



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.018.04.2016
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

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/16/088 – Dostępność terapii przeciwbólowej.
<i>Okres objęty kontrolą</i>	Od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r., a także działania wcześniejsze i późniejsze dotyczące kontrolowanej działalności.
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
<i>Kontroler</i>	Krzysztof Kopeć, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/66/2016 z dnia 5 września 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu (dalej: Szpital lub SSDŚ), ul. dr. Zygmunta Schinzla 13, 27-600 Sandomierz.
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Janusz Sikorski, Dyrektor Szpitala. (dowód: akta kontroli str. 2-3)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna	W Szpitalu zorganizowano system umożliwiający monitorowanie skuteczności leczenia bólu pooperacyjnego. Dla oddziałów, na których przeprowadzane były zabiegi (Otolaryngologii, Urologii, Ginekologiczno-Położniczym, Chirurgii, Neurochirurgii, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej), w związku z uzyskaniem certyfikatu „Szpital bez bólu”, opracowano i wdrożono zasady leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, przy czym w przyjętych rozwiązaniach nie określono między innymi okresu przez jaki należy monitorować natężenie bólu oraz sposobu postępowania z pacjentami zgłaszającymi dolegliwości bólowe, u których nie doszło do zabiegu. Dla pozostałych oddziałów szpitalnych (niezabiegowych) nie opracowano pisemnych procedur w powyższym zakresie, pomimo obowiązku wynikającego z § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego². W historii choroby 82³ z 200 objętych badaniem pacjentów, leczonych w kontrolowanym okresie na oddziałach Neurologicznym, Medycyny Paliatywnej, Nefrologicznym, Urologicznym Neurochirurgicznym i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – wbrew przepisom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵ – nie odnotowano w sposób usystematyzowany i pozwalający odtworzyć cały przebieg procesu uśmierzania bólu w czasie pobytu pacjenta w Szpitalu informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności jego leczenia. Ponadto, w przypadku czterech pacjentów⁶ nie dokonano i nie odnotowano w karcie postępowania przeciwbólowego od trzech do czterech pomiarów natężenia bólu, co stanowiło naruszenie wewnętrznych regulacji jednostki dotyczących sposobu prowadzenia karty postępowania przeciwbólowego.
---------------------	---

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.

² Dz. U. z 2016 r. poz. 694 ze zm.

³ 30 pacjentów Oddziału Neurologicznego, 26 pacjentów Oddziału Nefrologicznego, 21 pacjentów Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, trzech pacjentów Oddziału Urologii oraz dwóch pacjentów Oddziału Neurochirurgii.

⁴ Dz.U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.

⁵ Dz. U. poz. 2069.

⁶ Dwóch pacjentów Oddziału Urologii oraz dwóch Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

W Szpitalu podejmowano działania mające na celu pogłębianie wiedzy personelu medycznego m.in. na temat metod uśmierzania bólu, oceny stopnia nasilenia bólu kooperacyjnego oraz powikłań nieodpowiedniego leczenia przeciwbólowego.

W SSDŚ wdrożono mechanizmy nadzoru w obszarze leczenia bólu, a przeprowadzone w jednostce kontrole ujawniły przypadki niestosowania obowiązującej w Szpitalu karty postępowania przeciwbólowego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1. Informowanie pacjentów o możliwościach i metodach uśmierzania bólu

Szpital, zgodnie z dyspozycją art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷, udostępnił pacjentom kartę praw pacjenta oraz ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dokumenty te, w formie pisemnej, znajdowały się na każdym z oddziałów szpitalnych.

Z badania dokumentacji medycznej przeprowadzonego na próbie 200 pacjentów⁸ wynika, że pacjenci w każdym przypadku zostali zapoznani z kartą praw pacjenta, co potwierdzali własnoręcznym podpisem w karcie indywidualnej pielęgnacji. W przypadku, gdy pacjent był niezdolny do samodzielnego zapoznania się z dokumentem, zgodnie z postanowieniami procedury *zapoznania pacjenta z przysługującymi mu prawami*⁹, pielęgniarka udostępniała dokumenty rodzinie pacjenta lub sama zapoznawała pacjenta z dokumentem i czyniła odpowiednią adnotację w karcie indywidualnej pielęgnacji.

Karta praw pacjenta nie zawierała informacji o prawie do uśmierzania bólu. Zgodnie z art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.

