



Nr ewid. 6/2017/P/16/088/LPO

Informacja o wynikach kontroli

DOSTĘPNOŚĆ TERAPII PRZECIWBÓLOWEJ

MISJA

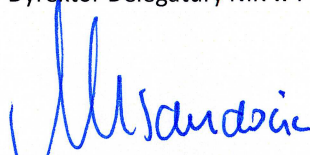
Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli dostępności terapii przeciwbólowej

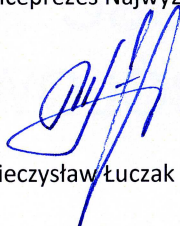
Dyrektor Delegatury NIK w Poznaniu:



Andrzej Aleksandrowicz

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Mieczysław Łuczak

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Krzysztof Kwiatkowski

Warszawa, dnia 11. 04. 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz stosowanych pojęć i skrótów	4
WPROWADZENIE	6
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	9
1.1. Temat i numer kontroli.....	9
1.2. Cel, zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz okres objęty kontrolą.....	9
1.3. Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli.....	9
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI	10
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	10
2.2. Wnioski.....	11
3. ISTOTNE USTALENIA KONTROLI	13
3.1. Uwarunkowania.....	13
3.2. Wyniki kontroli	14
4. INFORMACJE DODATKOWE	23
4.1. Przygotowanie kontroli	23
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.....	23
5. ZAŁĄCZNIKI	25
5.1. Załącznik nr 1. Wykaz skontrolowanych jednostek.....	25
5.2. Załącznik nr 2. Analiza stanu prawnego.....	28
5.3. Załącznik nr 3. Wykaz aktów prawnych	31
5.4. Załącznik nr 4. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	32

Wykaz stosowanych pojęć i skrótów

analgezyja	zniesienie czucia bólu z zachowaniem innych rodzajów czucia ¹
anestezja	utrata czucia w całym ciele lub jego części spowodowana podaniem narkozy lub środków znieczulających ²
ból	nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub zagrażającym uszkodzeniem tkanek, lub też doznanie opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia (International Association for the Study of Pain, ISAP Taxonomy 1979, 2008); jest sygnałem potencjalnego zagrożenia, wyzwała odruchową i behawioralną odpowiedź organizmu w celu ograniczenia do minimum skutków uszkodzenia ³
ból przewlekły	ból trwający pomimo wygojenia tkanek po urazie czy zabiegu operacyjnym, towarzyszy chorobie przewlekłej, np. chorobie nowotworowej czy chorobie zwyrodnienia stawów; doznania bólowe tracą wówczas swój ostrzegawczo-obronny charakter, a ból przewlekły staje się chorobą samą w sobie, wpływającą negatywnie na emocjonalne, fizyczne i socjalne funkcjonowanie człowieka; ból przewlekły jest zwykle definiowany jako „ból, który wykracza poza normalny przewidywany czas zdrowienia”; przyjmuje się, że dla bólu nienowotworowego granica pomiędzy bólem ostrym a przewlekłym to zwykle trzy miesiące, natomiast dla potrzeb badawczych często przyjmowany jest okres sześciu miesięcy ⁴
ból nowotworowy	spowodowany procesem lub wyniszczeniem nowotworowym, powstały w wyniku leczenia przeciwnowotworowego; ból u chorych na nowotwór może być spowodowany lokalnym rozrostem guza i nasileniem miejscowych procesów nocycepcji (tj. procesów powstawania bólu); ból u chorych na nowotwór jest szczególnie – w jego powstawaniu i podtrzymywaniu niezwykle istotną rolę odgrywają czynniki psychologiczne i socjalne, stąd też wprowadzono pojęcie bólu totalnego w celu podkreślenia wielowymiarowości tego zjawiska; ból może pojawić się na każdym etapie choroby nowotworowej i występuje średnio u 53 proc., a w okresie zaawansowanej choroby – nawet u ponad 64 proc. chorych ⁵
ból pooperacyjny	jest rodzajem bólu ostrego i powstaje w wyniku śródoperacyjnego przerwania ciągłości tkanek lub narządów; jego źródłem są uszkodzone tkanki powierzchowne (skóra, tkanka podskórna, błony śluzowe), jak również struktury położone głębiej (mięśnie, powięź, więzadła, okostna) ⁶

¹ Ryszard Brus, Andrzej Danysz., Zdzisław Kleinrok. Podstawy farmakologii dla lekarzy, farmaceutów i studentów medycyny. Volumed. Wrocław 1996.

² Ibidem.

³ Choroby wewnętrzne, Edra Urban & Partner, rozdział 5. Opieka paliatywna i leczenie bólu. D. Oxenham.

⁴ Medycyna praktyczna dla lekarzy. Wytyczne i artykuły przeglądowe. Magdalena Kocot-Kępska, Jan Dobrogowski. Zakład Badań i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum; patrz: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/94188,rodzaje-bolu>.

⁵ Ibidem.

⁶ Medycyna praktyczna dla lekarzy. Przegląd badań. Danuta Szkutnik-Fiedler, Edyta Szalek, Edmund Grześkowiak. patrz: <http://www.mp.pl/bol/badania/56277,zasady-leczenia-bolu-pooperacyjnego>.

drabina analgetyczna WHO⁷

schemat stosowania leków przeciwbólowych oraz innych farmaceutyków podawanych w celu zmniejszenia doznań bólowych chorego; jest to trójstopniowy podział leków przeciwbólowych; w zależności od siły bólu, kolejno stosowane są poszczególne poziomy drabiny analgetycznej; wyróżniamy trzy stopnie intensywności leczenia, w zależności od poziomu odczuwania bólu: I stopień – analgetyki nieopiodowe (ewentualnie lek wspomagający), II stopień – słaby opiod (ewentualnie analgetyki nieopiodowe oraz lek wspomagający), III stopień – silny opiod (ewentualnie analgetyki nieopiodowe oraz lek wspomagający)⁸

farmakoterapia

leczenie chorób przy użyciu leków; obejmuje praktyczne wskazania dotyczące stosowania leków i ich dawkowania⁹

ocena natężenia bólu

subiektywna ocena nasilenia bólu odczuwanego przez pacjenta z wykorzystaniem skali nasilenia bólu lub kwestionariusza; skale i kwestionariusze stanowią narzędzia pomocnicze służące nie tylko ocenie nasilenia bólu, ale również pozwalają ocenić skuteczność leczenia, wpływ bólu na funkcjonowanie fizyczne i psychospołeczne pacjenta; najczęściej stosuje się skalę numeryczną¹⁰, wzrokowo-analogową¹¹ oraz skalę słowną¹²; w ocenie nasilenia bólu u dzieci i osób z ograniczonymi funkcjami poznawczymi można stosować skale obrazkowe (przedstawiające różne wyrazy twarzy), a u osób nieprzytomnych klasyfikacje oparte na zachowaniu (grymas twarzy, ułożenie ciała)

skuteczne leczenie bólu¹³

proces przynoszący oczekiwane, spodziewane przez pacjenta i lekarza rezultaty; **skuteczność postępowania z pacjentami odczuwającymi ból ma być zagwarantowana przez stosowanie ustalonych reguł, zasad i wytycznych opartych na dowodach i badaniach klinicznych i naukowych**, ujętych w procedurze leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu

⁷ WHO (World Health Organization) – Światowa Organizacja Zdrowia działająca w ramach ONZ, zajmująca się ochroną zdrowia. Jej siedzibą jest Genewa. W 1946 r. ONZ zwołała Międzynarodową Konferencję Zdrowia w Nowym Jorku, gdzie 61 krajów ratyfikowało konwencję WHO.

⁸ Medycyna praktyczna dla lekarzy. Patrz: http://www.mp.pl/interna/image/B16.016_8349.

⁹ Za: Encyklopedia PWN, zobacz: <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/farmakoterapia;3899988.html>.

¹⁰ Skala numeryczna (NRS – Numerical Rating Scale) zawiera 11 stopni nasilenia bólu – od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobrażalny ból. Cechuje się znaczną powtarzalnością wyników i jest przydatna w zastosowaniach naukowych. Ze względu na jej zrozumiałość dla pacjentów i łatwość stosowania jest polecana w praktyce klinicznej, zarówno do oceny bólu ostrego, jak i przewlekłego.

¹¹ Skala wzrokowo-analogowa (VAS – Visual Analogue Scale) ma postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem lub suwakiem nasilenie bólu od 0 – zupełny brak bólu, do 10 – najsilniejszy wyobrażalny ból. Stosuje się również zmodyfikowane skale zawierające na skrajnych biegunkach rysunki twarzy – uśmiechniętej (brak bólu) i wykrzywionej grymasem (najsilniejszy ból) lub opatrzone dodatkowo słownymi określeniami bólu pod osią graficzną. Uważa się, że około 10-25 proc. chorych nie jest w stanie wybrać odpowiedniego dla siebie punktu na linii i uważa skalę za nadmiernie skomplikowaną.

¹² Skala słowna (VRS – Verbal Rating Scale) umożliwia opisową ocenę bólu. Jej największą wadą jest niejednoznaczność określeń nasilenia bólu, które poszczególni chorzy mogą różnie rozumieć; zdarza się też, że pacjenci zgłaszają trudności z przyporządkowaniem gotowych określeń do swojej percepcji bólu.

¹³ Pojęcie wyznaczające cel kontroli, zdefiniowane w oparciu o: wytyczne do leczenia bólu, ujęte w zaleceniach postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym (2011, 2014), w rozdziałach: przedmowa autorów, wstęp, ocena i mierzenie bólu (zalecenia 2011), organizacja systemu postępowania w bólu ostrym (zalecenia 2014), materiały z posiedzeń zespołów parlamentarnych z udziałem ekspertów (por. przypis nr 19), rozporządzenia Ministra Zdrowia, w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (por. przypis nr 21) oraz w sprawie dokumentacji medycznej (por. przypis nr 20).

WPROWADZENIE

Ból spełnia w życiu każdej jednostki rolę ostrzegawczo-obronną, jest sygnałem potencjalnego zagrożenia, wyzwała odruchową i behawioralną odpowiedź organizmu w celu ograniczenia do minimum skutków uszkodzenia. Jest zarówno skutkiem urazów, jak i objawem towarzyszącym wielu schorzeniom. Ból jest najczęstszym objawem występującym w medycynie. Będąc oznaką choroby lub urazu, sygnalizuje potrzebę poszukiwania pomocy medycznej, tym samym, mimo swego nieprzyjemnego charakteru, stanowi o przeżyciu jednostki¹⁴.

Są jednak i takie sytuacje, gdy ból przestaje być sygnałem ostrzegawczym, a staje się źródłem cierpienia i jednocześnie czynnikiem obniżającym znacząco jakość życia człowieka. Takim zjawiskiem jest ból przewlekły, który trwa mimo wygojenia tkanek po urazie czy zabiegu operacyjnym, towarzyszy chorobie przewlekłej, jak np. choroba nowotworowa czy choroba zwyrodnieniowa stawów. Doznania bólowe tracą wówczas swój ostrzegawczo-ochronny charakter, a ból przewlekły staje się chorobą samą w sobie, wpływającą negatywnie na emocjonalne, fizyczne i socjalne funkcjonowanie człowieka¹⁵. Ból przewlekły, czyli trwający ponad trzy miesiące dotyczy 20 proc. społeczeństwa, a u części (ponad 5 proc.) jest bólem o bardzo dużym nasileniu¹⁶. Zespoły przewlekłego bólu nienowotworowego to najczęściej: choroba zwyrodnieniowa stawów (34 proc.), bóle krzyża (18 proc.), bóle głowy (15 proc.) urazy (12 proc.) i ból neuropatyczny (5-8 proc.)¹⁷.

