



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.411.007.02.2016
R/16/004

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu
ul. Dożynkowa 9H, 61-662 Poznań
T +48 61 655 62 00, F +48 61 655 62 01
ipo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli

R/16/004 – Dostępność terapii przeciwbólowej

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontrolerzy

1. Joanna Kozak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LPO/61/2016 z 8 lipca 2016 r.;
2. Aneta Karska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/50/2016 z 10 czerwca 2016 r.
3. Sylwia Zakrzewska, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/55/2016 z dnia 17 czerwca 2016 r.

(dowód: akta kontroli, str.1-3)

Jednostka
kontrolowana

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego (dalej: Szpital).

Kierownik jednostki
kontrolowanej

Lek. med. Przemysław Daroszewski, Dyrektor (dalej: Dyrektor Szpitala).

(dowód: akta kontroli, str. 4-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

W ocenie NIK, w Szpitalu zorganizowano system umożliwiający rzetelne monitorowanie skuteczności leczenia bólu pooperacyjnego. Dla oddziałów, na których przeprowadzane są zabiegi operacyjne opracowano i wdrożono procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, a przebieg postępowania przeciwbólowego dokumentowano zgodnie z obowiązującą procedurą.

Dla pozostałych oddziałów szpitalnych nie opracowano pisemnych procedur w powyższym zakresie, do czego zobowiązywały przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego². Zapisy dokumentacji medycznej części pacjentów tych oddziałów wskazują jednak, że personel medyczny podejmował wymagane działania polegające na ustaleniu stopnia natężenia bólu zgłaszanego przez pacjenta oraz analizował skuteczność leczenia bólu. Natomiast w dokumentacji medycznej części pacjentów informacji takich nie odnotowano.

Sformalizowanie zasad postępowania personelu medycznego w zakresie monitorowania bólu przewlekłego i sposobu dokumentowania tych działań, mogłoby w ocenie NIK, stanowić punkt odniesienia do weryfikacji poprawności oraz oceny jakości i skuteczności terapii przeciwbólowej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1. Informowanie pacjentów o możliwościach i metodach uśmierzania bólu.

Pacjenci poddawani zabiegom operacyjnym byli pisemnie informowani o możliwościach leczenia przeciwbólowego, w tym o możliwościach znieczulenia do

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje trzystopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Dz. U. z 2016 r., poz. 694 ze zm.

danego typu zabiegu oraz o powikłaniach i możliwościach leczenia przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym, co odnotowywano w przedoperacyjnej ankiecie anestezyjologicznej. Informacje o metodzie i celu pomiaru natężenia bólu przekazano też pacjentom, dla których założono i prowadzono dokumentację postępowania przeciwbólowego oraz pacjentkom Oddziału Ginekologii. Informacje dotyczące leczenia bólu były udostępnione na tablicach informacyjnych oddziałów zabiegowych oraz przekazanie do wglądu pacjentom oczekującym na zabieg operacyjny.

W dokumentacji medycznej pozostałych pacjentów Szpitala nie odnotowywano faktu poinformowania pacjenta o możliwościach i metodach uśmierzenia bólu. Informacje w tym zakresie były – zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala - przekazywane pacjentom ustnie.

(dowód: akta kontroli, str. 34-47, 49-50, 55-60, 63-68, 71-79)

Szpital, zgodnie z dyspozycją art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³, udostępnił pacjentom kartę praw pacjenta. Kartę, w formie pisemnej, udostępnił w pomieszczeniach Szpitala. Przy przyjęciu do Szpitala pacjenci składali oświadczenie o zapoznaniu się z jej treścią. Treść udostępnionej karty praw pacjenta nie informowała literalnie o prawie do uśmierzenia bólu.

(dowód: akta kontroli, str. 89-91)

Istotnym elementem postępowania przeciwbólowego jest właściwa edukacja pacjenta polegająca na przekazaniu również pisemnej informacji o bólu i metodach jego leczenia⁴, np. w postaci ulotek informacyjnych. Pisemna informacja może ułatwić pacjentom zrozumienie korzyści i potencjalnych ryzyk związanych z uśmierzeniem bólu.

