



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.016.02.2016

P.16.088

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

ul. Jacka Odrowąża 1, 71-420 Szczecin

T +48 91 831 39 00, F +48 91 831 39 66

lsz@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P.16.088 – Dostępność terapii przeciwbólowej.
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie.
<i>Kontroler</i>	Sławomir Żudro, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/68/2016 z dnia 13.09.2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach ¹ .
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Piotr Sołtyśński, Dyrektor SPZZOZ od 1.08.2014 r. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena² kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

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

Dla pozostałych oddziałów szpitalnych nie opracowano pisemnej procedury w powyższym zakresie, do czego zobowiązywały przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³. Zapisy dokumentacji medycznej pacjentów tych oddziałów zawierały opisy słowne na temat monitorowania bólu i skuteczności podjętego leczenia. Brak było jednak usystematyzowanych, codziennych informacji na temat stopnia natężenia bólu.

W SPZZOZ organizowano szkolenia w zakresie m.in. postępowania z bólem pooperacyjnym, prowadzenia dokumentacji postępowania przeciwbólowego i sposobów monitorowania bólu.

¹ Dalej: SPZZOZ.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

³ Dz. U. z 2016 r., poz. 694 ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Informowanie pacjentów o możliwościach i metodach leczenia bólu

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą⁴ SPZZOZ udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie min.:

- chorób wewnętrznych obejmujących gastroenterologię, kardiologię, diabetologię, endokrynologię, choroby tarczycy, reumatologię, gruźlicę i choroby płuc, pulmonologię, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca,
- chirurgii ogólnej, dziecięcej, urologicznej, laparoskopowej,
- neurochirurgii,
- leczenia ciężkich oparzeń, chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej,
- otolaryngologii,
- neurologii, nefrologii z dializoterapią,
- intensywnej terapii i anestezjologii,
- ortopedii i traumatologii, ortopedii dziecięcej, leczenia wad postawy, preluksacji,
- ginekologii i położnictwa, patologii ciąży, okresu przekwitania, profilaktyki chorób piersi,

Działalność lecznicza była prowadzona w następujących placówkach:

- Szpitalu Specjalistycznym MEDICAM Gryfice⁵,
- Szpitalu Psychiatrycznym MEDICAM Gryfice⁶,
- Centrum Rehabilitacji MEDICAM Gryfice⁷,
- Szpitalu MEDICAM Resko⁸

posiadających łącznie 557 łóżek, w tym 174 łóżka na oddziałach zabiegowych i 383 łóżka na oddziałach zachowawczych.

(dowód: akta kontroli str. 4-27)

W 2015 r. w SPZZOZ było leczonych 33.981 pacjentów, w tym w SOR - 18.630, a w 2016 r. (do 31.08) - 24.516 pacjentów, w tym w SOR - 13.455.

(dowód: akta kontroli str. 28-30)

1.2. SPZZOZ, zgodnie z dyspozycją art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁹, udostępnił pacjentom Kartę praw pacjenta. Informacja o prawach pacjentów była przekazywana podczas rejestracji przez pielęgniarkę odcinkową, która odnotowywała ten fakt w dokumentacji medycznej.

Karta praw pacjenta była umieszczona we wszystkich oddziałach szpitalnych, w miejscach ogólnodostępnych.

⁴ 1.01.2015 r. - 31.08.2016 r.

⁵ w skład którego wchodziły oddziały: Chorób Wewnętrznych (z pododdziałami: Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Gastroenterologicznym, Diabetologicznym, Chorób Płuc), Chirurgiczny (z pododdziałem Urologicznym), Neurochirurgiczny, Ginekologiczno-Położniczy i Patologii Ciąży, Pediatryczny (z pododdziałami: Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci, Neurologii Dziecięcej), Neonatologiczny, Intensywnej Terapii i Anestezjologii, Neurologiczny (z pododdziałem Udarowym klasy A), Okulistycznym, Otolaryngologicznym, Alergologicznym (z pododdziałem Alergologii Dziecięcej), Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Zachodniopomorskie Centrum Leczenia Ciężkich Oparzeń i Chirurgii Plastycznej (dalej: ZCLCOiCP), Szpitalny Oddział Ratunkowy (dalej: SOR).

⁶ W skład którego wchodziły oddziały: Psychiatryczny (z pododdziałem Detoksykacji) i Terapii Uzależnienia od Alkoholu.