Obowiązkiem każdego lekarza, pielęgniarki i położnej jest wykonywanie zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, co oznacza także obowiązek postępowania zgodnie ze standardami medycznymi, ujmowanymi jako wskazówki, wytyczne, ścieżki postępowania odnoszące się do danej specjalności medycznej, tworzonymi przez wyspecjalizowane podmioty, głównie stowarzyszenia naukowe¹⁸. Obowiązek ten odnosi się również do postępowania zgodnego ze standardami dotyczącymi leczenia bólu.

Według specjalistów z różnych dziedzin medycyny, systematyczne pomiary natężenia bólu i ocena efektów leczenia są niezbędne dla skutecznego procesu uśmierzania bólu. Monitorowanie jego skuteczności powinno się odbywać od rozpoczęcia do zakończenia leczenia, bez względu na charakter występującego bólu. Kluczowa dla zastosowania odpowiedniego leczenia bólu jest odpowiednia komunikacja z pacjentem i jego edukacja¹⁹.

Ramowe wymogi odnośnie prowadzenia i dokumentowania procesu leczenia bólu w podmiotach leczniczych wprowadził Minister Zdrowia. Odnoszą się one do dokumentowania działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia²⁰, a w przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, również do zasad postępowania personelu medycznego, które

¹⁴ Por.: Magdalena Kocot-Kępska, Jan Dobrogowski, Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum; źródło: Neurologia, znieczulenie regionalne i terapia bólu, red. J. Anders, J. Dobrogowski. Ośrodek Regionalny CEEA w Krakowie, 2011, str. 239-253.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Za: prof. dr hab. n. med. Janem Dobrogowskim, Prezesem Polskiego Towarzystwa Badania Bólu; por.: „Propozycje systemowych rozwiązań prawnych w zakresie leczenia bólu w Polsce”. Warszawa, czerwiec 2016.

¹⁷ Za: prof. dr hab. n. prawn. Dorotą Karkowską, Kierownikiem Podyplomowego Studium Prawa Medycznego Uniwersytetu Łódzkiego, Fundacja Ekspertki dla Zdrowia; por.: „Propozycje systemowych rozwiązań prawnych w zakresie leczenia bólu w Polsce”. Warszawa, czerwiec 2016.

¹⁸ Por.: art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r., poz. 125) oraz art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251 ze zm.).

¹⁹ Por. np.: „Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym”, <http://www.polanest.webd.pl/pliki/wytyczne2.html>; „Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym 2014”, <http://ptbb.pl/zasoby/pobierz-pliki/category/15-zalecenia-postepowania-w-bolu-pooperacyjnym-ad-2014>; materiały z posiedzeń zespołów parlamentarnych z udziałem ekspertów: http://sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/transmisje_arch.xsp?page=3#431CFD36848BB412C1257FB9003F5376, <http://ptbb.pl/dzialalnosc/posiedzenie-sejmowej-komisji-24-ix-2015/163-posiedzenie-sejmowej-komisji-24-ix-2015-materiały>.

²⁰ Por.: § 17 ust. 1 pkt 4 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069) oraz § 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 (Dz.U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.).

w szpitalach powinny być ujęte w procedurze leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu²¹. Ma to zapewnić pacjentom leczenie bólu według ustalonych reguł, zasad i wytycznych opartych na dowodach i badaniach klinicznych i naukowych.

Wdrożenie procedury oceny i skutecznego leczenia bólu jest jednym ze standardów akredytacyjnych, opracowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia²². Akredytacja jest zewnętrzną metodą zapewnienia wysokiej jakości świadczeń, w tym przypadku – leczenia bólu u pacjenta. Posiada ją 225 szpitali.

Certyfikat potwierdzający spełnianie standardów poradni leczenia bólu nadaje Polskie Towarzystwo Badania Bólu. Posiadanie certyfikatu w zakresie leczenia bólu nadanego przez to Towarzystwo, jest dodatkowo punktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy ocenie spełniania kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Certyfikat posiada 27 poradni leczenia bólu. Polskie Towarzystwo Badania Bólu zainicjowało ponadto program „Szpital bez bólu”. Polega on na nadawaniu certyfikatu „Szpital bez bólu” placówkom, które spełnią określone kryteria i przez to przyczyniają się do podniesienia jakości uśmierzania bólu pooperacyjnego. Certyfikat posiada 145 szpitali i 32 oddziały szpitalne. Polskie Towarzystwo Badania Bólu zajmuje się m.in. badaniem bólu, prowadzi specjalistyczne szkolenia lekarzy w zakresie leczenia bólu, wydaje kwartalnik naukowy. Współpracuje z Międzynarodowym Towarzystwem Badania Bólu (International Association for the Study of Pain). Członkiem zwyczajnym Towarzystwa może być pracownik naukowy lub medyczny²³.

Polska, pod względem ilości sprzedanych bez recepty leków przeciwbólowych, jest na piątym miejscu w Europie, za Wielką Brytanią i Niemcami, a przed Holandią, Włochami czy Ukrainą²⁴. Jednocześnie w naszym kraju zużycie silnych analgetyków opioidowych, szczególnie skutecznych w leczeniu bólu ostrego (pooperacyjnego, pourazowego), bólu przewlekłego u chorych na nowotwory i bólu przewlekłego pochodzenia nienowotworowego²⁵, jest średnio pięciokrotnie mniejsze niż w Europie²⁶.

Problematyka skutecznego leczenia bólu była przedmiotem wielu wystąpień Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta oraz interpelacji poselskich. We wrześniu 2015 r., na posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Profilaktyki odbyła się debata na temat priorytetów w zakresie leczenia bólu w Polsce. W spotkaniu wzięli udział m.in. parlamentarzyści, lekarze, przedstawiciele organizacji pozarządowych. Uczestnicy dyskusji rozmawiali m.in. o tym jak zbliżyć polski system opieki nad pacjentem cierpiącym z powodu bólu do standardów międzynarodowych. Debata dotyczyła także prawa pacjentów do skutecznej walki z bólem bez względu na źródło jego pochodzenia i etap choroby oraz zwalczania barier w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej znoszących ból. Z kolei w maju 2016 r., na posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjenta odbyła się debata, na której m.in. parlamentarzyści, lekarze, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia oraz organizacji pozarządowych omówili propozycje systemowych rozwiązań prawnych w zakresie leczenia bólu w Polsce.

²¹ Por.: § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.).

²² Por.: Program akredytacji – szpitale. Zestaw standardów. Standar OP 6 „W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu” (zobacz: <http://www.cmj.org.pl/akredytacja/standarty.php>). Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia jest jednostką podległą Ministrowi Zdrowia.

²³ Por.: informacje o działalności Polskiego Towarzystwa Badania Bólu dostępne pod adresem: <http://ptbb.pl/>.

²⁴ Za: IMS Health.

²⁵ Por.: J. Dobrogowski, J. Wordliczek, A. Szczudlik, A. Stępień, J. Drobnik, W. Leppert, M. Krajnik, J. Woroń, R. Zajączkowska, M. Kocot-Kępska, A. Przeklasa-Muszyńska, J. Jakowicka-Wordliczek, M. Kołtąj, M. Janecki, J. Pyszkowska, K. Boczar, M. Suchożewski, S. Mordarski, R. Susło, M. Malec-Milewska „Zasady stosowania silnie działających opioidów u pacjentów z bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego – przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej”. Ból 2015, tom 16, nr 3, s. 9-29.

²⁶ Por.: <http://www.painpolicy.wisc.edu/country/profile/poland> oraz opracowanie Ministerstwa Zdrowia „Stosowanie opioidowych terapii przeciwbólowych w Polsce”, dostępne na <http://www.mz.gov.pl/>.

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 23 marca 2017 r., uchwalił ustawę o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw. Do znowelizowanej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wprowadzono zapis o prawie każdego pacjenta do leczenia bólu oraz o obowiązku podejmowania przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności leczenia bólu.

1. ZAŁOŻENIA KONTROLI

1.1. Temat i numer kontroli

Dostępność terapii przeciwbólowej, P/16/088.

1.2. Cel, zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz okres objęty kontrolą

Celem kontroli było sprawdzenie, czy podmioty lecznicze prowadzące szpitale skutecznie leczą ból, tj. czy personel medyczny szpitali stosuje ustalone reguły, zasady i wytyczne dotyczące oceny natężenia bólu i monitorowania skuteczności leczenia bólu. Kontrolą objęto w szczególności wywiązanie się świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁷, z obowiązku opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu oraz odnotowywania w dokumentacji medycznej informacji na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia. Sprawdzeniem objęto też dostępność leczenia w poradniach leczenia bólu funkcjonujących w strukturach skontrolowanych podmiotów leczniczych.

Kontrolę przeprowadzono łącznie w 28 podmiotach leczniczych, z terenu województw: dolnośląskiego, łódzkiego, podlaskiego, pomorskiego, świętokrzyskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego. Ocenie podlegała ich działalność w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r., a także działania wcześniejsze i późniejsze dotyczące kontrolowanych zagadnień. Niniejszą kontrolę poprzedziła kontrola rozpoznawcza²⁸, przeprowadzona w czterech podmiotach leczniczych z terenu województwa wielkopolskiego. Kontrolą rozpoznawczą objęto okres od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2016 r. oraz działania wcześniejsze dotyczące kontrolowanych zagadnień.

Od Ministra Zdrowia zasięgnięto informacji o zakresie proponowanych zmian w przepisach regulujących prawo pacjentów do leczenia bólu. Od dyrektorów wszystkich wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia zasięgnięto natomiast informacji o liczbie poradni leczenia bólu, posiadających na 30 października 2016 r. aktualną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie leczenia bólu, oraz o wartości zakontraktowanych w tym zakresie świadczeń. Od rektorów uczelni medycznych oraz uczelni prowadzących kierunki medyczne zasięgnięto z kolei informacji o programie kształcenia słuchaczy kierunków lekarskich i pielęgniarских w zakresie leczenia bólu w roku akademickim 2016/2017.

1.3. Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli

Kontrolę przeprowadzono, w zależności od statusu prawnego podmiotu leczniczego, na podstawie art. 2 ust. 1 lub art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²⁹, z wykorzystaniem kryteriów legalności i rzetelności (art. 5 ust. 1 i ust. 2 ustawy o NIK). Informacji od Ministra Zdrowia, dyrektorów wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz rektorów uczelni medycznych i uczelni prowadzących kierunki medyczne, zasięgnięto na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli.

²⁷ Por.: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

²⁸ Wyniki kontroli rozpoznawczej uwzględniono w niniejszej informacji.

²⁹ Dz. U. z 2017 r., poz. 524.