2. Organizacja procesu leczenia bólu.

2.1. W Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu pooperacyjnego dla oddziałów: Urologii i Onkologii Urologicznej, Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Angiologii, Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (dalej: oddziały zabiegowe). Procedura ta została opracowana w ramach ubiegania się o certyfikat „Szpital bez bólu”, który po raz pierwszy został przyznany 17 lutego 2011 r., a następnie (3 marca 2014 r.) przedłużony na okres kolejnych trzech lat.

Koordynatorem działań podjętych w ramach przygotowań do certyfikacji Szpitala był Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii⁵. Do jego obowiązków należało przygotowanie Szpitala do wdrożenia programu zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, w tym przeprowadzenie wymaganych szkoleń personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, przygotowanie dokumentacji postępowania przeciwbólowego w okresie okołoperacyjnym.

³ Dz. U. z 2016 r., poz. 186 ze zm.

⁴ Za zespołem ekspertów powołanym przez: Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne (zobacz: „Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym”; dostępne pod adresem: <http://www.polanest.webd.pl/pliki/wytyczne2.html>). Przywołane wytyczne o formie przekazania pacjentowi informacji o bólu i sposobach jego leczenia dotyczą postępowania przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym, z zaleceniem ich stosowania u wszystkich pacjentów leczonych w szpitalu zarówno z bólem ostrym (np. pooperacyjny, pourazowy, analgeza porodu, bóle pochodzenia naczyniowego, stenokardialne), jak i z zespołami bólu przewlekłego pochodzenia nowotworowego i nienowotworowego.

⁵ Powołany zarządzeniem nr 47/2009 z dnia 31 grudnia 2009 r.

Na wniosek Koordynatora ds. wdrażania programu „Szpital bez bólu” Dyrektor Szpitala powołał⁶ osoby odpowiedzialne za realizację przedmiotowego programu w ramach poszczególnych oddziałów zabiegowych.

W procedurze określono m.in.: rodzaje natężenia bólu w okresie pooperacyjnym oraz zasady postępowania i sposób leczenia przeciwbólowego po zabiegu operacyjnym, wzór karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego, informacje jakie winny być przekazywane pacjentom w zakresie bólu po zabiegu chirurgicznym, wzór przedoperacyjnej ankiety anestezyjologicznej, formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego, wzór karty obserwacji poanestetycznej, procedurę postępowania z pacjentem bezpośrednio po znieczuleniu, okołooperacyjną kartę kontrolną, standardy postępowania z pacjentem po znieczuleniu podpajęczynówkowym oraz klasyfikację fizycznego stanu pacjenta wg amerykańskiego stowarzyszenia anestezyjologów (ASA).

(dowód: akta kontroli, str. 49-50, 71-78, 86-88, 176-195)

2.2. Sposób dokumentowania zastosowanego postępowania przeciwbólowego sprawdzono na próbie dokumentacji medycznej łącznie 186 pacjentów oddziałów zabiegowych oraz pacjentów Kliniki Neurologii, Oddziału Hematologii, Chorób Wewnętrznych i Ginekologii⁷ (dalej: oddziały niezabiegowe).

2.2.1. Badanie dokumentacji medycznej 93 pacjentów z oddziałów zabiegowych⁸ wykazało, że dokumentacja postępowania przeciwbólowego pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym (64) prowadzona była zgodnie z przyjętą dla tych oddziałów procedurą, tj. natężenie bólu mierzone było co cztery godziny przez trzy doby po zabiegu operacyjnym przy użyciu skali (1-10). Dla pacjentów prowadzone były karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego. Pozostałych 28 pacjentów nie przeszło zabiegu operacyjnego, a w przypadku jednego pacjenta karta dokumentacji postępowania przeciwbólowego w wyniku przeoczenia nie została wypełniona (pacjent nie odczuwał bólu, a lekarz nie zlecił podawania środków przeciwbólowych).

(dowód: akta kontroli str. 34-47, 55-60, 63-68)

2.2.2. Badanie dokumentacji medycznej 83 pacjentów oddziałów niezabiegowych⁹, dla których nie opracowano pisemnych procedur 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 dokumentacji postępowania przeciwbólowego. Nie dokonywano pomiaru natężenia bólu przy użyciu skali numerycznych. Jeśli w dokumentacji medycznej odnotowano natężenie bólu, używano w tym celu skali słownej np. „silny”, „słaby”. Skuteczność leczenia bólu odnotowano w części dotyczącej przebiegu choroby poprzez wskazanie, że „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 kolejne dni hospitalizacji występowania lub też nie dolegliwości bólowych. Ponadto:

⁶ Pismem okólnym nr 1/2009 z dnia 31 grudnia 2009 r.