Według wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, o możliwościach i metodach uśmierzania bólu pacjenci informowani byli ustnie.

(dowód: akta kontroli str. 155-181, 200, 225-229)

Pacjenci odczuwający ból na etapie wypisania ze szpitala, nie byli informowani o możliwości podjęcia leczenia w poradni leczenia bólu. Przy wypisie ze szpitala, w zaleceniach lekarskich, pacjentów informowano o dalszym zalecanym postępowaniu, w tym o sposobach uśmierzania bólu.

(dowód: akta kontroli str. 155-181)

2. Organizacja procesu leczenia bólu

W ramach ubiegania się o przyznanie certyfikatu „Szpital bez bólu”, który po raz pierwszy został przyznany 13 grudnia 2010 r., a następnie (25 listopada 2013 r.) przedłużony na okres kolejnych trzech lat, Dyrektor wprowadził¹⁰ obowiązek stosowania na oddziałach zabiegowych Szpitala (Otolaryngologii, Urologii, Ginekologiczno-Położniczym, Chirurgii, Neurochirurgii, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej) karty postępowania przeciwbólowego. Za właściwe prowadzenie kart postępowania przeciwbólowego odpowiedzialnych uczyniono ordynatorów poszczególnych oddziałów i pielęgniarki oddziałowe. Wzór karty postępowania przeciwbólowego¹¹ zakładał pomiar stopnia natężenia bólu w oparciu o skalę numeryczną.

W zarządzeniach Dyrektora wprowadzających kartę postępowania przeciwbólowego nie uregulowano między innymi, przez jaki czas należy monitorować stopień natężenia bólu. Przyjęty w praktyce w tym zakresie sposób postępowania w Szpitalu obejmował pomiar stopnia natężenia bólu przez cztery doby po operacji, zgodnie z szablonem zawartym we wzorze karty. Przyjęte regulacje nie określały również tego, czy karta ma zastosowanie

⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.

⁸ Badanie przeprowadzono na celowo dobranej próbie 200 osób przyjętych do Szpitala w 2015 r. Do badania wybrano osoby po zabiegach oraz osoby zgłaszające dolegliwości bólowe w trakcie pobytu w Szpitalu z następujących oddziałów zabiegowych: Urologii, Neurochirurgii, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz niezabiegowych: Neurologicznego, Medycyny Paliatywnej, Nefrologicznego.

⁹ Procedura wdrożona w Szpitalu w związku z uzyskaniem certyfikacji systemów zarządzania (ISO 9001).

¹⁰ Zarządzeniem QZ Nr 11/2010 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sandomierzu z dnia 8 lutego 2010 r. oraz zarządzeniem QZ Nr 2/07/2015 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sandomierzu z dnia 13 lipca 2015 r.

¹¹ Stanowiący załącznik do zarządzenia.

jedynie do pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym czy również do pacjentów oddziałów zabiegowych, u których z różnych względów nie doszło do zabiegu, np. z uwagi na złe wyniki badań, a zgłaszających w trakcie pobytu na oddziale dolegliwości bólowe.

W kontrolowanym okresie w SSDŚ, w związku z uzyskaniem certyfikacji systemów zarządzania (ISO 9001), wdrożono dwie procedury powiązane z procesem leczenia bólu: *Ból w chorobie nowotworowej* oraz *Postępowanie w oddziale neurologii u chorych z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego (l-s)*. W procedurach tych przedstawiony został głównie schemat zastosowania leków przeciwbólowych. Zapisy procedur nie odnosiły się do pomiaru stopnia natężenia bólu oraz monitorowania skuteczności jego leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 83-101)

W strukturze organizacyjnej Szpitala nie wyodrębniono specjalistycznej poradni leczenia bólu. Dyrektor wyjaśnił: *W strukturach organizacyjnych Szpitala nigdy nie było zakontraktowanej z Narodowego Funduszu Zdrowia poradni leczenia bólu gdyż nie było i nie ma takiego obowiązku. Od kilku lat Narodowy Fundusz Zdrowia nie ogłaszał też konkursu na nowe zakresy świadczeń i nawet w przypadku pozyskania lekarza o odpowiednich kwalifikacjach nie było możliwości zakontraktowania takiej poradni.*

(dowód: akta kontroli str. 29-82, 184)