2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

W większości skontrolowanych szpitali nie opracowano i nie wdrożono zasad postępowania zapewniających leczenie i monitorowanie skuteczności leczenia bólu u wszystkich pacjentów odczuwających ból. Pacjentom nie zapewniono zatem należytego dostępu do leczenia bólu, które byłoby adekwatne do stopnia jego natężenia.

Kontrola wykazała, że:

- w 30 szpitalach (tj. w 94 proc. skontrolowanych), w objętej analizą dokumentacji medycznej pacjentów odczuwających ból, nie odnotowano informacji potwierdzających systematyczne pomiary natężenia bólu oraz regularną ocenę skuteczności leczenia bólu zarówno u wszystkich pacjentów operowanych, jak i u wszystkich pacjentów nieoperowanych,
- w 22 szpitalach (tj. 69 proc. skontrolowanych), nie opracowano i nie wdrożono procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu u wszystkich, operowanych i nieoperowanych, pacjentów odczuwających ból,
- w 19 szpitalach (tj. w 59 proc. skontrolowanych), nie utworzono zespołu ds. leczenia bólu, a w 17 (tj. w 53 proc. skontrolowanych) nie prowadzono kontroli w zakresie stosowania zasad skutecznego leczenia bólu,
- w 11 szpitalach (tj. w 34 proc. skontrolowanych), personel medyczny nie szkolił się w zakresie stosowania zasad i monitorowania skuteczności leczenia bólu, bądź w takich szkoleniach uczestniczyła niewielka część personelu,
- w 22 szpitalach (tj. w 69 proc. skontrolowanych), pacjentom przekazywano jedynie słowną informację o bólu i metodach jego leczenia.

Personel medyczny wszystkich skontrolowanych szpitali podejmował działania w zakresie uśmierzania bólu. W dokumentacji medycznej pacjentów większości skontrolowanych szpitali (94 proc.) nie odnotowano jednak informacji pozwalających na prześledzenie procesu monitorowania przez personel medyczny efektów zastosowanego leczenia przeciwbólowego u wszystkich wymagających tego, hospitalizowanych osób. Usystematyzowanych informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności zastosowanego leczenia nie odnotowano w objętej analizie dokumentacji pacjentów 11 szpitali (35 proc.). W kolejnych 19 (59 proc.), informacje takie odnotowano tylko odnośnie części pacjentów odczuwających ból, a w dokumentacji pozostałych pacjentów bądź takich informacji nie odnotowano, bądź odnotowywano je niesystematycznie. [str. 15-17]

W ocenie NIK, brak w dokumentacji medycznej informacji na temat stopnia natężenia bólu uniemożliwiał lub znacznie utrudniał rzetelną ocenę skuteczności zastosowanego leczenia. Stan ten był również niezgodny z wymogami rozporządzeń Ministra Zdrowia regulujących zasady prowadzenia dokumentacji medycznej³⁰.

Większość skontrolowanych podmiotów leczniczych prowadzących szpitale (69 proc.) nie wywiązała się z ustalonego przez Ministra Zdrowia³¹ obowiązku opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu u wszystkich pacjentów, bez względu na charakter występującego u nich bólu.

³⁰ Zobacz: obowiązujące od 23 grudnia 2015 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069) - § 17 ust. 1 pkt 4, poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.) – § 18 ust. 1 pkt 3.

³¹ Zobacz: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.) - § 5a rozporządzenia, dodany przez § 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. poz. 1441), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

W części szpitali (38 proc.) nie opracowano takiej procedury w ogóle lub opracowano ją z opóźnieniem, a w części (31 proc.) opracowano ją tylko dla pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym. [str. 17-18]
W ocenie NIK, niewdrożenie sformalizowanych zasad podejmowania przez personel medyczny działań w zakresie leczenia bólu, poza naruszeniem wymogu prawnego, pozbawiło pacjentów systemowej gwarancji realizacji ich prawa do działań przeciwbólowych w czasie hospitalizacji.

Tylko w dwóch szpitalach³² (spośród 32 skontrolowanych) ustalono i w pełni stosowano reguły i zasady ujęte w wewnętrznej procedurze leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu. U pacjentów tych szpitali prowadzono systematyczne pomiary natężenia bólu oraz dokonywano regularnej oceny efektów wdrożonego leczenia przeciwbólowego, co rzetelnie odnotowywano w dokumentacji medycznej. [str. 15]

Do stwierdzonych nieprawidłowości przyczyniły się brak lub niewystarczająca liczba szkoleń personelu medycznego w zakresie stosowania zasad i monitorowania skuteczności leczenia bólu (w 34 proc. szpitali) oraz niewdrożenie mechanizmów nadzoru nad przebiegiem procesu uśmierzania bólu bądź nieskuteczność tych mechanizmów (w 50 proc. szpitali). [str. 21-22]

W ocenie NIK, personel medyczny skontrolowanych szpitali w ograniczonym zakresie stosował zalecenia ekspertów, m.in. z dziedziny leczenia bólu, dotyczące informowania pacjentów o możliwościach, korzyściach i zagrożeniach związanych z uśmierzaniem bólu. Informacje te powinny być przekazywane nie tylko ustnie, ale również pisemnie, co ma ułatwić ich zrozumienie. W 69 proc. szpitali pacjentom przekazywano tylko słowną informację o bólu i metodach jego leczenia. W 22 proc. szpitali przekazywano pisemną informację o bólu tylko operowanym pacjentom. Tylko w trzech szpitalach (9 proc.) wszystkim pacjentom udostępniono ulotki informacyjne o bólu i metodach jego leczenia. [str. 14-15]

2.2. Wnioski

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie wyników kontroli, wnosi do Ministra Zdrowia o:

- **rozważenie wprowadzenia obowiązku dokumentowania pomiarów natężenia bólu we wszystkich podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych.** Dokumentowanie pomiarów natężenia bólu jest niezbędne dla prawidłowego monitorowania skuteczności leczenia bólu;
- **podjęcie działań w celu zwiększenia nacisku w procesie nauczania przyszłych lekarzy i pozostałej kadry medycznej na zagadnienia związane z leczeniem bólu, a w stosunku do przedstawicieli zawodów medycznych, na stałe podnoszenie kwalifikacji w tym zakresie.** W uczelniach medycznych i na kierunkach lekarskich i pielęgniarstwach, studenci poznają zasady leczenia bólu głównie w ramach nauczania zintegrowanego w ramach innych przedmiotów. Nauczanie o bólu w formie kursów czy przedmiotów poświęconych tylko zagadnieniom bólu prowadzone jest w pięciu uczelniach (spośród 16), w wymiarze od 5 do 30 godzin³³. W szkoleniach w zakresie metod i stosowania zasad leczenia bólu nie uczestniczył natomiast personel medyczny ponad 30 proc. skontrolowanych podmiotów leczniczych.

Do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, NIK wnosi o przeanalizowanie dostępności świadczeń zdrowotnych w poradniach leczenia bólu i dostosowanie wielkości nakładów finansowych na te świadczenia, adekwatnie do zdiagnozowanych potrzeb. Na terenie kraju funkcjonowało 181 poradni leczenia bólu, które na 30 października 2016 r., posiadały aktualną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Łączna wartość zakontraktowanych przez nie świadczeń to niespełna 22 mln zł. W skontrolowanych podmiotach, średnia wartość kontraktu dla poradni na 2016 r. to 100 tys. zł, a w skali kraju 122 tys. zł. Mieszkańcy aż 266 powiatów nie mieli możliwości bezpłatnego skorzystania z porady w poradni leczenia bólu na terenie swojego powiatu.

³² Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie; Specjalistyczny Szpital im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu.

³³ Na podstawie informacji uzyskanych od rektorów uczelni medycznych oraz uczelni prowadzących kierunki medyczne.

Na specjalistyczną poradę w zakresie leczenia bólu w sześciu skontrolowanych poradniach oczekiwało (na 31 sierpnia 2016 r.) 851 osób. W skrajnym przypadku, czas oczekiwania na wizytę wynosił cztery miesiące.

3. ISTOTNE USTALENIA KONTROLI

3.1. Uwarunkowania

Podstawową metodą leczenia bólu jest farmakoterapia. Leki przeciwbólowe powinno się przyjmować niemalże z zegarkiem w rękę. Odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami zależą od czasu działania leku. Siłę działania leków określa drabina analgetyczna, czyli schemat stosowania leków przeciwbólowych, stosowny w celu zmniejszenia doznań bólowych u chorego, w zależności od natężenia bólu³⁴.

W uśmierzaniu bólu stosuje się też niefarmakologiczne i komplementarne metody leczenia bólu. Należą do nich: radioterapia, fizykoterapia, techniki psychologiczne, terapia stymulacyjna.

W latach dziewięćdziesiątych w Wielkiej Brytanii przeprowadzono szereg badań poświęconych korelacji pomiędzy pacjentami uskarżającymi się na ból, a oceną jego stanu przez personel medyczny. W oparciu o wyniki tych badań oraz bazując na wcześniejszych doświadczeniach Stanów Zjednoczonych w dziedzinie terapii bólu, sformułowano szereg wniosków i zaleceń. Zasadniczym było stwierdzenie, że zachodzi konieczność opracowania narzędzi umożliwiających właściwą analizę stanów bólowych, zapewniających należyłą komunikację pomiędzy pacjentem a personelem medycznym³⁵.

Zastosowanie odpowiednich narzędzi zapewnia pacjentowi możliwość przełożenia subiektywnego odczuwania bólu na obiektywne parametry i przedstawienie go w sposób mierzalny. Ponieważ zjawisko bólu jest trudne do zdefiniowania, głównie ze względu na wpływ czynników psychologicznych, w tym szczególnych cech odczuwania bólu przez daną osobę oraz sposobu, w jaki mózg przetwarza otrzymaną informację o bólu, zaistniała konieczność stworzenia narzędzi do dokonania obiektywnej oceny stanu bólowego pacjenta. Podczas oceny stanu pacjenta, stwierdzenie występowania u niego bólu i jego ocena spoczywa na wszystkich członkach zespołu medycznego zajmującego się pacjentem. Wykorzystanie narzędzi obrazowania bólu pozwala pacjentom na uczynienie relatywnie subiektywnego uczucia obiektywnym. Zwraca się uwagę, że użycie narzędzi obrazowania bólu powinno uwzględniać język, kulturę, pochodzenie społeczne pacjenta, jego wiedzę i stan emocjonalny i poznawczy, tak aby było one dla niego zrozumiałe i pozwalało na skuteczne komunikowanie się z personelem medycznym³⁶.