⁷ w skład którego wchodził Oddział Rehabilitacyjny (z pododdziałami: Rehabilitacji Narządu Ruchu, Rehabilitacji Neurologicznej, Rehabilitacji dziennej)

⁸ W skład którego wchodziły oddziały: Chorób Wewnętrznych i Chirurgiczny z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej (zlikwidowany z dniem 10.10.2015 r. na podstawie uchwały nr 1749/15 Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego - organu tworzącego.

⁹ Dz.U. z 2016 r., poz. 186 ze zm.

(dowód: akta kontroli str. 31-38)

W tekście Karty praw pacjenta, brak było informacji o prawie do uśmierzania bólu z wyjątkiem zapisu o prawie pacjenta w stanie terminalnym do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.

(dowód: akta kontroli str. 39-43)

Informacja o możliwościach i metodach uśmierzenia bólu była przekazywana pacjentom:

- oddziałów zabiegowych
 - przez pielęgniarkę odcinkową, która przy przyjmowaniu na oddział przekazywała ulotkę zawierającą m.in. ilustrowaną i opisową informację na temat numerycznej (NRS) i wizualno-analogowej (VAS) skali oceny bólu, metod jego leczenia, możliwości wystąpienia działań niepożądanych będących konsekwencją przeprowadzonego zabiegu operacyjnego, znieczulenia lub leczenia przeciwbólowego oraz zalecenie zawiadamiania personelu medycznego o odczuwanym bólu i działaniach niepożądanych nawet o niewielkim nasileniu. Pielęgniarka odcinkowa w trakcie rozmowy wyjaśniała treść przekazanej ulotki, upewniając się, czy jest ona zrozumiała dla pacjenta,
 - przez lekarza anestezjologa, który w trakcie wywiadu związanego z wypełnieniem przedoperacyjnej ankiety anestezjologicznej również przekazywał informację o prawdopodobieństwie wystąpienia bólu pooperacyjnego i możliwości jego łagodzenia oraz o możliwości wystąpienia działań niepożądanych spowodowanych znieczuleniem lub stosowanym leczeniem przeciwbólowym. W przedoperacyjnej ankiecie anestezjologicznej pacjent podpisem potwierdzał otrzymanie informacji.
- oddziałów zachowawczych, tylko zgłaszającym ból - w formie ustnej, na każdym etapie leczenia podczas badań kontrolnych, wizyt lekarskich oraz opieki pielęgniarskiej.

(dowód: akta kontroli str. 45, 60, 62, 64)

1.3. Badanie dobranej celowo dokumentacji medycznych 180 pacjentów¹⁰ hospitalizowanych w 2015 r., w tym 110 pacjentów z oddziałów zabiegowych¹¹ i 70 pacjentów z oddziałów zachowawczych¹² wykazało, że we wszystkich badanych przypadkach, pacjenci oddziałów zabiegowych byli wypisywani z uśmierzonym bólem, określonym jako „0” wg skali NRS, natomiast pacjenci oddziałów zachowawczych, którzy odczuwali ból przy wypisywaniu ze szpitala, otrzymywali recepty na leki przeciwbólowe i zalecenie zgłaszania się do kontroli w przychodniach specjalistycznych. W dwóch przypadkach, w których leczenie nie przyniosło poprawy, pacjenci zostali skierowani na Oddział Neurochirurgii, w celu przeprowadzenia zabiegu blokującego ból.

(dowód: akta kontroli str. 118-126)

Fakt przekazania informacji o możliwości i metodach leczenia bólu w indywidualnej dokumentacji medycznej był odnotowywany tylko w przypadku pacjentów oddziałów zabiegowych - w przedoperacyjnych ankietach anestezjologicznych. W przypadku pacjentów oddziałów zachowawczych, dokumentacja nie zawierała takich adnotacji.

(dowód: akta kontroli str. 118-126)

¹⁰ Doboru próby do badania dokonano spośród dokumentacji pacjentów, którzy zostali przyjęci z bólem lub zgłaszali ból w trakcie pobytu w szpitalu.

¹¹ Z oddziałów: Chirurgicznego - 75 dokumentacji, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej - 9 dokumentacji, ZCLCOiCP - 26 dokumentacji.

¹² Z oddziałów: Neurochirurgicznego - 45 dokumentacje, Chorób Wewnętrznych - 25 dokumentacji.

Ustalono nieprawidłowości W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące badanej działalności Informacje o metodach leczenia bólu personel medyczny przekazywał pacjentom nieoperowanym jedynie ustnie. Istotnym elementem postępowania przeciwbólowego jest właściwa edukacja pacjenta, polegająca na przekazaniu również pisemnej informacji o bólu i metodach jego leczenia, np. w formie ulotek informacyjnych. Pisemna informacja może ułatwić pacjentom zrozumienie korzyści i potencjalnych ryzyk związanych z uśmierzaniem bólu. Zalecenia o formie przekazania pacjentowi informacji o bólu i sposobach jego leczenia opracował m.in. zespół ekspertów powołany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne. Dotyczą one postępowania przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym, z zaleceniem ich stosowania u wszystkich pacjentów leczonych w szpitalu zarówno z bólem ostrym (np. pooperacyjny, pourazowy, analgeza porodu, bóle pochodzenia naczyniowego, stenokardialne), jak i z zespołami bólu przewlekłego pochodzenia nowotworowego i nienowotworowego¹³. NIK zwraca uwagę, że Szpital zawierając z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego, zobowiązał się do stosowania wytycznych, zaleceń i rekomendacji wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

Opis stanu faktycznego

2. Organizacja procesu leczenia bólu

2.1. SPZZOZ, po spełnieniu wymaganych kryteriów, w dniu 25.11.2013 r. uzyskał certyfikat „Szpital bez bólu” wydany przez Polskie Towarzystwa: Badania Bólu, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Ginekologiczne, Chirurgów Polskich, Ortopedyczne i Traumatologiczne, stanowiący potwierdzenie „wprowadzenia najwyższych standardów uśmierzania bólu pooperacyjnego”.

(dowód: akta kontroli str. 61)

Procedury związane z realizacją programu „Szpital bez bólu”¹⁴ były stosowane na oddziałach zabiegowych¹⁵ i polegały na:

- informowaniu pacjentów o możliwościach i metodach uśmierzania bólu pooperacyjnego. Zasady udzielania informacji przedstawiono w punkcie 1.2;
- regularnej ocenie poziomu natężenia bólu, co najmniej 4 razy na dobę, a w cięższych przypadkach z większą częstotliwością. W przypadku zwiększenia się nasilenia bólu, lekarz, na podstawie analizy natężenia bólu dokonywał zmiany leków lub zwiększał dawki na bardziej skuteczne. Oddziały zabiegowe były wyposażone w instrukcje w zakresie posługiwania się skalami oceny natężenia bólu;
- prowadzeniu dokumentacji postępowania przeciwbólowego, tj. opracowanej w SPZZOZ „Karty dokumentacji postępowania przeciwbólowego”, zaakceptowanej przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu, zawierającej m.in.:
 - dane pacjenta,
 - rodzaj zabiegu i znieczulenia,

¹³ Zobacz np.: „Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym”, dostępne pod adresem: <http://www.polanest.webd.pl/pliki/wytyczne2.html>).

¹⁴ Dalej program.

¹⁵ Tj. oddziały: Chirurgiczny, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Ginekologiczno-Położniczy, Neurochirurgiczny, Okulistyczny, Otolaryngologiczny, ZCLCOiCP.

- kategorię zabiegu,
- farmakoterapię (leki przeciwbólowe stosowane w szpitalu i przepisane przez anestezjologa),
- natężenie bólu pooperacyjnego w skali numerycznej lub wzrokowo-analogowej i godziny podania leków,
- niepożądane objawy stosowania leków przeciwbólowych,
- indywidualną kartę zleceń lekarskich, na której lekarz dokonywał wpisu zlecenia leku przeciwbólowego, a pielęgniarka odnotowywała wykonanie zlecenia;
- monitorowaniu działań niepożądanych stosowanych w SPZZOZ produktów leczniczych. Wystąpienie takich objawów odnotowanych w „Karcie dokumentacji postępowania przeciwbólowego” skutkuje obowiązkiem wypełnienia „Formularza zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego” i przekazania do farmaceuty klinicznego. W latach 2015-2016 w SPZZOZ nie odnotowano przypadków wystąpienia niepożądanych działań produktów leczniczych.

(dowód: akta kontroli str. 62-82)

SPZZOZ nie posiadał innych procedur w zakresie leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu.

(dowód: akta kontroli str. 45, 90)

2.2. W SPZZOZ do zadań Koordynatora programu¹⁶ należało m.in. bieżące monitorowanie realizacji programu, zbieranie opinii na temat jego funkcjonowania oraz szkolenie nowych pracowników i usługodawców oraz w razie potrzeby organizowanie wykładów doszkalających, tworzenie i przechowywanie dokumentów związanych z programem.

(dowód: akta kontroli str. 84-89)

2.3. W ramach programu, w SPZZOZ opracowano i wdrożono schematy leczenia bólu dla poszczególnych kategorii zabiegów¹⁷, określające m.in.:

- zasady uśmierzania bólu pooperacyjnego, w tym częstotliwość oceny natężenia bólu,
- leki stosowane z opisem sposobu i czasu działania, sposobu podawania, możliwymi skutkami ubocznymi
- podstawowe połączenia leków dla danej kategorii zabiegu,
- dostępne preparaty przeciwbólowe,
- zasady postępowania w przypadku nieustępowania bólu, wcześniejszego pojawiania się bólu niż pora na kolejną dawkę leku przeciwbólowego oraz pojawienia się bóli przebijających,
- maksymalne dawki dobowe, których nie należy przekraczać.

(dowód: akta kontroli str. 74-81)

2.4. W wyniku badania dokumentacji medycznej, o którym mowa w punkcie 1.3, stwierdzono, że:

- u pacjentów oddziałów zabiegowych dokonywano pomiarów natężenia bólu w skali NRS, z częstotliwością określoną w procedurze programu, tj. co najmniej cztery razy na dobę, a wyniki pomiarów odnotowywano w karcie dokumentacji postępowania przeciwbólowego,

¹⁶ Dyplomowana pielęgniarka o specjalnościach: anestezjologia i intensywna terapia oraz zarządzanie.

¹⁷ I kategoria - niewielki uraz tkanek i ból o natężeniu w skali NRS ≤ 4 ; II kategoria - mierny uraz tkanek, ból od 4 do 6, do 3 dni; III kategoria - mierny uraz tkanek, ból od 4 do 6 ponad 3 dni; IV kategoria - duży uraz tkanek, ból powyżej 6, ponad 7 dni.

- u pacjentów oddziałów zachowawczych poziom natężenia bólu opisywano słownie (np. niewielki, umiarkowany, silny, słaby), były to jednak zapisy jednorazowe, nie zawsze odnoszące się do każdego dnia hospitalizacji. Na przykład w dokumentacji jednego z pacjentów, poziom bólu odnotowano tylko pierwszego dnia pobytu w szpitalu, a w kolejnych dniach zapisy odnosiły się do skuteczności leczenia (odnotowano: zmniejszenie bólu, nasilenie się bólu, utrzymywanie się bólu, zmniejszenie się bólu); w dokumentacji innego pacjenta, poziom natężenia bólu odnotowano pierwszego dnia (ból bardzo silny), w kolejnych dwóch dniach hospitalizacji odnotowano informacje o skuteczności leczenia (ból mniejszy); informacje te odnotowywano w dokumentacji dobowych obserwacji lekarskich i pielęgniarskich. Analogiczne informacje odnotowano w większości dokumentacji medycznej pozostałych pacjentów odczuwających ból,
- we wszystkich badanych przypadkach dokumentacja zawierała informacje o działaniach podjętych w celu uśmierzenia bólu i ich skuteczności.

(dowód: akta kontroli str. 118-126)

2.5. Żaden z pacjentów wypisanych z bólem, nie został skierowany do poradni leczenia bólu.

(dowód: akta kontroli str. 118-126)

Zastępca dyrektora ds. lecznictwa wyjaśnił, że SPZZOZ w Gryficach nie prowadzi poradni leczenia bólu. W przypadku konieczności leczenia wykraczającego poza zakres możliwości SPZZOZ, pacjenci byli kierowani do właściwych ośrodków referencyjnych - np. jednostek zajmujących się leczeniem onkologicznym.

(dowód: akta kontroli str. 91)

2.6. Na pytanie dotyczące kosztów SPZZOZ związanych z realizacją programu, Zastępca dyrektora ds. lecznictwa wyjaśnił, że wyniosły 71,3 tys. zł i dotyczyły wynagrodzeń koordynatora i osoby wdrażającej program, delegacji, szkoleń, druku stosowanych formularzy i wskazał przy tym, że konieczność recertyfikacji spowoduje dodatkowe koszty związane z przeszkoleniem personelu medycznego w kwocie ok. 40 tys. zł.

W wyjaśnieniu podkreślono, że działania podejmowane przez SPZZOZ w celu podniesienia jakości świadczeń nie mają wpływu na poziom finansowania. „...Teoretycznie na ocenę ofert składanych do konkursów mają wpływ posiadane certyfikaty i akredytacje, jednak ceny ustalane przez płatnika są dla wszystkich świadczeniodawców jednakowe, zatem trudno znaleźć bezpośredni związek przyczynowo skutkowy w tej materii. Poza tym obowiązek spełnienia wymogów (...) opisanych w (...) rozporządzeniach Ministra Zdrowia jest obligatoryjny, zatem nie może być podstawą do jakiegokolwiek refundacji kosztów. ...”

(dowód: akta kontroli str. 45-46)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nieopracowaniu i niewdrożeniu procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu dla szpitalnych oddziałów zachowawczych¹⁸ udzielających świadczeń gwarantowanych o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2013 r., mimo obowiązku określonego w § 5a tego rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 45, 90)

¹⁸ Tj. oddziałów: Chorób Wewnętrznych, Pediatricznego, Neonatologicznego, Intensywnej Terapii i Anestezjologii, Neurologicznego, Alergologicznego, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego..

W sprawie przyczyny nieopracowania ww. procedury, Zastępca dyrektora ds. leczenia wyjaśnił „...Zjawisko występowania bólu jest związane z określoną jednostką chorobową jako jeden z jej objawów, a nie jako odrębna jednostka chorobowa (...). Leczenie w każdym przypadku winno być prowadzone w sposób przyczynowy a nie objawowy. Zatem proces leczenia rozpoczyna się od postawienia pewnej lub prawdopodobnej diagnozy, która implikuje postępowanie terapeutyczne, w tym również przeciwbólowe (...). Dla każdego medyka jest to kanon niewymagający sporządzenia odrębnych procedur, gdyż są one określone w standardach ogólnych i specjalistycznych w każdym podręczniku medycznym (...). Zatem trudno przyjąć uproszczoną tezę, że nie opracowano i nie wdrożono na oddziałach zachowawczych procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, bo wynika ona z ogólnej lub szczegółowej wiedzy medycznej w każdej specjalności i tak jest prowadzona o odnotowywana w dokumentacji medycznej, choć nie jest odrębnie nazwana.

Załącznik nr 1 w punkcie II przywołanego rozporządzenia zawiera pełną listę rozpoznanych jednostek chorobowych (...) ICD-10, zaś w punkcie I pełną listę procedur (...) ICD-9. O ile wykonywanie procedur medycznych już w założeniu może skutkować powstaniem bólu, to samo rozpoznanie takiego skutku nie powoduje, a w wielu jednostkach chorobowych ból w ogóle się nie pojawia. Dlatego też proces leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu jest ściśle wystandaryzowany w oddziałach zabiegowych, a w oddziałach zachowawczych prowadzony w przypadkach wymagających monitorowania według systematycznej oceny lekarskiej i pielęgniarskiej odnotowywanej w badanej dokumentacji w sposób inny niż w oddziałach zabiegowych.

Przyjmując najprostszą interpretację kontrolującego, iż do każdej pozycji ICD-10 i ICD-9 powinna być opracowana procedura leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, należy wyraźnie i stanowczo podkreślić, że z punktu widzenia wiedzy medycznej jest to niemożliwe i zupełnie niecelowe, a już na pewno nie wynika z treści przywołanego rozporządzenia, gdyż wymóg wystandaryzowanego postępowania z bólem wynika jedynie z katalogu I (konieczne w przypadkach wymagających monitorowania) w powiązaniu z katalogiem II, gdzie taki warunek nie występuje w większości przypadków.”.

(dowód: akta kontroli str. 127-129)

Ponadto Zastępca dyrektora ds. leczenia wyjaśnił, że w przypadku zgłoszenia bólu przez pacjentów oddziałów zachowawczych, personel medyczny podejmował działania wynikające z medycznej wiedzy ogólnej, zaleceń towarzystw lekarskich różnych specjalności oraz standardów zaleconych przez WHO.

(dowód: akta kontroli str. 45, 90)

Zgodnie z § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 ust. 1 tego rozporządzenia jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu. Na świadczenia gwarantowane, których wykaz określa załącznik nr 1 do ww. rozporządzenia, składają się procedury medyczne stosowane zarówno w tzw. oddziałach zabiegowych, jak i w pozostałych oddziałach szpitalnych. Analogicznie – wykaz świadczeń gwarantowanych obejmuje rozpoznania (schorzenia) leczone zarówno w tzw. oddziałach zabiegowych, jak i w pozostałych oddziałach szpitalnych. NIK nie podważa wiedzy i umiejętności personelu medycznego Szpitala w zakresie leczenia bólu, zwraca natomiast uwagę na prawny wymóg wdrożenia jednoznacznych zasad postępowania w tym zakresie. Sformalizowanie zasad postępowania personelu medycznego w zakresie leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu stanowi punkt odniesienia do weryfikacji poprawności oraz oceny jakości i skuteczności terapii

przeciwbólowej. Do tego z kolei niezbędne jest systematyczne, codzienne odnotowywanie w dokumentacji medycznej pacjentów nie tylko informacji o działaniach podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności leczenia bólu, ale również informacji na temat stopnia natężenia bólu (wymóg w tym zakresie został określony w § 18 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁹, a następnie § 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 przetwarzania²⁰). W większości skontrolowanej dokumentacji medycznej pacjentów nieoperowanych i odczuwających ból, informacji o stopniu natężenia bólu nie odnotowywano codziennie, regularnie.

3. Szkolenia personelu medycznego z zakresu leczenia bólu

Opis stanu
faktycznego

3.1. Średnioroczne zatrudnienie personelu medycznego²¹ w okresie kontrolowanym przedstawiało się następująco:

- lekarze: w 2015 r. - 142,9, w 2016 r. (do 31.08) - 137,6, w tym odpowiednio lekarze anestezjolodzy - 17,3 i 19,
- pielęgniarki, pielęgniarze i położne: w 2015 r. - 312,5, w 2016 r. - 309, w tym odpowiednio pielęgniarki anestezjologiczne - 32,6 i 34,5,
- inny personel medyczny: w 2015 r. - 133,6, w 2016 r. - 135,8.

(dowód: akta kontroli str. 92)

3.2. Szkolenia zewnętrzne, w których uczestniczyli pracownicy SPZZOZ w ww. okresie nie obejmowały tematyki terapii przeciwbólowej.

(dowód: akta kontroli str. 93)

Personel medyczny oddziałów zabiegowych objęty był wewnętrznymi szkoleniami obejmującymi problematykę uśmierzania bólu prowadzonymi przez Koordynatora programu, lekarzy anestezjologów oraz przedstawicieli producentów wyposażenia anestezjologicznego. W okresie kontrolowanym przeprowadzono 13 szkoleń, w których uczestniczyło od 3 do 61 słuchaczy. Tematyka obejmowała m.in. zalecenia postępowania z bólem pooperacyjnym, prowadzenie dokumentacji postępowania przeciwbólowego, sposoby monitorowania bólu, patofizjologię bólu.

(dowód: akta kontroli str. 94-95)

Cały personel medyczny oddziałów zabiegowych wziął udział w szkoleniach z zakresu uśmierzania bólu pooperacyjnego przeprowadzonych w 2013 r. podczas wdrażania programu.

(dowód: akta kontroli str. 83, 61)

3.3. W okresie od 1.10.2015 r. do 31.12.2015 r. w SPZZOZ przeprowadzono, w formie ankietowej²², badanie satysfakcji pacjentów, które wykazało pozytywną ocenę pracy personelu w zakresie niniejszej kontroli. Rozkład pozytywnych i negatywnych odpowiedzi na przykładowe pytania przedstawiał się następująco:

- czy podczas przyjęcia na oddział poinformowano wyczerpująco o Prawach Pacjenta: tak i raczej tak - 74,2%, nie - 12,4%, nie było potrzeby - 13,4%,

¹⁹ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

²⁰ Dz. U. poz. 2069.

²¹ Liczone w etatach.

²² Badnie przeprowadzono przy pomocy pakietu PASAT - narzędzia do przeprowadzenia badań opinii stworzonego w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Do realizacji badania wydano 400 ankiet, z których zwrócono 312 (78%).

- ocena szybkości reakcji personelu pielęgniarskiego na wezwanie: bardzo dobrze, dobrze i raczej dobrze - 97,7%, źle i bardzo źle - 2,3%,
- czy personel starał się pomóc przy odczuwaniu bólu: tak i raczej tak - 80,4%, nie - 3,1%, nie było potrzeby (nie odczuwano bólu) - 16,5%.

(dowód: akta kontroli str. 98-107)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

IV. Wnioski

Wnioski
pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²³, wnosi o opracowanie i wdrożenie procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu dla oddziałów szpitalnych, w których dotychczas takiej procedury nie wdrożono.

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 ust. 1 i 2 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 Szczecinie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku 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.

Szczecin, dnia 13 grudnia 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie

Kontroler
Sławomir Żudro
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor

.....
Podpis

.....
Podpis

²³ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677.