Zarząd Szpitala nie utworzył zespołu zajmującego się leczeniem bólu¹² czy oceną skuteczności i jakości jego leczenia. Według wyjaśnień Dyrektora, *podczas uzyskiwania certyfikatu „Szpital bez bólu” w 2010 r. oraz podczas recertyfikacji w 2013 r. zespół ekspertów oceniających nie miał zastrzeżeń co do funkcjonujących w Szpitalu rozwiązań i nigdy nie padła sugestia o powołaniu zespołu zajmującego się leczeniem bólu, co zostało potwierdzone uzyskaniem już dwukrotnie wyżej wymienionego certyfikatu.* Dyrektor dodał również, że widząc zasadność rozwiązania polegającego na powołaniu zespołu zajmującego się leczeniem bólu dyrekcja Szpitala planuje jego powołanie w najbliższej przyszłości.

(dowód: akta kontroli str. 29-82, 184)

Sposób dokumentowania zastosowanego postępowania przeciwbólowego sprawdzono na próbie indywidualnej dokumentacji medycznej 200 pacjentów Szpitala. I tak:

- spośród 40 pacjentów Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (4% pacjentów przyjętych do tego oddziału), dla pięciu pacjentów nieoperowanych¹³, którzy w wywiadzie przeprowadzanym przy przyjęciu do Szpitala lub w trakcie pobytu zgłaszali dolegliwości bólowe, nie założono karty postępowania przeciwbólowego. Dla pozostałych 35 pacjentów operowanych została założona karta postępowania przeciwbólowego, w oparciu o którą przez cztery doby po zabiegu lub do wypisu (jeśli nastąpił przed upływem tego okresu) prowadzono pomiar stopnia natężenia bólu i monitorowanie skuteczności jego uśmierzania. W dwóch kartach postępowania przeciwbólowego nie odnotowano trzech pomiarów stopnia natężenia bólu w drugiej i trzeciej dobie po zabiegu. 15 pacjentów zgłosiło dolegliwości bólowe również w okresie poprzedzającym zabieg, bądź następującym po okresie obejmującym cztery doby po zabiegu operacyjnym;
- dla wszystkich 40 pacjentów Oddziału Neurochirurgicznego (10% pacjentów przyjętych do tego oddziału), którzy byli operowani została założona karta postępowania przeciwbólowego, w oparciu o którą przez cztery doby po zabiegu lub do wypisu (jeśli nastąpił przed upływem wspomnianego okresu) prowadzono pomiar stopnia natężenia bólu i monitorowanie skuteczności uśmierzania bólu. U dwóch pacjentów ból wystąpił również w czasie poprzedzającym zabieg, bądź następującym po okresie obejmującym cztery doby po zabiegu operacyjnym;
- dla 30 pacjentów Oddziału Urologii (2% pacjentów przyjętych do tego oddziału), którzy byli operowani została założona karta postępowania przeciwbólowego, w oparciu o którą

¹² Zobacz np.: Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym – 2014, według których, optymalnym rozwiązaniem jest zorganizowanie zespołu leczenia bólu, będącego interdyscyplinarną strukturą organizacyjną o podzielonych kompetencjach 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 natężenia 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).

¹³ Wszystkie przypadki objęte badaniem.

przez cztery doby po zabiegu lub do wypisu (jeśli nastąpił przed upływem tego okresu) prowadzono pomiar stopnia natężenia bólu i monitorowanie skuteczności uśmierzania bólu. W dwóch kartach postępowania przeciwbólowego nie odnotowano trzech pomiarów stopnia natężenia bólu w pierwszej i drugiej dobie po zabiegu. Trzech pacjentów zgłosiło również dolegliwości bólowe w czasie poprzedzającym zabieg, bądź następującym po okresie obejmującym cztery doby po zabiegu operacyjnym;

- spośród 30 pacjentów Oddziału Medycyny Paliatywnej (9% pacjentów przyjętych do tego oddziału) dla 22 pacjentów została założona karta postępowania przeciwbólowego, w oparciu o którą przez cały okres pobytu na oddziale prowadzono pomiar stopnia natężenia bólu i monitorowanie skuteczności uśmierzania bólu. W przypadku ośmiu pacjentów pomiar stopnia natężenia bólu i monitorowanie skuteczności uśmierzania bólu prowadzony był w oparciu o kartę monitorowania leczenia przeciwbólowego;
- spośród 30 pacjentów Oddziału Nefrologii (6% pacjentów przyjętych do tego oddziału), 26 pacjentów w wywiadzie przeprowadzanym przy przyjęciu albo w trakcie pobytu zgłosiło dolegliwości bólowe. Dla żadnego pacjenta zgłaszającego dolegliwości nie założono karty postępowania przeciwbólowego;
- dla 30 pacjentów Oddziału Neurologii (1% pacjentów przyjętych do tego oddziału), którzy w wywiadzie przeprowadzanym przy przyjęciu albo w trakcie pobytu zgłosili dolegliwości bólowe, nie założono karty postępowania przeciwbólowego.