Pomimo poznania mechanizmów i opublikowania szeregu badań oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leków i inwazyjnych metod stosowanych w objawowym leczeniu bólu, u wielu chorych nie uzyskuje się całkowitego zniesienia bólu. Zdarza się, że zastosowane metody leczenia zmniejszają dolegliwości bólowe, ale nie przynoszą istotnej poprawy w zakresie funkcjonowania pacjentów. W części przypadków, ze względów terapeutycznych, całkowite uśmierzenie bólu jest wręcz niewskazane. W leczeniu bólu dopuszcza się, że ból nie będzie uśmierzony całkowicie, a zostanie złagodzony do akceptowanego przez pacjenta poziomu lub do poziomu, który wpłynie na poprawę funkcji życiowych pacjenta. Na skuteczne leczenie bólu składa się wiele elementów. Jednym z nich jest ustalenie, wspólnie przez pacjenta i lekarza, oczekiwanych efektów terapeutycznych, czyli możliwych do osiągnięcia celów leczenia bólu, określonych np. jako zmniejszenie bólu, które będzie dla pacjenta satysfakcjonujące lub będzie pozwalało wrócić do wykonywania aktywności „w rozsądnym zakresie”, czy poprawa komfortu i jakości życia pacjenta³⁷. W takich przypadkach nie zakłada się

³⁴ Za dr n. med. Michałem Graczykiem, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny paliatywnej województwa kujawsko-pomorskiego („Nie kłaniaj się bólowi i nie ból się.” Poradnik dla pacjenta i opiekuna.).

³⁵ Por.: Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska, Mirosława Ogrodniczuk, Sebastian Dąbrowski „Udział pielęgniarki w procesie monitorowania i terapii bólu pooperacyjnego”, część II. Anestezjologia i Ratownictwo 2014; 8: 200-205.

³⁶ Ibidem.

³⁷ Por.: J. Dobrogowski, J. Wordliczek, A. Szczudlik, A. Stępień, J. Drobnik, W. Leppert, M. Krajnik, J. Woroń, R. Zajączkowska, M. Kocot-Kępska, A. Przekłasa-Muszyńska, J. Jakowicka-Wordliczek, M. Kołtąj, M. Janecki, J. Pyszkowska, K. Boczar, M. Suchorzewski, S. Mordarski, R. Susło, M. Malec-Milewska „Zasady stosowania silnie działających opioidów u pacjentów z bólem przewlekłym

całkowitego zniesienia bólu, a leczenie zostanie uznane za satysfakcjonujące zarówno przez pacjenta, jak i przez lekarza. Pojęcie „skuteczne leczenie bólu” nie należy utożsamiać z całkowitym jego uśmierzaniem, a raczej z procesem, który przyniesie oczekiwane, spodziewane przez pacjenta i lekarza rezultaty. Aby ten proces był skuteczny, zaleca się monitorowanie i ocenę pacjentów odczuwających ból. Monitorowanie rozpoczyna się od pierwszej wizyty (rozpoczęcia leczenia) i powinno być kontynuowane w czasie całego procesu leczenia. W tym czasie obowiązuje prowadzenie oceny nasilenia bólu, działań niepożądanych, sprawności funkcjonowania i jakości życia pacjenta. Skuteczność postępowania z pacjentami odczuwającymi dolegliwości bólowe ma zagwarantować stosowanie ustalonych reguł, zasad i wytycznych opartych na dowodach i badaniach klinicznych i naukowych, ujętych w procedurze leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu. Sformalizowanie zasad postępowania personelu medycznego w zakresie monitorowania bólu, minimalizuje ryzyko popełnienia błędu i stanowi punkt odniesienia do weryfikacji poprawności oraz oceny jakości i skuteczności zastosowanego leczenia.

3.2. Wyniki kontroli³⁸

Ustalenia kontroli w istotnych dla leczenia bólu obszarach pokazały, że:

- **pacjenci skontrolowanych szpitali byli informowani o możliwościach i metodach uśmierzenia bólu; informacje te personel medyczny przekazywał pacjentom najczęściej (w 69 proc. skontrolowanych szpitali) tylko ustnie, co mogło znacząco utrudniać zrozumienie korzyści i potencjalnych ryzyk związanych z uśmierzaniem bólu; pacjentów informowano też o pozostałych przysługujących im prawach**

Każdy pacjent ma prawo nie tylko do uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia, ale również do informacji o proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁹). Pacjent ma także prawo do informacji o swoich prawach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym (art. 11 ww. ustawy).

Pacjentów zapoznawano z ich prawami przy przyjęciu do szpitala. Karta praw pacjenta była też dostępna w ogólnodostępnych pomieszczeniach skontrolowanych szpitali. Szczegółowe informacje o proponowanych i możliwych metodach leczniczych i diagnostycznych, w tym o możliwości uśmierzenia bólu, przekazywano pacjentom ustnie. Pacjenci poddawani zabiegom operacyjnym byli informowani o formach i metodach znieczulenia do zabiegu oraz o uśmierzaniu bólu w okresie pooperacyjnym.

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 formie ulotek informacyjnych. Pisemna informacja może ułatwić zrozumienie korzyści i potencjalnych ryzyk związanych z uśmierzaniem bólu. Pisemną informację o możliwościach i metodach uśmierzenia bólu wszystkim pacjentom – operowanym i nieoperowanym – przekazywano w trzech szpitalach⁴⁰. W siedmiu szpitalach⁴¹, ulotki informacyjne o możliwościach i metodach uśmierzenia bólu przekazywano pacjentom operowanym. W pozostałych 22

pochodzenia nienowotworowego – przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej”. Ból 2015, tom 16, nr 3, s. 9-29.

³⁸ Kontrolą objęto dokumentację medyczną 6 226 pacjentów (w 32 szpitalach) nieoperowanych i poddanych zabiegom operacyjnym, którzy w czasie hospitalizacji odczuwali ból.

³⁹ Dz. U. z 2016 r., poz. 186 ze zm.

⁴⁰ Szpitale w: Zgierzu, Staszowie i Wejherowie.

⁴¹ Szpitale w: Łodzi, Nowym Tomyślu, Skarżysko-Kamiennej, Gryficach, Gdańsku, Poznaniu (Szpital Kliniczny im. H. Święickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i szpital MSW).

szpitalach, pacjentom nie przekazywano w formie pisemnej informacji o bólu i metodach jego leczenia. Dla przykładu:

Obowiązująca we wszystkich oddziałach szpitala w Zgierzu procedura leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu wprowadziła wymóg przekazywania pacjentom ulotki informującej o postępowaniu przeciwbólowym. Ulotka, w przystępnej formie, informowała o możliwych przyczynach bólu, formach i narzędziach oceny nasilenia bólu, metodach jego leczenia oraz możliwych niepożądanych skutkach ubocznych zastosowanego leczenia przeciwbólowego.

Zalecenia o formie przekazania pacjentowi informacji o bólu i sposobach jego leczenia, nie tylko ustnie ale również pisemnie, opracował 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 nienowotworowego⁴².

- **w większości skontrolowanych szpitali (w 69 proc.) w wymaganym terminie nie wdrożono procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, a personel medyczny (w 94 proc. szpitali) nie dokumentował pomiarów natężenia bólu u wszystkich odczuwających ból pacjentów i nie monitorował skuteczności zastosowanego leczenia przeciwbólowego**

Obowiązek odnotowywania w historii choroby, w części dotyczącej hospitalizacji, informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności leczenia bólu, w przypadkach wymagających monitorowania, istnieje od 1 stycznia 2011 r. (§ 18 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej dokumentowania). Obecnie, od 23 grudnia 2015 r., kwestię tę reguluje § 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. Od 1 stycznia 2015 r., świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych jest natomiast obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu (§ 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego; wykaz świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 1 do tego rozporządzenia).

Personel medyczny wszystkich szpitali podejmował działania w zakresie leczenia bólu, jednak informacje potwierdzające systematyczne pomiary natężenia bólu oraz regularną ocenę skuteczności leczenia bólu u wszystkich hospitalizowanych osób odnotowano w objętej analizie dokumentacji tylko w dwóch szpitalach⁴³. W tych dwóch szpitalach wdrożono i rzetelnie stosowano wewnętrzne procedury leczenia bólu. Dla przykładu:

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie, pacjentom operowanym zakładano kartę postępowania przeciwbólowego, w której personel medyczny zapisywał informacje na temat odczuwanego bólu, wyniki pomiarów natężenia bólu dokonywanych co cztery godziny w skali NRS oraz skuteczności zastosowanego leczenia. W dokumentacji pacjentów z bólem ostrym i przewlekłym odnotowywano m.in. informacje o odczuwaniu bólu, stopniu natężenia bólu w skali NRS lub Faces Pain Scale, monitorowaniu skuteczności zastosowanego leczenia.

⁴² Por. np.: „Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym”, dostępne pod adresem: <http://www.polanest.webd.pl/pliki/wytyczne2.html>.

⁴³ Szpitale w: Wałbrzychu i Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie.

W 10 szpitalach⁴⁴ (31 proc.), w skontrolowanej dokumentacji medycznej pacjentów (operowanych i nieoperowanych) nie odnotowano informacji potwierdzających systematyczne pomiary natężenia bólu oraz regularną ocenę skuteczności leczenia bólu. Dla przykładu:

W szpitalu w Obornikach, kontrola dokumentacji medycznej⁴⁵ pacjentów odczuwających ból w czasie hospitalizacji (zarówno operowanych, jak i nie poddanych zabiegom operacyjnym) wykazała, że nie zamieszczano w niej lub zamieszczano niesystematycznie informacje na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności jego leczenia. W szpitalu nie była prowadzona dokumentacja (lekarska czy pielęgniarska) dotycząca codziennej, systematycznej obserwacji dolegliwości bólowych pacjentów. Nie wdrożono rozwiązań wskazujących: kto, według jakiej skali, jak często powinien takich obserwacji dokonywać oraz w jaki sposób te czynności dokumentować. W karcie gorączkowej nie odnotowywano informacji o bólu, a jedynie wyniki badania temperatury oraz ciśnienia i tętna pacjenta. Takich informacji nie odnotowywano także w sposób usystematyzowany, codziennie w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej. W księdze raportów pielęgniarskich dokonywano wpisu pacjentów nowo przybyłych do oddziału, odnotowywano stan pacjentów w dobie „0” po operacji (choć nie zawsze te wpisy odnosiły się do dolegliwości bólowych pacjentów), a kolejne wpisy dotyczyły ewentualnych zdarzeń na dyżurze pielęgniarskim. Wpisów dotyczących odczuwanego przez pacjentów bólu nie odnotowywano również w karcie obserwacji.

W pozostałych 20 szpitalach (63 proc.), informacje na temat stopnia natężenia bólu i skuteczności leczenia bólu odnotowano tylko u części odczuwających ból pacjentów, a w dokumentacji pozostałych pacjentów takich informacji nie odnotowano, bądź odnotowywano je niesystematycznie. Dla przykładu:

Kontrola dokumentacji medycznej 108 operowanych pacjentów szpitala w Mońkach wykazała, że dla wszystkich pacjentów prowadzono: karty postępowania przeciwbólowego - w których odnotowano rodzaj i metody stosowanej analgezji pooperacyjnej oraz dawki i drogi podawania leków, oraz karty oceny natężenia bólu pooperacyjnego – w których rejestrowano wyniki prowadzonego cztery razy na dobę pomiaru natężenia bólu (o godz. 6.00, 12.00, 18.00 i 24.00); pomiaru dokonywano przed podaniem leku i 30 min. po jego podaniu, z wykorzystaniem NRS. Natomiast w dokumentacji medycznej pacjentów nie operowanych (w 73 przypadkach na 85 skontrolowanych), nie zamieszczono informacji o stopniu natężenia bólu i o monitorowaniu skuteczności leczenia bólu.