⁷ W dokumentacji medycznej 10 pacjentek Oddziału Ginekologii nie odnotowano zgłaszania dolegliwości bólowych.

⁸ Badanie przeprowadzono na losowo dobranej próbie dokumentacji medycznej Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Naczyniowej i Angiologii (41), Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (22), Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej (30).

⁹ Doboru dokumentacji dokonano w sposób celowy ze względu na poszukiwany rezultat, tj. pacjentów odczuwających ból. W Klinice Neurologii dokonano wyboru przy uwzględnieniu rozpoznania choroby (głównie G54 Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych), na Oddziale Hematologii i Chorób Wewnętrznych – użycia leków opioidowych.

- z 33 badanych dokumentacji medycznych w Klinice Neurologii, w 31 odnotowano zgłoszenie dolegliwości bólowych. Do każdej historii choroby załączona była dokumentacja pielęgniarska dotycząca codziennej obserwacji dolegliwości chorego, w tym m.in. występowania i miejsca występowania dolegliwości bólowych, wypełniana dwa razy na dobę. Skuteczność leczenia przeciwbólowego potwierdzana była zapisami o treści: „ból zmniejszył się”, „ból zwiększył się”, „ból bez zmian” i zapisami dotyczącymi modyfikacji leczenia przeciwbólowego. Ponadto w poszczególnych dokumentacjach przebiegu choroby odnotowano m.in.: „pacjentka wie, że może poprosić o leki doraźnie, w razie nasilenia dolegliwości”, „wyraźna ulga po podaniu ketoprofenu”, „zgłasza dolegliwości bólowe. Planowano włączyć (...)”¹⁰ – pacjentka nie wyraziła zgody. Pacjentka zgłasza nasilenie piekącego bólu w odcinku kręgosłupa. Zmodyfikowano farmakoterapię, podano (...)⁹, włączono (...)⁹. Pacjentka odczuwa poprawę w zakresie dolegliwości bólowych”;
- z 35 badanych dokumentacji medycznych na Oddziale Hematologii, w 19 odnotowano zgłoszenie dolegliwości bólowych. 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. W historiach chorób, w których odnotowano odczuwanie przez pacjenta bólu, w trzech przypadkach (z 19) podano informacje odnoszące się do stopnia natężenia bólu („zgłasza silne dolegliwości bólowe kości”, „bóle kręgosłupa, ale nie nasilone mocno”) oraz w siedmiu przypadkach do skuteczności jego leczenia w postaci zapisu „ból zmniejszył się”, czy zapisu w kolejnej dobie hospitalizacji „bez dolegliwości bólowych”;
- z 15 badanych dokumentacji medycznych na Oddziale Chorób Wewnętrznych, w ośmiu odnotowano zgłoszenie dolegliwości bólowych. Do historii chorób nie były dołączone oddzielne karty obserwacji stanu chorego, w tym dotyczące występujących u pacjentów dolegliwości bólowych. Obserwacje w tym zakresie oraz zapisy dotyczące „zmniejszania się dolegliwości bólowych” lub „nasilania się” były zamieszczane zarówno przez lekarza jak i pielęgniarkę w części dotyczącej przebiegu choroby. Zapisy takie dokonywane były przez pielęgniarkę dwa razy na dobę.

Dyrektor Szpitala wskazał, że bezpośrednie porównanie leczenia przeciwbólowego na powyższych oddziałach oraz wskazanie parametrów do ustalenia stopnia natężenia bólu jest niemożliwe. W Klinice Neurologii ból bowiem może być wyznacznikiem skuteczności terapii schorzenia podstawowego, co w niewielkim stopniu występuje u pacjentów pozostałych oddziałów. Stąd tak zróżnicowane zapisy w dokumentacji medycznej dotyczące zagadnienia bólu. Zróżnicowanie metod pomiaru poziomu bólu będzie występować na każdym oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 69, 71-77, 279-309)

2.3. Pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu, w przypadkach tego wymagających, zapewniono dostęp do pomocy psychologicznej udzielanej przez zatrudnionych w nim psychologów.

