjentka zasnęła, co spowodowało brak możliwości uzyskania informacji co do natężenia bólu pooperacyjnego.* W drugim przypadku brak czwartego pomiaru wynikał z przeoczenia. [Dowód: akta kontroli str. 105]

3. W Szpitalu historie choroby pacjentów, w podanym niżej zakresie, prowadzono w sposób niezgodny 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 przetwarzania¹⁷ 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 przetwarzania¹⁸. Analiza dokumentacji 120 pacjentów przebywających w Szpitalu wykazała, że:

1) dla 30 pacjentów Oddziału Chirurgii, 28 pacjentów Oddziału Ortopedii, 13 pacjentów Oddziału Neurologii i 21 pacjentów Oddziału Wewnętrzznego (razem 92 pacjentów, tj. 77% badanej próby) w dokumentacji medycznej nie

¹⁶ Przepis ten dodany został rozporządzeniem z dnia 20 października 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1441, ze zm.).

¹⁷ Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.

¹⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069.

określono stopnia natężenia bólu, odnotowując jedynie fakt wystąpienia bólu. [Dowód: akta kontroli str. 60-81]

- 2) dla trzech pacjentów Oddziału Chirurgii, 10 pacjentów Oddziału Ortopedii, 11 pacjentów Oddziału Neurologii i jednego pacjenta Oddziału Wewnętrzny (razem 25 pacjentów, tj. 21%) w dokumentacji medycznej nie odnotowano monitorowania skuteczności uśmierzania bólu. [Dowód: akta kontroli str. 61, 62, 64, 67-75, 79]

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *personel dokonywał oceny stopnia leczenia bólu na drodze ustnej relacji z pacjentem, natomiast z powodu nadmiaru obowiązków podczas dyżurów odnotowywał jedynie fakt wystąpienia bólu w dokumentacji medycznej. W oddziale chirurgii, urazowo-ortopedycznym, neurologii i wewnętrznym nie odnotowano monitorowania skuteczności uśmierzania bólu, gdyż były to przypadki kiedy ból ustąpił. W tym okresie dokonywano wpisów wówczas gdy dolegliwości bólowe nie ustępowały mimo leczenia. W sytuacji gdy pacjent nie zgłaszał bólu lub ból nie nasilał się wpisy nie zawsze były dokonywane.* [Dowód: akta kontroli str. 213]

Uwaga dotycząca
badanej działalności

Istotnym elementem postępowania przeciwbólowego jest właściwa edukacja pacjenta polegająca na przekazaniu nie tylko ustnej, ale również pisemnej informacji o bólu i metodach jego leczenia, 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 i Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne. Dotyczą one postępowania przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym, z zaleceniem ich stosowania u wszystkich pacjentów leczonych w szpitalu zarówno z bólem ostrym (np. pooperacyjny, pourazowy, analgezia porodu, bóle pochodzenia naczyniowego, stenokardialne), jak i z zespołami bólu przewlekłego pochodzenia nowotworowego i nienowotworowego.

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, wnioskuje o:

1. Opracowanie i wdrożenie procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu dla oddziałów szpitalnych, dla których dotychczas takiej procedury nie opracowano.
2. Wyeliminowanie przypadków nieprzestrzegania procedury leczenia bólu pooperacyjnego w zakresie minimalnej liczby ocen natężenia bólu pacjentów.
3. Dokumentowanie stopnia natężenia bólu oraz faktu monitorowania skuteczności uśmierzania bólu w dokumentacji medycznej pacjentów.

¹⁹ 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 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 października 2016 r.

Kontroler
Jerzy Stachowiak
główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach

Wicedyrektor
Tadeusz Mikołajewicz

.....
Podpis

.....
Podpis