Kierujący szpitalami, ordynatorzy lub kierownicy oddziałów wskazali różne przyczyny nieodnotowywania bądź nierzetelnego odnotowywania w dokumentacji medycznej informacji na temat stopnia natężenia bólu i skuteczności zastosowanego leczenia. Były to m.in.: przeoczenie, brak czasu – nadmiar pracy przy jednocześnie za małej obsadzie personelu medycznego, trudność w kontakcie z pacjentem, uznanie że były to przypadki nie wymagające monitorowania. Dla przykładu:

W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, w dokumentacji medycznej 24 pacjentów odczuwających ból w czasie hospitalizacji, za wyjątkiem wpisów dokonanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego przy przyjęciu do szpitala, nie odnotowano informacji na temat stopnia natężenia bólu. Zastępca dyrektora ds. leczenia podkreślił, że według rozporządzenia Ministra Zdrowia, obowiązek umieszczania takich informacji dotyczy tylko przypadków wymagających monitorowania, a pojęcie to nie zostało zdefiniowane w przepisach. W praktyce klinicznej, za takie uznaje się przypadki, w których standardowe leczenie bólu nie przynosi efektów, staje się uporczywe i wymaga szczególnego nadzoru, a do takich zaliczono kwestionowane przez NIK przypadki.

⁴⁴ Szpitale w: Poznaniu (Szpital Wojewódzki), Lesznie, Obornikach, Sieradzu, Zgierzu, Zduńskiej Woli, Staszowie, Sławnie, Wrocławiu (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny), Głogowie.

⁴⁵ M.in. protokołu znieczulenia, ankiety anestezyjologicznej, okołoooperacyjnej karty kontrolnej, protokołu operacyjnego, pielęgniarskiego protokołu operacyjnego, karty obserwacji transfuzji, karty gorączkowej, karty zleceń lekarskich, karty indywidualnej pielęgnacji, karty obserwacji po zabiegu, karty oceny ryzyka związanego ze stanem odleżynowym, karty wywiadu epidemiologicznego, księgi bloku operacyjnego, wpisów lekarskich dotyczących obserwacji przebiegu choroby, zapisów księgi raportów pielęgniarskich.

Z ustaleń kontroli wynikało natomiast, że pacjenci, u których nie monitorowano poziomu bólu, doświadczali uciążliwych dolegliwości bólowych, np. u jednego z pacjentów rozpoznano złamanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy, a w czasie całej hospitalizacji zgłaszał on dolegliwości bólowe. Trzech innych pacjentów przyjęto z rozpoznaniem białaczki limfatycznej i zgłaszali oni trwające wiele dni dolegliwości bólowe, uśmierzane silnymi lekami opioidowymi.

W części przypadków, kierujący szpitalami, ordynatorzy lub kierownicy oddziałów twierdzili, że w skontrolowanej dokumentacji odnotowano informacje na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności leczenia i monitorowania bólu. Nie potwierdzały tego zapisy w dokumentacji medycznej – wpisy dotyczące obserwacji lekarskich czy pielęgnarskich zawierały nieregularne (często jednorazowe) określenia odnoszące się do natężenia bólu (np. „zgłasza silne dolegliwości bólowe”, „ból kręgosłupa, ale nie nasilone”), czy też odnoszące się do skuteczności prowadzonego leczenia (np. „ból zmniejszył się”, „ból bez zmian”). Zapisy w tym zakresie nie miały jednak charakteru usystematyzowanego, nie ustalono skali wg której pacjenci i personel medyczny mają oceniać natężenie bólu. Na ich podstawie można stwierdzić, że pacjenci byli leczeni przeciwbólowo, jednak prześledzenie procesu monitorowania przez personel medyczny skuteczności zastosowanej terapii każdego dnia hospitalizacji w większości przypadków nie jest możliwe. Informacje o stopniu natężenia bólu i kontroli skuteczności leczenia bólu w skontrolowanej dokumentacji medycznej odnotowywano w analogiczny sposób jak na przykładzie jednego z pacjentów Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu:

Pacjenta przyjęto do szpitala 15 lipca z silnymi bólami kręgosłupa; według zapisów lekarskich: od 16 do 17 lipca brak informacji o bólu, od 18 do 19 lipca brak wpisów o obserwacji, od 20 do 22 lipca brak informacji o bólu, 23 lipca pacjent wypisany, brak informacji o bólu. W raporcie pielęgnarskim zapisano, że w nocy z 16 na 17 lipca pacjent zgłosił silny ból kręgosłupa, ma trudności z wykonaniem jakiegokolwiek ruchu w łóżku, następnie zapis, że ból nadal się utrzymuje, dalszych zapisów o bólu odczuwanym przez pacjenta nie było. Podczas hospitalizacji pacjentowi podano leki przeciwbólowe: od 15 do 19 lipca lek nieopiodowy dwa razy dziennie, następnie od 20 do 23 lipca jeden raz dziennie; słaby opiod 15 lipca podano jeden raz, od 16 do 19 lipca podano trzy razy na dobę oraz dodatkowo 16 lipca dwie dawki tego leku przeciwbólowego; 16 lipca silny opiod dwa razy na dobę.

W ocenie NIK, przyczynami nieodnotowywania w dokumentacji medycznej istotnych dla oceny skuteczności postępowania przeciwbólowego informacji, były brak procedur leczenia bólu, ustalających zasady i określających odpowiedzialność za prowadzenie i dokumentowanie procesu leczenia bólu albo ich nierzetelne stosowanie. W terminie ustalonym przez Ministra Zdrowia, procedurę leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu u wszystkich hospitalizowanych osób opracowano w 10 skontrolowanych szpitalach (31 proc.). Do zakończenia kontroli NIK, procedury leczenia bólu nie opracowano w czterech szpitalach⁴⁶, a w 10⁴⁷ opracowano ją tylko dla pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym. W ośmiu szpitalach procedurę opracowano lub uzupełniono o wytyczne odnośnie leczenia bólu u pacjentów nieoperowanych, z opóźnieniem w stosunku do wyznaczonego przez Ministra Zdrowia terminu⁴⁸. Kierujący szpitalami wskazywali różne przyczyny braku procedur, w tym m.in.: brak lekarzy anestezjologów, założenie, że procedurę należy stosować tylko w przypadku bólu pooperacyjnego, odroczenie opracowania procedury do czasu uzyskania akredytacji, przeoczenie lub to, że około 50 proc. hospitalizowanych pacjentów stanowią przyjęci w stanie pilnym.

Procedury leczenia bólu opracowane w skontrolowanych podmiotach leczniczych prowadzących szpitale, określały cel, przedmiot i zakres ich stosowania, adresatów (podmioty zobowiązane do ich stosowania), podstawowe definicje, zakres odpowiedzialności (kto i w jakim zakresie powinien ją stosować), opis sposobu postępowania (m.in. częstotliwość pomiarów i stosowaną do tego skalę natężenia bólu, stosowanie leków

⁴⁶ Szpitale w: Poznaniu (Szpital Wojewódzki), Obornikach, Zduńskiej Woli, Wrześni.

⁴⁷ Szpitale w: Białymstoku, Włoszczowej, Skarżysko-Kamiennej, Sandomierzu, Gryficach, Szczecinie (Szpital Kliniczny nr 1), Wrocławiu (Uniwersytecki Szpital Kliniczny), Gdańsku, Poznaniu (Szpital MSW), Pleszewie.

⁴⁸ Szpitale w: Łodzi (po 10,5 miesiącach), Lesznie (po 21 miesiącach), Sieradzu (po 12 miesiącach), Mońkach (po 15 miesiącach), Łomży (po 14 miesiącach), Sławnie (po 22 miesiącach), Głogowie (22 miesiącach), Kościerzynie (po 3 miesiącach).

przeciwbólowych, metody niefarmakologiczne, leczenie farmakologiczne), opis (i ewentualnie wzór) dokumentacji wypełnianej w związku ze stosowaniem procedury. Stwierdzono jednak, że procedura obowiązująca w jednym ze szpitali⁴⁹ nie przewidywała prowadzenia i dokumentowania pomiarów natężenia bólu u pacjentów odczuwających ból, którzy nie przyjmowali leków przeciwbólowych, a przyjmowali leki przeciwgorączkowe lub przeciwzapalne (działające również przeciwbólowo), a także u odczuwających ból dzieci, hospitalizowanych w oddziale pediatrycznym, z którymi niemożliwe jest nawiązanie logicznego kontaktu słownego. W wyniku kontroli NIK, w szpitalu tym wprowadzono skorygowaną procedurę leczenia bólu, według której, monitorowanie bólu i jego dokumentowanie przeprowadza się u wszystkich pacjentów, w tym również u dzieci.

Rysunek 1. Przykład wzoru karty oceny natężenia bólu, stosowanej w Szpitalu Powiatowym we Wrześni, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

KARTA OCENY NATĘŻENIA BÓLU (DOROŚLI)

Nazwisko i imię _____

Komórka organizacyjna _____

Podjęte działania w zakresie leczenia bólu				Ocena skuteczności leczenia bólu			
Epizody bólu				Natężenie bólu (od 0 do 10)			
Data	Godzina	Lek/podjęte działania	Dawka	Przed	Upływ czasu	Po	Podpis

Umiejscowienie bólu	Uwagi	Podpis

Źródło: akta kontroli.

▪ dostęp do poradni leczenia bólu był ograniczony

Podstawowym celem terapeutycznym w leczeniu bólu przewlekłego jest zmniejszenie cierpienia pacjentów oraz powrót do optymalnego funkcjonowania w codziennym życiu. Podmiotami specjalizującymi się w leczeniu bólu są poradnie leczenia bólu. Do poradni leczenia bólu pacjenta może skierować lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i każdy lekarz specjalista w przypadku jakichkolwiek trudności w uzyskaniu skutecznego leczenia bólu. Wskazaniem skierowania do poradni leczenia bólu może być również życzenie pacjenta.

⁴⁹ Szpital w Hajnówce.

Poradnie leczenia bólu w 2015 r. funkcjonowały w 11 (34 proc.), a w 2016 r. w 10 (31 proc.) skontrolowanych podmiotach leczniczych⁵⁰. Brak poradni uzasadniano przede wszystkim niewystarczającym poziomem finansowania i nieogłaszaniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia konkursów na ten rodzaj świadczeń⁵¹ oraz brakiem lekarzy anestezjologów. Dla przykładu:

W SP ZOZ w Obornikach, poradnia funkcjonowała do 2010 r. Jej działalność zakończyła się z chwilą likwidacji oddziału opieki długoterminowej. Od 2011 r. NFZ nie ogłaszał dodatkowych konkursów na świadczenia z tego zakresu, aneksował jedynie obowiązujące umowy. Spośród 182 pacjentów, których historie choroby objęto kontrolą, do poradni leczenia bólu skierowano jedną osobę. W szpitalu tym nie funkcjonował także oddział opieki paliatywnej. Pacjenci wymagający specjalistycznego leczenia bólu byli kierowani do oddalonego o ok. 40 km hospicjum (trzy osoby) lub do oddziałów opieki paliatywnej w innych szpitalach (dwie osoby).