(dowód: akta kontroli str. 34-47, 55-60, 63-68, 71-75)

2.4. W Szpitalu odbywały się regularne audyty dokumentacji medycznej, przeprowadzane przez kancelarię prawną zajmującą się weryfikacją poprawności prowadzenia dokumentacji medycznej. Ponadto Dyrektor ds. Lecznictwa, w ramach

¹⁰ W dokumentacji odnotowano nazwę handlową leku.

wykonywanych obowiązków, przeprowadzał systematyczną analizę dokumentacji medycznej, również w zakresie poprawności dokumentowania leczenia bólu. Skuteczność leczenia bólu była analizowana w Szpitalu poprzez bieżące monitorowanie skuteczności podawanych pacjentom leków.

Zarówno w raportach sporządzanych przez ww. kancelarię oraz we wnioskach z analiz przeprowadzanych przez Dyrektora ds. lecznictwa nie było zaleceń, ani wniosków dotyczących zakresu leczenia bólu.

W latach 2015 – 2016 nie przeprowadzono w Szpitalu audytu wewnętrznego lub kontroli funkcjonowania systemu leczenia bólu.

(dowód: akta kontroli, str. 8-33, 48-50, 71-75)

2.5. W strukturze Szpitala nie wyodrębniono poradni leczenia bólu. Spośród 188 pacjentów, których historie choroby objęto niniejszą kontrolą, do poradni leczenia bólu skierowano dwie osoby. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że poradnia leczenia bólu nie udziela pomocy specjalistycznej osobom z bólem wynikającym z przebytego zabiegu operacyjnego, tylko zajmuje się leczeniem bólu przewlekłego. U pacjentów, którzy w dniu wypisu zgłaszali dolegliwości bólowe włączane było leczenie przeciwbólowe i umawiany był termin wizyty kontrolnej. Pacjenci kierowani byli m.in. do lekarza medycyny rodzinnej.

W jednej z historii choroby (numer księgi głównej 7247/2015) odnotowano, że pacjent odczuwał silny ból. W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano niewielką poprawę w zakresie bólu (zapisy przebiegu choroby i wypis). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pacjent ten nie wymagał skierowania do poradni walki z bólem, bowiem po zastosowanym leczeniu nastąpiła poprawa. Istniało, jak wyjaśnił, duże prawdopodobieństwo, że dolegliwości bólowe w ciągu kilku dni ustąpią całkowicie.

(dowód: akta kontroli str. 71-75, 92-175, 279-288)

3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu uśmierzania bólu.

W związku z wdrożeniem procedury „Szpital bez bólu” lekarze i pielęgniarki Szpitala uczestniczyli w 2010 r. w szkoleniu „Szkoła bólu” oraz w 2013 r. w szkoleniu „Leczenie bólu ostrego i pooperacyjnego”.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, personel medyczny systematycznie uczestniczył w szkoleniach z zakresu terapii bólu w okresie okołoperacyjnym. Początkowo została przeprowadzona seria szkoleń wprowadzających do wdrożenia programu „Szpital bez bólu”, natomiast obecnie szkolenia odbywają się okresowo w zależności od potrzeb. Dotyczą one wdrażania nowych technik oraz leków przeciwbólowych oraz stanowią formę przypomnienia obowiązujących w Szpitalu standardów i procedur. Szkolenia takie organizowane są raz w roku (najczęściej w dwóch turach ze względu na harmonogram pracy personelu).

W latach 2015-2016 w szkoleniach obejmujących zagadnienia postępowania przeciwbólowego uczestniczyło:

- w 2015r. - 38 lekarzy, 1 fizjoterapeuta i 1 laborantka (przeprowadzone zostało jedno szkolenie pn. „Postępy w diagnostyce i terapii chorób układu nerwowego”, Zalecenia pokontrolne RCKiK dotyczące leczenia krwią” i „(...)”¹¹ – przypomnienie zasad stosowania leku przeciwbólowego”),

- w 2016 r. - 30 lekarzy i 2 fizjoterapeutów (przeprowadzone zostało jedno szkolenie pn. „Stany nagłe w chirurgii naczyniowej i zwalczanie bólu przed i pooperacyjnego”),

¹¹ Nazwa handlowa leku.

co stanowiło odpowiednio 35% i 28% lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę i świadczących usługi w ramach kontraktu.