(dowód: akta kontroli str. 155-181)

Badanie dokumentacji medycznej 90 pacjentów oddziałów niezabiegowych (Neurologiczny, Medycyny Paliatywnej, Nefrologiczny), na których zarządzenie Dyrektora nie wprowadziło obowiązku prowadzenia kart postępowania przeciwbólowego wykazało, że informacje na temat zgłaszanych dolegliwości bólowych były zamieszczane w wywiadzie lekarskim, wpisach dotyczących przebiegu hospitalizacji, dokumentacji pielęgniarskiej. Na ww. oddziałach nie sporządzano karty postępowania przeciwbólowego, za wyjątkiem Oddziału Medycyny Paliatywnej, na którym od 1 września 2015 r. stosowana była ww. karta (do 1 września 2015 r. karta monitorowania leczenia przeciwbólowego). Na Oddziale Neurologicznym i Nefrologicznym nie dokonywano pomiaru natężenia bólu przy użyciu skali numerycznych. Jeśli w dokumentacji medycznej odnotowano natężenie bólu, używano w tym celu skali słownej np. „silny”, „niewielki”. Skuteczność leczenia bólu odnotowano w części dotyczącej przebiegu choroby poprzez wskazanie, że „dolegliwości bólowe nasilone”, „ból zwiększył się” lub „ustępuje”. 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 kolejnych dniach hospitalizacji występowania lub też niewystępowania dolegliwości bólowych. Ponadto:

- we wszystkich 30 badanych dokumentacjach medycznych w Oddziale Neurologii, odnotowano zgłoszenie dolegliwości bólowych przez pacjenta. Do każdej historii choroby załączona była dokumentacja pielęgniarska dotycząca obserwacji dolegliwości chorego, w tym m.in. występowania dolegliwości bólowych. W karcie indywidualnej pielęgnacji i obserwacjach lekarskich adnotacje odnośnie występowania bądź braku dolegliwości bólowych pojawiały się nieregularnie, na przykład raz na dobę, raz na dwie doby. Były to zapisy w rodzaju: *dolegliwości bólowe*, *silne dolegliwości bólowe*, *bardzo silny ból*, *bóle odcinka szyjnego*. Skuteczność leczenia przeciwbólowego potwierdzana była zapisami o treści: *dolegliwości bólowe nieco mniejsze*, *dolegliwości bólowe mniejsze*, *dalsze zmniejszenie dolegliwości*;
- we wszystkich 30 objętych badaniem dokumentacjach medycznych na Oddziale Medycyny Paliatywnej odnotowano zgłaszanie dolegliwości bólowych przez pacjentów. W 22 przypadkach pomiar stopnia natężenia bólu i monitorowanie skuteczności uśmierzania bólu prowadzone było w oparciu o kartę postępowania przeciwbólowego, w pozostałych przypadkach terapia przeciwbólowa prowadzona była w oparciu o kartę monitorowania leczenia przeciwbólowego. Do każdej historii choroby była załączona dokumentacja codziennej dobowej obserwacji stanu chorego, w której raz na dobę zapisywane było występowanie m.in. dolegliwości bólowych u pacjenta, a także zastosowane analgetyki;
- z 30 badanych dokumentacji medycznych na Oddziale Nefrologii, w dokumentacji 26 pacjentów odnotowano zgłoszenie przez nich dolegliwości bólowych. Do każdej historii

choroby załączona była dokumentacja pielęgniarska dotycząca obserwacji dolegliwości chorego, w tym m.in. występowania dolegliwości bólowych. W karcie indywidualnej pielęgnacji, obserwacjach lekarskich adnotacje odnośnie występowania bądź braku dolegliwości bólowych pojawiały się nieregularnie, na przykład raz na dobę, raz na dwie doby. Były to zapisy w rodzaju: „dolegliwości bólowe”, „silne dolegliwości bólowe”, „bardzo silny ból”, „ból odcinka szyjnego”. Skuteczność leczenia przeciwbólowego potwierdzana była zapisami o treści: „dolegliwości bólowe nieco mniejsze”, „dolegliwości bólowe mniejsze”, „dalsze zmniejszenie dolegliwości”.

(dowód: akta kontroli str. 155-181)

Dla dwóch pacjentów Oddziału Medycyny Paliatywnej zlecenia leków przeciwbólowych dokonywano ze znacznym wyprzedzeniem, które obejmowały dni następujące po śmierci pacjenta. Jak wyjaśniła Ordynator Oddziału Medycyny Paliatywnej: *Ból nowotworowy jest stanem przewlekłym, który jest leczony stale. (...) wpisy zawarte w karcie leczenia bólu były kontynuacją zaplanowanego leczenia na dni weekendowe, kiedy to opiekę lekarską nad pacjentami sprawuje lekarz dyżurny Oddziału Chirurgii.*

(dowód: akta kontroli str. 173-178, 194)

Szpital zapewnił pacjentom, w tym cierpiącym z powodu bólu, dostęp do pomocy psychologicznej. W Szpitalu zatrudnionych było w kontrolowanym okresie ośmiu psychologów, udzielających świadczeń od godziny 7.00 do 14.35 w poniedziałek, wtorek, środę, piątek oraz od godziny 7.00 do 16.00 w czwartek.

(dowód: akta kontroli str. 213)

W latach 2014-2016 w oddziałach zabiegowych Szpitala przeprowadzono dwie kontrole dotyczące prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego. Analizą objęto 59 dokumentacji medycznych. W wyniku badań audytowych przeprowadzonych na oddziałach: Otolaryngologii, Urologii, Ginekologiczno-Położniczym, Chirurgii, Neurochirurgii, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w jednym przypadku stwierdzono brak karty postępowania przeciwbólowego, w jednym – brak autoryzacji w karcie, natomiast w jednym – brak pełnej identyfikacji lekarza w karcie.

(dowód: akta kontroli str. 152-154)

W książce skarg i wniosków SSDŚ nie zaewidencjonowano skarg na działalność Szpitala w zakresie leczenia i uśmierzania bólu.

(dowód: akta kontroli str. 131-134)

3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu uśmierzania bólu

W Szpitalu zatrudnionych było 121 lekarzy¹⁴ (w tym ośmiu lekarzy anestezjologów¹⁵) oraz 369 pielęgniarek i położnych¹⁶ (w tym 26 pielęgniarek anestezjologicznych¹⁷).

(dowód: akta kontroli str. 135-136)

Piętnaście pielęgniarek w okresie od 25 września 2009 r. do 30 października 2009 r. odbyło kurs specjalistyczny *Terapia bólu przewlekłego u dorosłych – dla pielęgniarek i położnych*.

(dowód: akta kontroli str. 137-151)

W związku z uzyskaniem przez Szpital 13 grudnia 2010 r. certyfikatu „Szpital bez bólu” w jednostce od 2009 r. przeprowadzono następujące szkolenia dla personelu medycznego dotyczące tematyki uśmierzania bólu:

- *Szkoła bólu*, w którym udział wzięło 35 lekarzy i 155 pielęgniarek i położnych w 2009 r. oraz 111 pielęgniarek i położnych w 2012 r.,
- *Uśmierzanie bólu pooperacyjnego*¹⁸, w którym uczestniczyło 113 pielęgniarek,
- *Szpital bez bólu*, w którym udział wzięło 36 lekarzy w 2010 r., 37 lekarzy w 2012 r. oraz 37 lekarzy i 54 pielęgniarki w 2015 r.,

¹⁴ 113,79 etatu.

¹⁵ 7,5 etatu.

¹⁶ 367,139 etatu.

¹⁷ 24,82 etatu.

¹⁸ Szkolenie zorganizowane w następujących terminach: 20 kwietnia 2010 r., 6 września 2010 r., 8 września 2010 r., 21 września 2010 r., 24 września 2010 r., 29 września 2010 r. oraz 18 października 2010 r.

- *Zalecenia w postępowaniu w bólu pooperacyjnym*, w którym uczestniczyło 109 pielęgniarek.

(dowód: akta kontroli str. 100-130)

Czterech lekarzy odbyło szkolenia i kursy związane z problematyką leczenia bólu¹⁹, natomiast sześć lekarzy uczestniczyło w ośmiu kongresach, konferencjach, sympozjach, zjazdach organizowanych przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu oraz Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne.

(dowód: akta kontroli str. 201-212)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie opracowano 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 szpitalnego²⁰ dla oddziałów niezabiegowych. Zasady takie w związku z uzyskaniem certyfikatu „Szpital bez bólu” opracowano i wdrożono dla oddziałów zabiegowych, przy czym w przyjętych rozwiązaniach nie określono między innymi okresu przez jaki należy monitorować natężenie bólu (zasady te stosowane były tylko w wyznaczonym limicie czasowym – cztery doby po operacji) oraz sposobu postępowania z pacjentami zdyskwalifikowanymi z zabiegu, a zgłaszającymi dolegliwości bólowe.

(dowód: akta kontroli str. 83-99)

Dyrektor wyjaśnił, że ból pooperacyjny jest monitorowany i leczony w Szpitalu od 2010 r. w związku z wdrożonym projektem „Szpital bez bólu”. Dodał, że tekst pierwotny rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego nie zawierał § 5a dotyczącego opracowania i wdrożenia na wszystkich oddziałach procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu. Zapis ten został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 października 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Dyrektor zaznaczył, że w chwili obecnej trwają prace mające na celu wdrożenie na wszystkich oddziałach procedury oceny i skuteczności leczenia bólu.

(dowód: akta kontroli str. 184)

2. W Szpitalu historii 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 przetwarzania²¹ 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 przetwarzania²². I tak dla:

- 56 pacjentów oddziałów niezabiegowych²³, którzy w wywiadzie przeprowadzonym przy przyjęciu lub w czasie pobytu w Szpitalu zgłaszali dolegliwości bólowe, nie odnotowano w sposób usystematyzowany i pozwalający odtworzyć cały przebieg procesu uśmierzania bólu w czasie pobytu pacjenta w Szpitalu informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności tego leczenia,
- jednego pacjenta²⁴, który w trakcie pobytu w Szpitalu przeszedł trzy zabiegi, kartę postępowania przeciwbólowego założono i prowadzono tylko dla jednego zabiegu,
- 20 pacjentów²⁵ operowanych założono i prowadzono kartę postępowania przeciwbólowego przez okres czterech dób po zabiegu, jednak nie dokonywano pomiaru stopnia natężenia bólu i monitorowania skuteczności uśmierzania w momencie

¹⁹ Leczenie bólu przewlekłego, Diagnostyka i leczenie bólów głowy, Szkoła bólu, Techniki miękkie, trakcje i mobilizacje stawów obwodowych i kręgosłupa w leczeniu zespołów bólowych narządu ruchu.

²⁰ § 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.

²¹ Rozporządzenie obowiązywało w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 22 grudnia 2015 r.

²² Rozporządzenie weszło w życie 23 grudnia 2015 r.

²³ 30 pacjentów Oddziału Neurologii, 26 pacjentów Oddziału Nefrologii.

²⁴ Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

²⁵ 15 pacjentów Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, dwa Oddział Neurochirurgii, trzech Oddział Urologii.

- zgłoszenia bólu przez pacjenta w okresie poprzedzającym zabieg, bądź następującym po okresie ujętym w karcie i obejmującym cztery doby po zabiegu,
- pięciu pacjentów²⁶ niezakwalifikowanych do zabiegu, a zgłaszających dolegliwości bólowe nie założono i nie prowadzono karty postępowania przeciwbólowego.

Ponadto dla czterech pacjentów²⁷ nie dokonano i nie odnotowano w karcie postępowania przeciwbólowego od trzech do czterech pomiarów natężenia bólu, co stanowiło naruszenie wewnętrznych regulacji jednostki dotyczących sposobu prowadzenia karty postępowania przeciwbólowego.

(dowód: akta kontroli str. 155-181)

Z wyjaśnień złożonych przez ordynatorów oddziałów zabiegowych objętych badaniem wynika, że przyczyną braku monitorowania natężenia bólu przed lub po zabiegu była niedoskonałość stosowanej karty, która została zmieniona w 2015 r. Odnosnie pacjentów niezakwalifikowanych do zabiegu ordynator Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wyjaśnił, że monitorowanie bólu odbywało się podczas wizyt lekarskich, pielęgniarskich, w przypadku konieczności podania leków przeciwbólowych fakt ten był odnotowywany w obserwacjach lekarskich i karcie zleceń.

Ordynator Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wyjaśnił również, że przyczyną braku pomiarów natężenia bólu był nadmiar obowiązków, a przyczyną niezakożenia kart postępowania przeciwbólowego w przypadku pacjenta przechodzącego trzy zabiegi operacyjne – przeoczenie.

(dowód: akta kontroli str. 186, 188, 192)

Ordynator Oddziału Neurologii wyjaśnił, że *ocena stanu chorych odbywa się na codziennych wizytach prowadzonych przez ordynatora oddziału. Zlecone badania oraz zlecenia leczenia są wpisywane w karty zleceń chorych, a stan kliniczny jest w skrócie opisywany w codziennych obserwacjach lekarskich oraz pielęgniarskich. W oddziale nie stosowano specjalnych skal, oceniających stopień nasilenia bólu. W praktyce skale takie byłyby potrzebne tylko w przypadku stosowania narkotycznych środków przeciwbólowych, np. u chorych z chorobą nowotworową. Stosowanie takich skal kilkakrotnie w ciągu pobytu chorego u chorych z zespołami korzeniowymi, stanowiłoby straszne obciążenie pracą lekarzy prowadzących oraz pielęgniarki, którzy już w praktyce stosują kilkanaście innych skal w różnych innych schorzeniach. W oddziale leczonych jest ponad 1000 chorych rocznie z zespołami bólowymi kręgosłupa i bólami głowy (...).*

Ordynator Oddziału Nefrologii wyjaśnił, że zarządzeniem Dyrektora Szpitala wprowadzono obowiązek prowadzenia kart postępowania przeciwbólowego na oddziałach zabiegowych. Na Oddziale Nefrologii każdorazowo w przypadku odnotowania skarg pacjentów na dolegliwości bólowe reakcja lekarzy była natychmiastowa, aż do momentu ustąpienia bólu. W oddziale priorytetem jest wykrycie przyczyny choroby i jej leczenie, czyli przede wszystkim leczenie przyczynowe – tj. leczenie narkozastępcze, antybiotykoterapia celowana, wymiana cewników do HD. Codzienne monitorowanie jest opisywane w raportach pielęgniarskich, reakcje lecznicze lekarza dyżurnego oraz opiekującego się danym pacjentem lekarza w oddziale wpisywane są w codziennych obserwacjach i kartach zleceń.

(dowód: akta kontroli str. 196, 198)

Zdaniem NIK, zapisy w dokumentacji medycznej powinny pozwolić na rzetelne prześledzenie procesu leczenia bólu u pacjenta przez cały okres hospitalizacji, od przyjęcia do wypisu i zawierać zapisy świadczące o dokonywaniu pomiarów natężenia bólu i monitorowaniu skuteczności leczenia bólu zgodnie z wymogami przepisów prawa.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że 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,

²⁶ Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

²⁷ Dwóch pacjentów Oddziału Urologii oraz dwóch Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

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, analgezja porodu, ból pochodzenia naczyniowego, stenokardialne), jak i z zespołami bólu przewlekłego pochodzenia nowotworowego i nienowotworowego²⁸.

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 Kontroli²⁹, wnosi o:

1. Opracowanie i wdrożenie procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu na oddziałach niezabiegowych oraz uzupełnienie procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu obowiązującej na oddziałach zabiegowych, w szczególności o postanowienia dotyczące okresu przez jaki należy monitorować natężenie bólu oraz sposobu postępowania z pacjentami nieoperowanymi, a zgłaszającymi dolegliwości bólowe.
2. Zapewnienie przestrzegania przez personel Szpitala procedur, zasad i wytycznych odnośnie pomiarów stopnia natężenia bólu i skuteczności leczenia bólu oraz ich dokumentowania.

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 uwag 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
Krzysztof Kopeć
specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach

Dyrektor
z up. Tadeusz Mikołajewicz
Wicedyrektor

.....
podpis

.....
podpis

²⁸ Np.: „Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym”, dostępne pod adresem: <http://www.polanest.webd.pl/pliki/wytyczne2.html>.

²⁹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.