Łączna wartość świadczeń w zakresie leczenia bólu zakontraktowana z Narodowym Funduszem Zdrowia dla poradni funkcjonujących przy skontrolowanych podmiotach leczniczych, na 2015 r. wyniosła 1,3 mln zł, a na 2016 r. - 1 mln zł. W 2015 r., na przyjęcie do siedmiu⁵² poradni oczekiwało łącznie 447 osób (na 30 marca) i 547 osób (na 31 września). W 2016 r., liczba osób oczekujących w sześciu⁵³ poradniach wynosiła 738 (na 31 marca) i 851 (na 31 sierpnia). Średni czas oczekiwania na przyjęcie do poradni leczenia bólu wynosił od 9 dni (tzw. pilne przyjęcia) do 123 dni⁵⁴. W dwóch poradniach pacjenci byli przyjmowani na bieżąco.

Zgodnie z warunkami umów zawartych z NFZ, świadczeń w poradni udzielali lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii, pielęgniarki (w siedmiu poradniach⁵⁵, tj. 64 proc.) i fizjoterapeuci (w pięciu poradniach⁵⁶, tj. 45 proc.). Tylko w jednej poradni leczenia bólu⁵⁷ pacjenci mieli dostęp do świadczeń w zakresie psychoterapii. Brak dostępu do porad psychologicznych w poradni leczenia bólu uzasadniono przede wszystkim niefinansowaniem tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Kierujący szpitalami deklarowali możliwość korzystania przez pacjentów w uzasadnionych przypadkach z porad psychologów zatrudnionych w szpitalu. Dla przykładu:

W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, funkcjonował zespół psychologów współpracujący z lekarzami poradni leczenia bólu. W 2015 r. zespół wykonał 971 konsultacji, z czego 370 dotyczyło „cierpiących pacjentów”, w tym 27 leczonych w poradni leczenia bólu.

Czas pracy czterech ze skontrolowanych poradni leczenia bólu⁵⁸ nie był zgodny z harmonogramem ustalonym z Narodowym Funduszem Zdrowia. Niezgodność polegała na świadczeniu usług bądź w godzinach innych niż przyjęte w umowie, bądź w mniejszej liczbie dni tygodnia. Kierujący szpitalami uzasadniali to przede wszystkim

⁵⁰ Poradnie leczenia bólu funkcjonowały w: Łodzi, Nowym Tomyślu, Lesznie, Zduńskiej Woli, Mońkach, Szczecinie (Wojewódzki Szpital Zespolony – do końca 2015 r.), Wrocławiu (Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego), Głogowie, Gdańsku, Poznaniu (Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu), Pleszewie.

⁵¹ Na te przyczyny wskazali kierujący szpitalami w: Poznaniu (Szpital Wojewódzki), Obornikach, Sieradzu, Zgierzu, Białymstoku, Hajnówce, Łomży, Sandomierzu, Szczecinie (Szpital Kliniczny nr 1; Wojewódzki Szpital Zespolony – poradnia zakończyła działalność z końcem 2015 r.), Wałbrzychu, Wejherowie, Kościerzynie.

⁵² Do dwóch poradni leczenia bólu (w Lesznie i Zduńskiej Woli) pacjenci byli przyjmowani na bieżąco. Dane o liczbie oczekujących nie obejmują dwóch poradni leczenia bólu skontrolowanych w ramach kontroli rozpoznawczej (w Poznaniu i Pleszewie).

⁵³ Do dwóch poradni leczenia bólu (w Lesznie i Zduńskiej Woli) pacjenci byli przyjmowani na bieżąco, a jedna z poradni w 2016 r. zaprzestała działalności (w Szczecinie). Dane o liczbie oczekujących nie obejmują dwóch poradni leczenia bólu skontrolowanych w ramach kontroli rozpoznawczej (w Poznaniu i Pleszewie).

⁵⁴ Poradnia leczenia bólu w Mońkach, według stanu na 31 sierpnia 2016 r.

⁵⁵ Poradnie w: Łodzi (Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Łodzi), Nowym Tomyślu, Lesznie, Zduńskiej Woli, Szczecinie (Wojewódzki Szpital Zespolony), Gdańsku, Poznaniu (Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu).

⁵⁶ Poradnie w: Nowym Tomyślu, Lesznie, Mońkach, Szczecinie (Wojewódzki Szpital Zespolony), Wrocławiu (Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego).

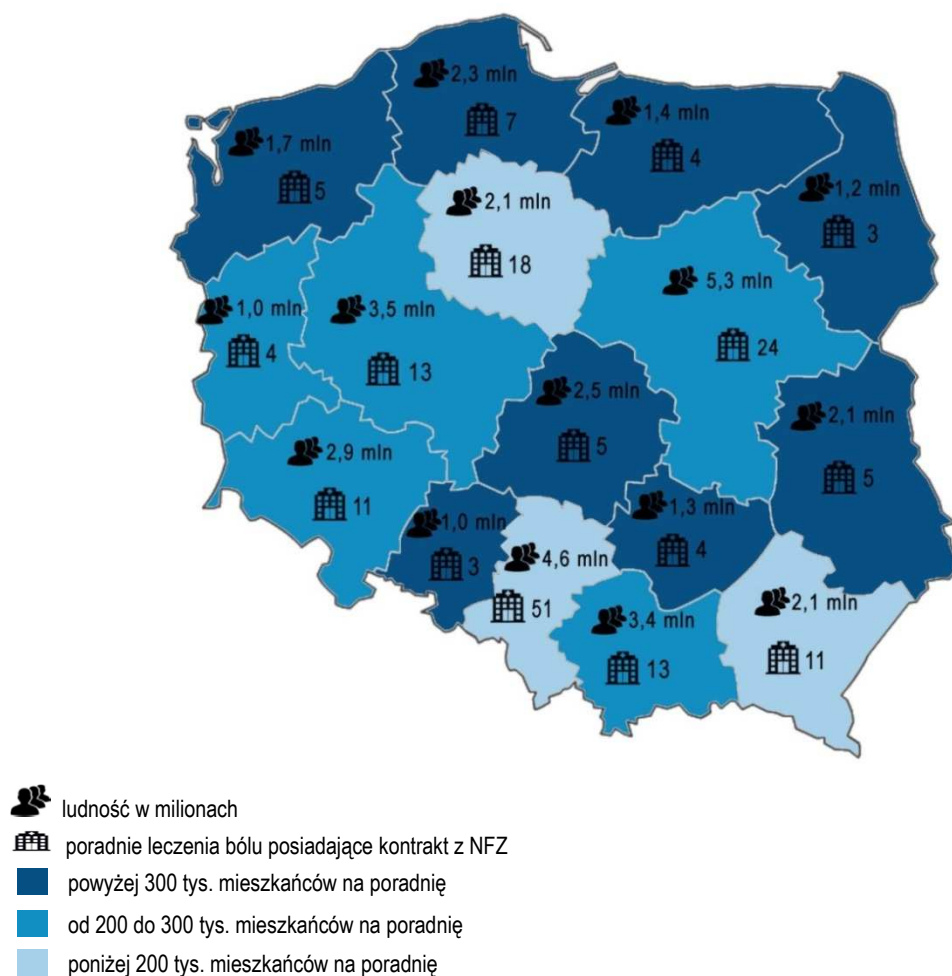
⁵⁷ Poradnia w Łodzi.

⁵⁸ Poradnie w: Łodzi, Wrocławiu (Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego), Głogowie, Poznaniu (Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu).

niewystarczającym poziomem finansowania świadczeń poradni leczenia bólu bądź dostosowaniem czasu pracy do wymogów i preferencji pacjentów.

Łącznie w Polsce funkcjonowało 181 poradni leczenia bólu, posiadających na 30 października 2016 r. aktualną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na finansowanie specjalistycznej opieki w zakresie leczenia bólu. Łączna wartość zakontraktowanych świadczeń dla tych poradni to niespełna 22 mln zł. Na terenie 266 powiatów (wraz z miastami na prawach powiatu) nie funkcjonowała z kolei żadna poradnia leczenia bólu posiadająca na 30 października 2016 r., aktualną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Rysunek 2. Liczba mieszkańców i poradni leczenia bólu w województwach.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ⁵⁹ i GUS⁶⁰.

⁵⁹ Na podstawie danych uzyskanych od wszystkich Wojewódzkich Oddziałów NFZ, stan na 30 października 2016 r.

⁶⁰ Za: Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.

- **w większości szpitali (59 proc. skontrolowanych) nie utworzono zespołu ds. leczenia bólu, a w połowie nie prowadzono kontroli w zakresie stosowania zasad skutecznego leczenia bólu**

Leczenie bólu jest zadaniem interdyscyplinarnym. Ekspertki zalecają, aby terapia bólu w szpitalu funkcjonowała w sposób zorganizowany⁶¹. W nowoczesne leczenie bólu, poza anestezjologami, są zaangażowani również specjaliści z innych dziedzin - fizjoterapeuci, rehabilitanci, farmaceuci, psychologowie oraz lekarze innych specjalności: ortopedzi, neurologi, neurochirurdzy. Za optymalne rozwiązanie uznaje się utworzenie zespołu leczenia bólu, do którego zadań należy m.in. informowanie chorych o możliwościach terapii przeciwbólowej, szkolenie ustawiczne personelu medycznego, stosowanie zasad analgezji zgodnej z najnowszymi wytycznymi, monitorowanie natężenia bólu kilka razy dziennie, ocena występowania powikłań. Takie zespoły mają też kompetencje do opracowania i uaktualniania procedury leczenia i monitorowania bólu, nadzorowania dostępności leków i sprzętu stosowanych w leczeniu bólu, czy do przeprowadzenia okresowej oceny (sprawdzenia) stosowania procedury leczenia bólu oraz rzetelności prowadzenia dokumentacji w tym zakresie.

Zespoły do spraw leczenia bólu funkcjonowały w 10 szpitalach⁶² (31 proc. skontrolowanych). Przede wszystkim sprawowały one nadzór nad stosowaniem zasad skutecznej terapii przeciwbólowej, aktualizowały procedury postępowania personelu medycznego, prowadziły wewnętrzne szkolenia. Dla przykładu:

W Szpitalu Klinicznym w Poznaniu⁶³, w skład zespołu do spraw leczenia bólu weszli: lekarz oddziału klinicznego anestezjologii, intensywnej terapii i leczenia bólu oraz dwie pielęgniarki anestezjologiczne. Do zadań zespołu należało m.in. opracowanie i uaktualnienie procedury monitorowania i leczenia bólu, opiniowanie receptariusza w zakresie produktów leczniczych stosowanych w leczeniu bólu, uczestnictwo w szkoleniach dotyczących terapii przeciwbólowej i ich prowadzenie dla personelu szpitala.

W jednym ze szpitali⁶⁴ zespół taki utworzono tylko dla tzw. oddziałów zabiegowych. W dwóch szpitalach⁶⁵ zespoły powołano, lecz nie wykonywały one żadnych zadań. W pozostałych 19 szpitalach (59 proc.) nie utworzono zespołu do spraw leczenia bólu.