Osobami szkolącymi byli: lek. med. Jerzy Drobiński – Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii SP ZOZ MSW w Poznaniu, Koordynator ds. wdrażania programu „Szpital bez Bólu”, prof. dr med. Radosław Kaźmierski, Dyrektor ds. leczenia Zbyszek Szymanowski oraz prof. dr. hab. med. Paweł Chęciński.

Pielęgniarki, których średnioroczne zatrudnienie w 2015r. wyniosło łącznie 169,741 etatów (14 w ramach kontraktów i 155,741 etatów w ramach umów o pracę), nie uczestniczyły, w latach 2015-2016 (do zakończenia kontroli), w żadnym szkoleniu dotyczącym stosowania skutecznej terapii przeciwbólowej.

(dowód: akta kontroli, str. 48-50, 196-207)

*Ustalone
nieprawidłowości*

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

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 szpitalnego¹² dla wszystkich pacjentów zgłaszających dolegliwości bólowe, hospitalizowanych na oddziałach szpitalnych. Procedury takie opracowano i wdrożono dla pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym („Szpital bez bólu”), przy czym procedura ta stosowana była tylko w wyznaczonym limicie czasowym (trzy doby po operacji).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że terapia przeciwbólowa dla pacjentów nieoperowanych i w kolejnych – po trzeciej dobie po operacji - stosowana była w zależności od potrzeby pacjenta i decyzji terapeutycznej lekarza, zgodnie ze standardami wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej.

Zdaniem NIK, w obecnym stanie prawnym nie znajduje uzasadnienia ograniczenie stosowania procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu jedynie do pacjentów operowanych. Brak procedur leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu mógł być jedną z przyczyn nieodnotowywania w dokumentacji medycznej części pacjentów istotnych dla skuteczności postępowania przeciwbólowego informacji o natężeniu bólu i skuteczności zastosowanego leczenia.

(dowód: akta kontroli, str. 48-50, 71-75)

2. W historii choroby 16 pacjentów Oddziału Hematologii (z 19 kontrolowanych, którzy zgłaszali dolegliwości bólowe), nie odnotowano informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności zastosowanego leczenia, co było niezgodne z dyspozycją § 22 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej oraz § 20 ust. 1 pkt 4 poprzedzającego go rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. (wskazanych w przyp. nr 3 niniejszego wystąpienia).

Skuteczność leczenia bólu, według wyjaśnień Dyrektora Szpitala, była analizowana poprzez bieżące monitorowanie skuteczności podawanych pacjentom leków.

(dowód: akta kontroli, str. 289-309)

¹² § 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), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

3. W sześciu Kartach codziennej dobowej obserwacji stanu chorego (z 35 kontrolowanych historii choroby Oddziału Hematologii) dokonano skreśleń i poprawek bez podania przyczyny błędu, tzn. zaznaczono, że pacjent nie zgłasza dolegliwości bólowych, następnie zapis ten skreślono i odnotowano, że zgłasza dolegliwości bólowe. Zgodnie z § 8 ust. 2 wskazanego rozporządzenia MSWiA z dnia 25 lutego 2016 r. (§ 7 ust. 2 poprzednio obowiązującego rozporządzenia), wpis dokonany w dokumentacji medycznej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

W wyjaśnieniu Dyrektor Szpitala podał, że mimo prowadzonych ustawicznie kontroli dokumentacji medycznej, zarówno bieżącej jak i retrospektywnej, zdarzają się przypadki nieprawidłowości w jej sporządzaniu. Kierownictwo Szpitala wyciąga konsekwencje w stosunku do pracowników w formie rozmów dyscyplinujących, ustnych upomnień, a nawet konsekwencji finansowych.

(dowód: akta kontroli: str. 289-309)

4. Szpital udostępnił nieuprawnionemu podmiotowi dokumentację medyczną pacjentów. Dokumentację udostępniono kancelarii prawnej na podstawie umowy¹³, której przedmiotem było m.in. przeprowadzenie analizy dokumentacji medycznej pacjentów poradni i wybranych oddziałów oraz przygotowanie raportu po analizie. Raporty te, jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, były wykorzystywane do oceny poprawności prowadzenia dokumentacji medycznej i rozliczenia hospitalizacji z Narodowym Funduszem Zdrowia. W ocenie NIK, szpital udostępniając kancelarii prawnej dokumentację medyczną pacjentów działał niezgodnie z art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ani podmiot z którym zawarto umowę, ani jej przedmiot nie spełniały bowiem wskazanych w art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przesłanek dopuszczających udostępnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej pacjentów. Według Dyrektora Szpitala, przekazanie kancelarii prawnej dokumentacji medycznej nie naruszyło prawa, a jego podstawą był art. 27 ust. 2 pkt 7 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych¹⁴ - zdaniem Dyrektora, kancelaria prawna przetwarzała dokumentację medyczną pacjentów w ramach „zarządzania udzielaniem usług medycznych”, z zachowaniem bezpieczeństwa danych osobowych. W ocenie NIK, przekazanie kancelarii prawnej dokumentacji medycznej pacjentów w celu sprawdzenia „poprawności prowadzenia dokumentacji medycznej pod względem formalno-prawnym oraz rozliczeniowym” nie może być zakwalifikowane jako „zarządzenie usługą medyczną”, a kancelaria nie może być uznana za podmiot „zarządzający usługą medyczną”. Pod pojęciem tym należy bowiem rozumieć „głównie personel administracyjny zatrudniony w sektorze szeroko rozumianych usług medycznych, wykonujący rozmaite funkcje sekretarskie, funkcje związane z ewidencją pacjentów, prowadzeniem statystyki, archiwizacją dokumentów medycznych itp.”¹⁵. Ponadto, „warunkiem powołania się na analizowane upoważnienie jest stworzenie pełnych gwarancji ochrony danych osobowych. Dotyczy to w pierwszym rzędzie przestrzegania tajemnicy lekarskiej i tajemnicy nałożonej przez prawo lub umowę na inne osoby pracujące w sektorze szeroko rozumianych usług medycznych.”¹⁶. W umowie zawarto wprawdzie zapis o zobowiązaniu zleceniobiorcy do zachowania „całkowitej poufności, nie ujawniania ani nie pozwalania na ujawnianie żadnej osobie trzeciej, nie wykorzystywania ani nie

¹³ Umowa o świadczenie usług nr 90/ZP/2015 z 2 lipca 2015 r.

¹⁴ Dz. U. z 2016 r., poz. 922.

¹⁵ Zobacz: Ochrona danych osobowych. Komentarz do art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych. Janusz Barta, Paweł Fajgielski, Ryszard Markiewicz. „Lex” 2015.

¹⁶ Ibidem.

pozwalania na wykorzystanie w innym celu niż realizacja niniejszej umowy jakichkolwiek informacji dotyczących (...) treści wszelkich materiałów dostarczonych przez Zleceniodawcę” (§ 2 ust. 2 lit. b umowy), jednocześnie jednak zleceniobiorcy zezwolono na powierzenie wykonywanych prac objętych umową innym osobom niż pracownicy zleceniobiorcy (§ 2 ust. 4 umowy). Zważywszy na fakt, że dokumentacja medyczna zawiera dane o stanie zdrowia, których przetwarzanie co do zasady jest zabronione¹⁷, NIK nie podziela zdania Dyrektora Szpitala o gwarancji zabezpieczenia tych danych przed przetwarzaniem przez nieuprawnione osoby.

(dowód: akta kontroli: str. 217-225)

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, NIK, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁸, wnosi o:

- 1) opracowanie i wdrożenie procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu dla oddziałów szpitalnych, dla których dotychczas takiej procedury nie wdrożono,
- 2) zaprzestanie udostępniania nieuprawnionemu podmiotowi dokumentacji medycznej pacjentów.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

*Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń*

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu.

*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 wniosku pokontrolnego 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.

Poznań, dnia 15 lipca 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Sylwia Zakrzewska
Starszy inspektor kontroli państwowej

Dyrektor
Z up. Grzegorz Malesiński
Wicedyrektor

.....
Podpis
Aneta Karska
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
Podpis

.....
Podpis

¹⁷ Zobacz: art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych.
¹⁸ Dz. U. z 2015 r., poz.1096 ze zm. oraz Dz. U. z 2016 r., poz. 677.