System kontroli jakości leczenia bólu w postaci audytu lub kontroli wewnętrznej zorganizowano w 15 szpitalach⁶⁶ (47 proc.). W jednym ze szpitali, w 2015 r. przeprowadzono cztery przeglądy dokumentacji medycznej. Z ich wynikami zapoznano personel medyczny uczestniczący w leczeniu bólu. Nie zawsze jednak kontrole wewnętrzne były skuteczne, część z nich nie ujawniła nieprawidłowości w dokumentowaniu monitorowania bólu u pacjentów, które stwierdziła NIK.

- **personel medyczny części szpitali (34 proc. skontrolowanych) nie uczestniczył w szkoleniach w zakresie stosowania zasad i monitorowania skuteczności leczenia bólu, bądź w szkoleniach uczestniczyła niewielka część personelu**

W leczeniu bólu zaangażowani są nie tylko lekarze. Dla przykładu, uśmierzanie bólu pooperacyjnego wymaga dobrej współpracy całego personelu medycznego i dotyczy zarówno chirurgów, anestezjologów, rehabilitantów, jak i pielęgniarek opiekujących się chorymi po zabiegu operacyjnym. Przedstawiciele tych specjalności i zawodów powinni systematycznie podnosić swoje kwalifikacje i wiedzę z zakresu leczenia bólu. Szkolenia mogą się odbywać w formie wykładów, pogadanek czy platformy e-learningowej.

⁶¹ Por. np.: <http://ptbb.pl/zasoby/pobierz-pliki/category/15-zalecenia-postepowania-w-bolu-pooperacyjnym-ad-2014>.

⁶² Szpitale w: Łodzi, Białymstoku, Hajnówce, Skarżysko-Kamiennej, Szczecinie (Wojewódzki Szpital Zespolony i Kliniczny nr 1), Gdańsku, Wejherowie, Kościerzynie, Poznaniu (Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu).

⁶³ Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

⁶⁴ SP ZOZ MSW w Poznaniu.

⁶⁵ Szpitale w: Nowym Tomyślu i Staszowie.

⁶⁶ Szpitale w: Łodzi, Hajnówce, Włoszczowej, Staszowie, Skarżysko-Kamiennej, Sandomierzu, Szczecinie (Wojewódzki Szpital Zespolony i Kliniczny nr 1), Gdańsku, Wejherowie, Kościerzynie, Poznaniu (Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i SP ZOZ MSW), Wrześni, Pleszewie.

Personel medyczny 11 szpitali⁶⁷ (34 proc. skontrolowanych) nie uczestniczył w szkoleniach z zakresu leczenia bólu, bądź uczestniczyła w nich niewielka część personelu. Dla przykładu:

Spośród personelu medycznego szpitala w Lesznie (średnie zatrudnienie w 2015 r. to 904 osoby), kwalifikacje z zakresu uśmierzania bólu podniosło dwóch lekarzy. W szkoleniach z tego zakresu nie uczestniczyła żadna z pielęgniarek. Ostatnie szkolenie dotyczące postępowania w leczeniu bólu odbyło się w szpitalu w 2008 r.

W pozostałych 21 szpitalach (66 proc.) personel medyczny uczestniczył w szkoleniach w zakresie stosowania zasad i monitorowania skuteczności leczenia bólu. Były to zarówno szkolenia zewnętrzne, jak i wewnętrzne, prowadzone w różnych formach – wykładów, praktycznych zajęć czy kursu e-learningowego.

⁶⁷ Szpitale w: Poznaniu (Szpital Wojewódzki), Lesznie, Obornikach, Sieradzu, Zgierzu, Zduńskiej Woli, Skarżysko-Kamiennej, Sławnie, Wrocławiu (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny), Wałbrzychu, Starogardzie Gdańskim.

4. INFORMACJE DODATKOWE

4.1. Przygotowanie kontroli

Do przygotowania kontroli wykorzystano informacje i materiały dotyczące zagadnień leczenia bólu, w tym przede wszystkim zalecenia ekspertów⁶⁸: Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Katedra Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; Kliniki Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Akademia Medyczna w Olsztynie; Zakład Badania i Leczenia Bólu, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie; Kliniki Leczenia Bólu, Opieki Paliatywnej i Farmakologii Klinicznej, Katedry Gerontologii i Geriatrii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie; Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko Mazurski w Olsztynie; Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu. Ponadto korzystano z wystąpień i opracowań w sprawie dostępu do terapii przeciwbólowej m.in.: Parlamentarnego Zespołu do spraw Praw Pacjentów, Parlamentarnego Zespołu do spraw Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Profilaktyki, Rzecznika Praw Obywatelskich, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Koalicji na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem”, Fundacji Ekspertki dla Zdrowia, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Przygotowanie kontroli poprzedziła kontrola rozpoznawcza, którą Delegatura NIK w Poznaniu przeprowadziła w czterech szpitalach z terenu województwa wielkopolskiego. Wsparciem w opracowaniu najważniejszych założeń kontroli rozpoznawczej, a następnie kontroli koordynowanej była współpraca z Polskim Towarzystwem Badania Bólu.

4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 1 września 2016 r. do 16 grudnia 2016 r. w 28 podmiotach leczniczych z terenu siedmiu województw (dolnośląskiego, łódzkiego, podlaskiego, pomorskiego, świętokrzyskiego, wielkopolskiego, zachodniopomorskiego). Po zakończeniu kontroli, NIK wystosowała do kierowników wszystkich skontrolowanych jednostek wystąpienia pokontrolne, w których sformułowała łącznie 45 wniosków pokontrolnych. Wnioski pokontrolne dotyczyły przede wszystkim: zapewnienia rzetelnego prowadzenia przez personel medyczny indywidualnej dokumentacji medycznej, poprzez codzienne dokumentowanie obserwacji stanu chorego, zamieszczanie informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności leczenia bólu; opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu; doprecyzowania procedury leczenia bólu; zapewnienia przestrzegania przez personel medyczny wewnętrznej procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu; dostosowania czasu pracy poradni leczenia bólu do warunków ustalonych z NFZ.

Z odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne wynika, że kierownicy skontrolowanych jednostek bądź zrealizowali wnioski pokontrolne (25 wniosków) bądź podjęli działania zmierzające do ich realizacji (trzy wnioski). Niezrealizowanych jest nadal 17 wniosków.

Zastrzeżenia do wystąpień pokontrolnych zgłoszyli: dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu (jedno zastrzeżenie) oraz dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu (trzy zastrzeżenia). Zastrzeżenia odnosiły się do ustaleń, ocen i wniosków dotyczących: niezgodności dokumentacji medycznej z wymogami Ministra Zdrowia w zakresie dokumentowania w historii choroby pomiarów stopnia natężenia bólu i monitorowania skuteczności leczenia bólu, terminu rozpoczęcia funkcjonowania centrum leczenia bólu i medycyny paliatywnej, nieopracowania i niewdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, dostępu pacjentów do świadczeń poradni leczenia bólu.

⁶⁸ Por.: Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym (2011, 2014).

Zespoły Orzekające Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli, oddaliły w całości zastrzeżenia zgłoszone przez dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu⁶⁹ oraz przez dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu⁷⁰.

Kontrolę rozpoznawczą Delegatura NIK w Poznaniu przeprowadziła w okresie od 17 maja 2016 r. do 15 lipca 2016 r. w czterech podmiotach leczniczych z terenu województwa wielkopolskiego. Po zakończeniu kontroli, NIK wystosowała do kierowników wszystkich skontrolowanych jednostek wystąpienia pokontrolne, w których sformułowała łącznie sześć wniosków pokontrolnych. Wnioski pokontrolne dotyczyły przede wszystkim: opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu; zapewnienia przestrzegania przez personel medyczny wewnętrznej procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu; zagwarantowania pracy poradni leczenia bólu w godzinach popołudniowych przynajmniej raz w tygodniu. Z odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne wynika, że kierownicy skontrolowanych jednostek zrealizowali wszystkie wnioski pokontrolne.

Zastrzeżenia (dwa) do wystąpienia pokontrolnego złożył dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego. Dotyczyły one wniosków pokontrolnych o: opracowanie i wdrożenie procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu dla oddziałów szpitalnych, dla których dotychczas takiej procedury nie wdrożono; zaprzestanie udostępniania nieuprawnionemu podmiotowi dokumentacji medycznej pacjentów. Zespół Orzekający, który rozpatrzył zastrzeżenia zgłoszone przez dyrektora tego szpitala, oddalił zastrzeżenia w całości.

⁶⁹ Uchwała Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z 15 lutego 2017 r. (KPK-KPO.443.023.2017).

⁷⁰ Uchwała Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z 6 marca 2017 r. (KPK/KPO-443-027.2017).

5. ZAŁĄCZNIKI

5.1. Załącznik nr 1. Wykaz skontrolowanych jednostek⁷¹

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Skontrolowana jednostka	Kierownik skontrolowanej jednostki
1.	Delegatura NIK w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach Certyfikat „Szpital bez bólu” (2013) ⁷²	Jarosław Pokoleńczuk
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku	Cezary Nowosielski
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (2013)	Grzegorz Tomaszuk
		Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	Krzysztof Bałata
2.	Delegatura NIK w Gdańsku	Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o.o. w Gdańsku Certyfikat „Szpital bez bólu” (2014) Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (2013)	Zarząd Spółki w składzie: Dariusz Kostrzewa, Krzysztof Wójcikiewicz, Piotr Wróblewski
		Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy sp. z o.o. w Wejherowie Certyfikat „Szpital bez bólu” (2016)	Andrzej Zieleniewski
		Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie, sp. z o.o. Certyfikat „Szpital bez bólu” (2014)	Wiktor Hajdenrajch
		Kociewskie Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim	Zarząd Spółki w składzie: Adam Henryk Magielka, Maciej Manikowski
3.	Delegatura NIK w Kielcach	Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie	Joanna Ochał (pełniący obowiązki dyrektora od 12 lipca 2016 r.) Krzysztof Solecki (do 1 lipca 2015 r.) Leszek Orliński (pełniący obowiązki dyrektora od 1 lipca 2015 r. do 23 listopada 2015 r.) Maciej Juszczyk (od 23 listopada 2015 do 12 lipca 2016 r.)
		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki	Józef Żółciak (pełniący obowiązek)

⁷¹ Wystąpienia pokontrolne skierowane do kierowników skontrolowanych jednostek dostępne są stronie internetowej Najwyższej Izby Kontroli (<http://www.nik.gov.pl/>), w zakładce „Kontrolę”.

⁷² W zestawieniu wskazano nadane skontrolowanym podmiotom certyfikaty wprowadzające wymóg stosowania procedury lub standardu leczenia bólu. W nawiasach podano rok nadania certyfikatu.

		Zdrowotnej w Staszowie Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (2009, 2013)	dyrektora od 7 stycznia 2016 r.) dr n. med. Marek Tombarkiewicz
		Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku – Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie Certyfikat „Szpital bez bólu” (2012, 2015)	Leszek Lepiarz
		Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu Certyfikat „Szpital bez bólu” (2010, 2013)	Janusz Sikorski
4.	Delegatura NIK w Poznaniu	Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (2015)	dr n. med. Krystyna Mackiewicz
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego Certyfikat „Szpital bez bólu” (2011, 2014)	Przemysła Daroszewski
		Szpital Powiatowy we Wrześni, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Zarząd Szpitala w składzie: Zbyszek Przybylski, Sebastian Nowicki
		Pleszewskie Centrum Medyczne, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (2015)	Tadeusz Stefaniak
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi Certyfikat „Szpital bez bólu” (2013, 2016) Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (2012)	prof. dr hab. n. med. Piotr Kuna
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Kazimierza Hłogi w Nowym Tomyślu	Janusz Nowak
		Szpital Wojewódzki w Poznaniu	Jacek Łukomski
		Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie	Tomasz Kamiński (od 1 listopada 2015 r.) Piotr Jeske (do 31 października 2015 r.)
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach	Małgorzata Ludzkowska
		Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	Magdalena Banach
		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej – Curie w Zgierzu	dr Mariusz Jędrzejczak

		Certyfikat „Szpital bez bólu” (2013)	
		Zduńskowolski Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Zduńskiej Woli	Janusz Ratajczyk (od 31 sierpnia 2016 r., od 31 maja 2016 r. pełniący obowiązki prezesa zarządu) Barbara Kałużewska (do 20 kwietnia 2016 r.) Marek Szewczyk (od 21 kwietnia 2016 r. do 30 maja 2016 r.)
5.	Delegatura NIK w Szczecinie	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie Certyfikat „Szpital bez bólu” (2012, 2015) Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (2013)	Małgorzata Usielska (od 1 września 2015 r.) Mariusz Pietrzak (do 31 sierpnia 2015 r.)
		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach Certyfikat „Szpital bez bólu” (2013)	Piotr Sołtysiński
		Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie Certyfikat „Szpital bez bólu” (2013)	Konrad Jarosz (od 1 września 2016 r.) Marek Makowski (do 31 sierpnia 2016 r.)
		Szpital Powiatowy w Sławnie	Danuta Wojciechowska (od 1 grudnia 2015 r.) Arkadiusz Michalak (do 18 sierpnia 2015 r.)
6.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu Certyfikat „Szpital bez bólu” (2013)	Piotr Pobrotyn
		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu Międzynarodowa Akredytacja Szpitali DIAS ⁷³ (2013)	Janusz Jerzak
		Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (2017)	Mariola Dudziak
		Głogowski Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Głogowie	Edward Schmidt

⁷³ DIAS – DNV International Accreditation Standard for the Hospital Organisations.

5.2. Załącznik nr 2. Analiza stanu prawnego

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej

Łagodzenie wszelkich cierpień jest podstawowym warunkiem poszanowania godności ludzkiej. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁷⁴, w preambule odwołuje się do „przyrodzonej godności człowieka”, a art. 30 charakteryzuje ją jako przyrodzone, niezbywalne i nienaruszalne „źródło wolności i praw człowieka i obywatela”. Godność człowieka jest jedyną konstytucyjną wartością, która nie może być ograniczona, i jedną z klauzul generalnych, stanowiących podstawę interpretacyjną całego systemu prawa, w tym prawa medycznego. Trybunał Konstytucyjny zalicza godność człowieka do podstawowych praw podmiotowych jednostki. W Polsce istnieje niekwestionowany obowiązek władzy publicznej, zapewnienia osobom chorym i cierpiącym realnego i równego dostępu, niezależnie od ich sytuacji materialnej, do działań medycznych, leków, wyrobów medycznych poprzez przyjęcie odpowiednich uregulowań prawnych (zobacz: art. 68 ust. 2 Konstytucji).

2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Prawo pacjenta do poszanowania godności, w myśl art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, obejmuje prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. Brak natomiast gwarancji ustawowej, która tak jednoznacznie ujmowałaby prawo do łagodzenia bólu zdecydowanie wcześniej niż dopiero w fazie opieki terminalnej. Każdy pacjent ma natomiast prawo do odpowiednich świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Pojawiają się jednak poglądy, że obecny stan prawny nie oznacza, że prawo do działań uśmierzających ból zostało ograniczone tylko do pacjentów w stanie terminalnym, a w świetle przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta należy przyjąć, że każdy pacjent ma prawo do działań przeciwbólowych, a w przypadku opieki terminalnej dopuszcza się dodatkowe uregulowania prawne związane ze szczególnym okresem w życiu człowieka⁷⁵.

Każdy pacjent ma prawo nie tylko do uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia, ale również do informacji o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9 ust. 1 i ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Jako że podmiot leczniczy zobowiązany jest opracować i wdrożyć procedurę leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu (zobacz: omówienie rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego), należy przyjąć, że zobowiązany jest on również do informowania pacjentów o możliwościach, sposobach, korzyściach i działaniu niepożądanym uśmierzenia bólu.

3. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Pacjent uprawniony do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z chwilą przyjęcia do szpitala lub innego podmiotu leczniczego wykonującego działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, ma prawo do bezpłatnych leków i wyrobów medycznych, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Oznacza to, że w trakcie trwania hospitalizacji, do dnia wypisu włącznie, szpital jest zobowiązany zabezpieczyć pacjentowi dostęp do niezbędnych leków i wyrobów medycznych, również w zakresie działania przeciwbólowego. Zakres realizacji tego prawa musi uwzględniać postanowienia umów

⁷⁴ Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.

⁷⁵ Za: prof. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska, kierownik Podyplomowego Studium Prawa Medycznego Uniwersytetu Łódzkiego, Fundacja Eksperti dla Zdrowia (zobacz np.: „Nie kłaniaj się bólowi i nie ból się. Poradnik dla pacjenta i opiekuna.”, dostępny pod adresem: http://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/aktualnosci/aktualnosci_pliki/poradnik_nie_klaniaj_sie_bolowi.pdf.

o udzielanie świadczeń zdrowotnych, jakie są zawierane pomiędzy Narodowym Fundusze Zdrowia, a świadczeniodawcą (art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷⁶).

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Prawo pacjenta do gwarantowanego szpitalnego działania przeciwbólowego w systemie publicznym musi być realizowane zgodnie z opracowaną i wdrożoną procedurą leczenia bólu i oceny skuteczności tego leczenia. Taki wymóg został wprowadzony na podstawie § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷⁷ (dodany przez § 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.⁷⁸).

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji ujęto w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁷⁹ (w odniesieniu do poradni leczenia bólu zobacz poz. 24). Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych możliwych do realizacji w poradniach leczenia bólu określa załącznik nr 5a do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna⁸⁰ (zobacz kolumna nr 29 tego załącznika).

W poradni leczenia bólu świadczeń udziela przynajmniej: 1) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub medycyny paliatywnej, lub neurochirurgii i neurotraumatologii, lub neurochirurgii, albo 2) lekarz specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie onkologii klinicznej, albo 3) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale o profilu onkologia kliniczna, albo 4) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie neurologii. W miejscu udzielania świadczeń powinny być wykonywane przynajmniej blokady przeciwbólowe oraz powinien być zapewniony dostęp do: badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych; RTG; USG.

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Od 1 stycznia 2011 r. do 22 grudnia 2015 r., rodzaje, zakres i wzory dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania określało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. Rozporządzenie to, z dniem 23 grudnia 2015 r. zostało uchylone i zastąpione rozporządzeniem z dnia 9 listopada 2015 r.⁸¹

Dokumentacja medyczna jest prowadzona w postaci elektronicznej lub papierowej (§ 1). Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności (§ 2 ust. 3): historia choroby (pkt 2); karta indywidualnej

⁷⁶ Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.

⁷⁷ Dz. U. z 2016 r., poz. 694, ze zm.

⁷⁸ Dz. U. poz. 1441.

⁷⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 357.

⁸⁰ Zobacz: <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-792014dsoz,6342.html>.

⁸¹ Niniejsza analiza dotyczy obydwu rozporządzeń, a odpowiednie jednostki redakcyjne przywołane w nawiasach odnoszą się kolejno do rozporządzenia z 2010 r. i 2015 r.; przywołanie jednej jednostki redakcyjnej oznacza, że odnosi się ona do obydwóch rozporządzeń.

opieki pielęgniarskiej (pkt 4); karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną (pkt 5). Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji (§ 4).

Dokumentacja indywidualna zawiera (§ 10): oznaczenie podmiotu (ust. 1 pkt 1); oznaczenie pacjenta (ust. 1 pkt 2); oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie (ust. 1 pkt 3); datę dokonania wpisu (ust. 1 pkt 4); informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności (ust. 1 pkt 5 lit. a-e): opis udzielonych świadczeń zdrowotnych; rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży; zalecenia, informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach lekarskich; informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych zapisanych pacjentowi na receptach; inne informacje wynikające z odrębnych przepisów (ust. 1 pkt 6).

Do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności (§ 15 ust. 1): kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej; kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną; kartę obserwacji lub kartę obserwacji przebiegu porodu; kartę gorączkową; kartę zleceń lekarskich; kartę przebiegu znieczulenia; kartę zabiegów fizjoterapeutycznych; kartę medycznych czynności ratunkowych; kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, dołączaną po wypisaniu pacjenta ze szpitala; wyniki badań diagnostycznych, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby; wyniki konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby; protokół operacyjny, okołooperacyjną kartę kontrolną.

Historia choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera: dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego; wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, jeżeli został sporządzony, wyniki konsultacji (§ 18 ust. 1 pkt 1-2; § 17 ust. 1 pkt 1-3); informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu (§ 18 ust. 1 pkt 3; § 17 ust. 1 pkt 4).

Do historii choroby dołącza się (§ 18 ust. 2 pkt 1-3; § 17 ust. 2 pkt 1-4): wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta w formie karty obserwacji lub wyniki obserwacji przebiegu porodu w formie karty obserwacji porodu; informacje o zleceniach lekarskich oraz ich wykonaniu w formie karty zleceń lekarskich; informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołooperacyjnych, w postaci okołooperacyjnej karty kontrolnej; informacje dotyczące procesu pielęgnowania, czynności pielęgniarskich lub położniczych w postaci karty indywidualnej opieki pielęgnacyjnej lub karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną. Wpisy w karcie obserwacji lub w karcie obserwacji porodu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną (§ 18 ust. 3; § 17 ust. 3). W przypadku porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej prowadzi się kartę przebiegu znieczulenia (-; § 17 ust. 4). Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie (§ 18 ust. 4; § 17 ust. 5). Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest osoba określona w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego (§ 18 ust. 4a; § 17 ust. 6). Koordynator karty dokonuje wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielonych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji (§ 18 ust. 4b; § 17 ust. 7). Wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną są dokonywane przez pielęgniarkę lub położną sprawującą opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgnacyjnej lub położniczej są dokonywane przez osobę realizującą plan opieki (§ 18 ust. 5; § 17 ust. 8). Wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną (§ 18 ust. 6; § 17 ust. 9).

5.3. Załącznik nr 3. Wykaz aktów prawnych

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 694 ze zm.).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 357).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.), uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), obowiązujące od dnia 23 grudnia 2015 r.

5.4. Załącznik nr 4. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Rzecznik Praw Pacjenta
8. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
9. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
11. Minister Zdrowia
12. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia