



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Krakowie

LKR.410.009.04.2017
P/17/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Krakowie
ul. Łobzowska 67, 30-038 Kraków
T +48 12 342 34 00, F +48 12 342 34 44
lkr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/17/057 – Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2 ¹ .
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
<i>Kontroler</i>	Mariusz Pindral, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/125/2017 z 19 czerwca 2017 r. i nr LKR/168/2017 z 8 września 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1, 294)
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku, ul. Kościuszki 68, 32-800 Brzesko (<i>Szpital</i>)
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Adam Smolucha, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku. (dowód: akta kontroli str. 3-9, 295-302)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna²

W latach 2015-2017 (I półrocze) Szpital spełniał wymogi określone w umowach zawartych z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie (MOW NFZ) na udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

W kontrolowanym okresie Szpital sprawował opiekę w zakresie profilaktyki i leczenia cukrzycy typu 2 w ramach POZ i AOS (Poradni Diabetologicznej)³. Kontrola wykazała, że zapewniono odpowiednią kadrę oraz należyte warunki udzielania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 2.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na rosnący czas oczekiwania na pierwszą wizytę pacjentów do PD. W ocenie NIK zasadne jest więc podjęcie działań w celu maksymalnego skrócenia tego czasu i jak najszybsze rozpoczęcie specjalistycznego leczenia pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą. Szybkie podjęcie leczenia ma istotne znaczenie dla efektywności tego procesu.

Sposób prowadzenia indywidualnej edukacji osób chorych na cukrzycę typu 2 nie budzi zastrzeżeń Najwyższej Izby Kontroli. Stwierdzono natomiast, że w procesie diagnozowania i leczenia pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 nie w pełni stosowano się do zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD). Dotyczyło to w szczególności wywiadów o stanie zdrowia pacjentów i kierowania ich na badania przesiewowe w ramach POZ oraz zalecanej częstotliwości skierowań na badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne (POZ i AOS). Zdaniem NIK stosowanie zaleceń PTD jest konieczne dla pełnego i efektywnego procesu leczenia osób chorych na cukrzycę typu 2.

Ponadto kontrola NIK wykazała przypadki nieprzestrzegania przepisów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym nieodnotowywania lub niezalążania do tej dokumentacji ustaleń z zakresu profilaktyki cukrzycy u pacjentów oraz wyników specjalistycznych badań diagnostycznych i konsultacji u lekarzy specjalistów.

¹ Okres objęty kontrolą: lata 2015-2017 (I półrocze). W celu oceny działań lekarzy w zakresie prewencji i leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2, badana była dokumentacja medyczna tych osób z lat 2013-2017.

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. W niniejszym wystąpieniu zastosowano ocenę opisową.

³ Zwanej dalej PD.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Podstawowa opieka zdrowotna – prewencja cukrzycy typu drugiego

Opis stanu faktycznego

W latach 2015-2017 (I półrocze) Szpital realizował świadczenia w zakresie POZ na podstawie umów zawartych z MOW NFZ.

(dowód: akta kontroli, str. 293-324)

Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ realizowane były przez 22 lekarzy w 2015, 20 lekarzy w 2016 r i 19 lekarzy w 2017 r. oraz – w całym kontrolowanym okresie – przez 13 pielęgniarek.

(dowód: akta kontroli str. 325)

W wyniku analizy dokumentacji medycznej 19 historii wybranych osób korzystających ze świadczeń lekarzy POZ w zakresie profilaktyki cukrzycy (w tym 10 pacjentów, którzy nie zachorowali na cukrzycę typu 2 i 9 pacjentów, którzy zachorowali na cukrzycę typu 2 po 1 stycznia 2015 r.), ustalono, że nie we wszystkich badanych przypadkach realizowano zalecenia PTD dotyczące:

- odnotowywania pięciu wywiadów: o przebytych poważnych chorobach, chorobach przewlekłych, paleniu papierosów, o obciążeniach dziedzicznych w kierunku cukrzycy typu 2 oraz wskaźniku BMI;
- rozpoznania u pacjenta możliwości zaliczenia do grup ryzyka chorych na cukrzycę typu 2;
- kierowania na badania przesiewowe w kierunku rozpoznania cukrzycy typu 2.

W sześciu kartach odnotowano mniej niż trzy z pięciu ww. wywiadów, w dziewięciu kartach trzy do czterech wywiadów a w czterech kartach - wszystkie pięć.

W zakresie możliwości zaliczenia pacjenta do grupy ryzyka chorych na cukrzycę typu 2 w dziewięciu kartach odnotowano mniej niż pięć z dziesięciu czynników o tym decydujących, w siedmiu kartach od pięciu do dziewięciu czynników, a w trzech przypadkach wszystkie czynniki.

Na badania przesiewowe w kierunku rozpoznania cukrzycy typu 2, 10 pacjentów zostało skierowanych na mniej niż dwa z zalecanych trzech badań, siedmiu pacjentów na dwa badania, a dwóch na wszystkie trzy. Do grupy ryzyka związanego z cukrzycą typu 2 zakwalifikowano 16 osób (84,2 %).

(dowód: akta kontroli, str. 260-266, 292)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że dane z wywiadu, obciążeń, nałogów, przebytych chorób, kwalifikacji pacjentów do grup dyspanseryjnych w miarę możliwości wpisywane są na bieżąco i uzupełniane w czasie w formie papierowej i elektronicznej w systemie komputerowym. Lekarze POZ ze względu na specyfikę swojej funkcji, tj. koordynację całościowego leczenia i równocześnie konieczność szybkiej i stałej dostępności wizyt mają zbyt ograniczoną ilość czasu na przyjęcie pacjenta i całościowe zaraportowanie wszystkich danych. Ponadto Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że konieczna jest świadomość, że lekarze POZ, aby przyjąć w danym dniu wszystkich pacjentów wymagających wizyty przyjmują od 30 do 70 osób, a średnio wizyta trwa ok. 8 - 12 minut. Towarzystwa Lekarskie w tym Polskie Towarzystwo Diabetologiczne wydają zalecenia dla prowadzenia poszczególnych schorzeń i lekarze korzystają z tych zaleceń, jako ogólnej podstawy. Cyklicznie doksztalcają się, aby diagnozować i leczyć chorych według aktualnej wiedzy opartej na faktach, czyli na wiarygodnych badaniach naukowych. Jednak wielochorobowość (powszechna wśród pacjentów z cukrzycą typu 2) oraz stopień świadomości i potencjał edukacyjny pacjentów wymagają indywidualizacji w podejściu do całościowego prowadzenia leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 269-273)

W zakresie niewykonywania doustnego testu tolerancji glukozy – OGTT w kierunku cukrzycy typu 2 u wszystkich pacjentów Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że test obciążenia glukozą jest wykonywany tylko przy stwierdzeniu nieprawidłowej glikemii na czczo oraz w określonych grupach dyspanseryjnych (grupach ryzyka). Odnośnie do niewykonywania

badania hemoglobina glikowana – HbA1C u wszystkich pacjentów wyjaśnił, że w populacji polskiej test HbA1C nie służy jako badanie wykonywane w celu rozpoznania cukrzycy typu 2. HbA1C jest parametrem służącym do oceny wyrównania glikemii u pacjenta z już rozpoznaną cukrzycą.

(dowód: akta kontroli str. 274)

Ustalone
nieprawidłowości

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli brak w analizowanej dokumentacji części wywiadów i wyników badań zalecanych przez PTD na etapie profilaktyki cukrzycy typu 2 należy uznać jako stan nieprawidłowy.

Zgodnie z *Zaleceniami klinicznymi dotyczącymi postępowania u chorych na cukrzycę* PTD do zadań POZ w zakresie profilaktyki cukrzycy należy m.in:

- promocja zdrowego stylu życia w ramach prowadzenia profilaktyki rozwoju zaburzeń tolerancji węglowodanów,
- identyfikacja czynników ryzyka cukrzycy,
- diagnostyka cukrzycy i stanów przedcukrzycowych.

Natomiast w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁴ określono obowiązek wykonywania zawodu lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, co oznacza także obowiązek postępowania zgodnie ze standardami, wytycznymi, zaleceniami towarzystw naukowych w określonej dziedzinie medycyny.

Według wyjaśnień przytoczonych już w tym punkcie wystąpienia pokontrolnego część zalecanych wywiadów i badań mogła zostać wykonana, przy czym nie odnotowano tego w dokumentacji medycznej. NIK stoi na stanowisku, że przypadki takie świadczą o niekompletności dokumentacji medycznej, co było niezgodne z art. 25 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵ oraz § 41 ust. 4 pkt 4, 6, 7 i 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶. Zgodnie ze wskazanymi przepisami, historia zdrowia i choroby pacjenta w części dotyczącej porad ambulatoryjnych zawiera m.in. informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych.

2. Podstawowa opieka zdrowotna – leczenie cukrzycy typu drugiego

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013-2017 (I półrocze) Szpital realizował świadczenia związane z leczeniem cukrzycy typu 2 na podstawie umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

W wyniku badania kart zdrowia i choroby 19 pacjentów leczonych przez lekarzy POZ (w tym 10 pacjentów, którzy zachorowali na cukrzycę typu 2 przed 1 stycznia 2012 r. i 9 pacjentów, którzy zachorowali na cukrzycę typu 2 po 1 stycznia 2015 r.) ustalono, że:

- 10 pacjentów zostało skierowanych na mniej niż trzy z siedmiu zalecanych przez PTD badań diagnostycznych, dziewięciu pacjentów na więcej niż trzy badania, żadnego pacjenta nie skierowano na więcej niż trzy z siedmiu zalecanych badań;
- żadnego pacjenta nie skierowano do więcej niż jednego z pięciu zalecanych przez PTD specjalistów;
- nie było pacjentów, którzy osiągnęli wartości docelowe wszystkich ośmiu parametrów wyrównania metabolicznego, 10 pacjentów miało wyrównane mniej niż cztery parametry i dziewięciu pacjentów miało wyrównane więcej niż cztery, ale mniej niż osiem parametrów metabolicznych.

(dowód: akta kontroli str. 260-268)

W zakresie braku wyrównania metabolicznego Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że wyrównanie metaboliczne wszystkich parametrów jest możliwe dopiero wtedy, gdy pacjent przestrzega większości zaleceń dietetycznych, dozowanego wysiłku fizycznego

⁴ Dz. U. z 2017 r., poz. 125 ze zm.

⁵ Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm., dalej – *ustawa o prawach pacjenta*.

⁶ Dz. U. z 2015 r., poz. 2069, dalej – *rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

czyli postępowania behawioralnego. Brak zmiany stylu życia i brak akceptacji choroby oraz jej przewlekłości skutkuje nieprzestrzeganiem farmakoterapii - od pomijania dawek do całkowitego nieprzyjmowania leków.

(dowód: akta kontroli str. 276-277)

W kwestii niekierowania pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 do wymaganej liczby specjalistów Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że lekarze rodzinni już od wielu lat diagnozują i leczą pacjentów bez konieczności angażowania diabetologa w proces terapeutyczny. W większości przypadków konsultacje diabetologiczne dotychczas były zalecane w przypadkach skomplikowanych, z długotrwałą cukrzycą, z niejasnym typem cukrzycy, z rozpoczynającymi się powikłaniami przewlekłymi, przy wyczerpaniu skuteczności leków doustnych. Stosowanie zasady kierowania każdego pacjenta z cukrzycą (aktualnie w Polsce szacuje się że choruje ok. 2 mln. osób) do pięciu specjalistów na pewno nie skróci kolejek do POZ i specjalistów, a jedynie skomplikuje proces leczenia i edukacji.

(dowód: akta kontroli str. 275)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że sformułowanie, co do nie wykonywania badań laboratoryjnych jest nietrafne z uwagi na to, że aktualnie badania laboratoryjne, obrazowe oraz wyniki konsultacji specjalistycznych są dostępne w systemie komputerowym szpitala. Jeśli lekarz POZ lub specjalista zleci badanie lub jeśli są wykonywane w ramach hospitalizacji są dostępne dla każdego, kto uczestniczy w procesie leczenia pacjenta w SPZOZ w Brzesku. Nawet jeżeli lekarz prowadzący nie zlecił badań osobiście, to są one wykonane również przez poradnie specjalistyczne i oddziały szpitalne i nie ma potrzeby ich dublowania. Każda czynność medyczna - szczególnie związana z przerwaniem ciągłości tkanek (np. pobraniem krwi) może narazić osobę potencjalnie zdrową na powikłania wliczone w procedury medyczne. Podanie rodzaju i dokładnej liczby badań diagnostycznych jest bardzo utrudnione z uwagi na to, że oprócz dokumentacji medycznej w POZ trzeba uwzględnić zapisy w systemie informatycznym (nie są powielane w wersji papierowej POZ), ponadto należy uwzględnić wyniki badań jakie przynoszą ze sobą pacjenci (pochodzące z innych poradni specjalistycznych i prywatnych zakładów medycznych oraz wypisy hospitalizacyjne w szpitalach). Jeżeli lekarz ma czas, to te dane są wpisywane do karty POZ, ale nie zawsze tak jest z uwagi na dużą liczbę pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 276, 292-293)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił ponadto, że w sytuacji, jeśli pacjent stosuje leki z grupy blokujących układ renina - angiotensyna (grupa leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi, powszechnie stosowana wśród pacjentów z cukrzycą typu 2) oznaczanie albuminurii ma wątpliwą wartość diagnostyczną. Badanie dna oka przy rozszerzonych źrenicach odbywa się w ramach konsultacji okulistycznej. Pytania dotyczące samokontroli pacjentów (glukometrem) wpisywane są w dokumentacji medycznej w formie skrótowej (bez zmian, prawidłowe, docelowe albo jako brak wyrównania) ze względu na ograniczony czas na poradę lekarską.

(dowód: akta kontroli str. 275-276)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił również, że proces diagnozowania i leczenia pacjentów z cukrzycą w ramach podstawowej opieki zdrowotnej ma charakter wielowymiarowy z uwagi na konieczność indywidualizacji stosowanych metod terapeutycznych w zależności od uwarunkowań osobniczo - środowiskowych chorego. Na takie zindywidualizowane postępowanie wobec pacjentów wskazują zalecenia PTD. Zalecenia PTD mają charakter wskazań jak postępować z pacjentami z podejrzeniem i rozpoznaną cukrzycą. Niemniej spełnienie wszystkich zaleceń u każdego pacjenta jest niemożliwe, co pokazują wyniki przeprowadzonych w tym zakresie badań klinicznych (badania: ARETAEUS, DINAMIC, STENO - 2).

(dowód: akta kontroli str. 277)

Ustalone
nieprawidłowości

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli, stwierdzone na podstawie analizy kart zdrowia niepełne zastosowanie się do zaleceń PTD w procesie leczniczym wylosowanych 19 pacjentów, w zakresie liczby skierowań na badania oraz do lekarzy specjalistów, należy uznać jako stan nieprawidłowy.

Kontrola NIK wykazała ponadto, że do karty pacjenta nie były włączane wszystkie informacje związane z procesem leczenia pacjentów. Dotyczyło to informacji zawartych w systemie informatycznym, wyników badań przynoszonych przez pacjentów, a pochodzących z poradni specjalistycznych, prywatnych zakładów medycznych i wypisów hospitalizacyjnych. Zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania indywidualna dokumentacja medyczna powinna zawierać m.in. informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego lub leczniczego. W opinii NIK, do karty pacjenta należy wpisywać wszystkie dostarczone przez pacjenta dokumenty dotyczące procesu leczenia m.in. wyniki badań diagnostycznych, również te pochodzące z innych poradni oraz sektora prywatnego.

3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – leczenie cukrzycy typu drugiego

Opis stanu faktycznego

W badanym okresie Szpital realizował świadczenia AOS nad pacjentem z cukrzycą typu 2 na podstawie umowy zawartej z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ. W całym kontrolowanym okresie Poradnia Diabetologiczna (PD) zatrudniała dwóch lekarzy diabetologów oraz jedną pielęgniarkę. W latach 2015, 2016 i pierwszej połowie 2017 r., liczba pacjentów leczonych w związku z cukrzycą typu 2 wynosiła odpowiednio: 1 649, 1744, 1384. Liczba wizyt udzielonych w związku z wykryciem i leczeniem ww. choroby wynosiła, odpowiednio: 3 951, 3 964, 1 852.

(dowód: akta kontroli str. 325)

Analiza kart zdrowia i choroby 20 pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, korzystających w latach 2013-2017 (I półrocze) ze świadczeń PD, wykazała, w zakresie kierowania na konieczne do wykonania badania diagnostyczne, że:

- 16 z 20 pacjentów zostało skierowanych na mniej niż trzy z siedmiu zalecanych badań diagnostycznych raz w roku;
- czterech z 20 pacjentów zostało skierowanych na więcej niż trzy, ale mniej niż siedem zalecanych specjalistycznych badań diagnostycznych raz w roku;
- żaden z pacjentów nie został skierowany na siedem z zalecanych specjalistycznych badań diagnostycznych raz w roku.

I tak: 11 pacjentów miało wykonane badanie HbA1C co najmniej raz w roku, a dziewięciu nie, pięciu pacjentów miało wykonane badanie kreatyniny w surowicy krwi co najmniej raz w roku, a 15 nie, ośmiu pacjentów miało wykonane badanie ogólne moczu z osadem co najmniej raz w roku, a 12 nie, żaden pacjent nie miał wykonanego badania Albuminuria, czterech pacjentów miało wykonane badanie cholesterolu w surowicy krwi (przynajmniej jednego z trzech: całkowity, HDL i LDL) co najmniej raz w roku, a 16 nie, jeden pacjent miał wykonane badanie dna oka przy rozszerzonych źrenicach co najmniej raz w roku, 15 pacjentów miało wyniki badań samokontroli co najmniej raz w roku, a pięciu nie.

(dowód: akta kontroli str. 214-227, 292)

Z treści § 1 pkt 2 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS wynika, że świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać ją, zgodnie z zasadami i na warunkach określonych przez Prezesa NFZ. W § 10 Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna⁷ wskazano natomiast, że świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych m.in. w wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny. Zgodnie z zaleceniami PTD, w ramach monitorowania dorosłych chorych na cukrzycę przynajmniej raz w roku należy przeprowadzić u takich osób m.in. monitorowanie stężenia cholesterolu całkowitego, frakcji HDL i LDL, stężenia HbA1C, kreatyniny w surowicy krwi oraz monitorowanie wyników badania ogólnego moczu z osadem. PTD zaleca

⁷ Nr 79/2014/DSOZ.

również raz w roku badania okulistyczne u chorych na cukrzycę, ze względu m.in. na początkowo bezobjawowy charakter retinopatii.

W wyniku analizy dokumentacji medycznej (20 kart pacjentów) stwierdzono ponadto, że w zakresie wyrównania metabolicznego:

- dziewięciu z 20 pacjentów miało wyrównane mniej niż cztery z ośmiu parametrów metabolicznych;
- 11 z 20 pacjentów miało wyrównanie więcej niż czterech ale mniej niż ośmiu parametrów metabolicznych;
- żaden z pacjentów nie uzyskał wyrównania ośmiu parametrów.

(dowód: akta kontroli str. 214-227)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że brak wyrównania równocześnie w zakresie wszystkich parametrów metabolicznych cukrzycy spowodowany był:

- W zakresie kontroli wagi główną przyczyną był brak lub niski poziom przestrzegania zaleceń dietetycznych i zwiększania aktywności fizycznej czyli modyfikacji stylu życia po rozpoznaniu cukrzycy typu 2 – z czego wynika nadwaga/otyłość u blisko 100% pacjentów w ocenianej grupie. Kolejnym elementem jest brak akceptacji przez pacjentów leczenia dietetycznego zalecanego w Poradni Leczenia Otyłości lub przez dietetyka – bardzo często następuje tylko przejściowe stosowanie zaleceń i powrót do utrwalonych „niezdrowych” nawyków żywieniowych. Dodatkowym czynnikiem jest wzrost wagi, jako objaw uboczny prowadzonej terapii (insulinoterapia, pochodne sulfonylomocznika, nawracające hypoglikemie oraz leczenie chorób towarzyszących). W przypadku pacjentów z otyłością olbrzymią brak zgody na proponowane/zalecane leczenie bariatryczne (czyli operacyjne leczenie otyłości).
- Brak przestrzegania zalecanych odstępów pomiędzy wizytami (omijanie wizyt, przerywanie opieki w Poradni na okres dłuższy niż 2 lata) – w poradni diabetologicznej maksymalny zalecany odstęp to 1 rok – przez ten czas pacjent pozostaje pod opieką POZ. Należy dodać, że bardzo istotny wpływ na odstępy pomiędzy kontrolami w poradni cukrzycowej ma limitowanie usług diabetologicznych przez NFZ.
- Brak współpracy ze strony pacjentów w prowadzonym leczeniu farmakologicznym, czyli: niesystematyczność w stosowaniu leków, zmniejszanie dawek leków bez porozumienia z diabetologiem czy lekarzem POZ, brak akceptacji terapii insuliną i metforminą (niechęć do wstrzyknięć, obawa przed objawami ubocznymi metforminy), brak modyfikacji dawek insuliny pomimo przeprowadzonego szkolenia w tym zakresie, brak prawidłowego użytkowania penów do insulinoterapii pomimo prostoty tych urządzeń i wielokrotnego przeszkolenia, brak wymieniania igieł w penach zgodnie z zaleconym schematem. Na każdym wizycie pacjenci standardowo są proszeni o systematyczne dostarczanie na wizyty listy wszystkich stałych leków w tym szczególnie tzw. „leków kardiologicznych”, obniżających ciśnienie tętnicze, statyn, dzienniczek samokontroli, glukometru, penów do insuliny oraz wszystkich wyników badań wykonanych poza poradnią w okresach pomiędzy wizytami - nie można wyegzekwować tej prośby w przypadku wszystkich pacjentów i na wszystkich wizytach.
- Brak lub niewystarczający poziom samokontroli pacjentów w zakresie glikemii (czyli kontroli poziomu glukozy na glukometrze w krwi z palca w codziennym realnym życiu) oraz podawanie niezgodnych z prawdą wartości – brak dostarczania glukometru na wizytę celem weryfikacji deklarowanych przez pacjenta wyników.
- Trudności w uzyskaniu docelowych wartości ciśnienia tętniczego w większości przypadków wynika ze stosowania już wyjściowo leków hipotensyjnych (wdrażanie leków przez lekarzy POZ oraz kardiologów rzadziej przez lekarzy innych specjalności lub podczas hospitalizacji). W większości pacjenci nie pamiętają nazw i dawek stosowanych leków i/lub notorycznie nie dostarczają do poradni cukrzycowej listy stałych leków, co praktycznie uniemożliwia ingerencję w zastane na wizycie podwyższone ciśnienie tętnicze (poza postępowaniem doraźnym) – modyfikacja

leczenia stałego „na ślepo” wiąże się z ryzykiem wdrożenia drugiego leku o tym samym mechanizmie działania lub przekroczenie dopuszczalnej dawki leku.

- Trudności w uzyskaniu docelowych wartości lipidogramu w tym kluczowego cholesterolu LDL wynikają z braku akceptacji przez pacjentów przewlekłego leczenia lekami obniżającymi poziom cholesterolu LDL czyli statynami (złe nastawienie do tej grupy leków, duża obawa przed objawami ubocznymi statyn, lub przypisywanie statynom objawów ubocznych) i w efekcie odstawianie statyn i/lub niesystematyczne ich stosowanie. Poza tym podobnie jak w przypadku wagi dodatkowo brak przestrzegania zaleceń dietetycznych ograniczania napływu cholesterolu w diecie.
- Brak wyrównania wynika także z postępu samej choroby (przewlekłość i progresywność schorzenia) - zmienny osobniczo.

Ponadto Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że docelowe wyrównanie w zakresie glikemii jest indywidualizowane dla każdego pacjenta – w zależności od: czasu trwania cukrzycy, potwierdzonych i/lub podejrzewanych powikłań, schorzeń towarzyszących, postawy pacjenta wobec choroby (bierna/czynna), zaangażowania w leczenie rodziny/otoczenia pacjenta, tryb życia, rodzaj pracy, stopień edukacji oraz relację korzyści i ryzyka uzyskania docelowych wartości. Kryterium ogólne to HbA1C 7,0%, ale w przypadku każdego pacjenta wymaga indywidualizacji i nie może być realizowane kosztem częstych i ciężkich hipoglikemii. Poziom glikemii na czczo nie jest celem w leczeniu cukrzycy typu 2 a jedynie w cukrzycy typu 1. Docelowe glikemie na czczo, po posiłkach oraz bezpieczne poziomy przed snem oraz nocne są indywidualizowane z uwzględnieniem jak największej liczby możliwych czynników, gdyż podstawowym celem terapii jest jej bezpieczeństwo. Tempo uzyskiwania wyrównywania metabolicznego do ustalonych wartości docelowych w cukrzycy typu 2 dostosowuje się do profilu behawioralnego pacjenta, wieku pacjenta, jego aktywności zawodowej, czasu trwania schorzenia i dostępnych informacji dotyczących przebiegu choroby, podejrzewanych i/lub potwierdzonych powikłań i akceptacji przez dobrze poinformowanego pacjenta zalecanej terapii. Co istotne w praktyce ustala się cele ogólne oraz cele krótkofalowe do kolejnej wizyty. Zawsze podejmuje się próbę oddziaływania wielokierunkowego, ale często należy wybrać 1-2 cele na których aktualnie skupiamy się (lekarz i pacjent) - proces ten każdorazowo jest przeprowadzany podczas rozmowy czy raczej negocjacji terapeutycznej, której przebieg jest trudny lub wręcz niemożliwy do adekwatnego zaraportowania w historii choroby.

(dowód: akta kontroli str. 230-233)

Wskaźnik BMI nie był liczony przez lekarza na wszystkich wizytach pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 214-227)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że wskaźnik BMI w poradni jest ustalany standardowo tylko na jednej - pierwszej wizycie – automatycznie wyliczony w systemie – na kolejnych wizytach monitorowane są tendencje zmiany wagi. Dla pacjentów z otyłością olbrzymią prowadzone są karty kontroli wagi plus obecne są w systemie zestawienia wagi z kilku wizyt.

(dowód: akta kontroli str. 235)

W wyniku analizy dokumentacji medycznej ustalono, że w okresie objętym kontrolą (2012-2017 I półrocze), na 20 zbadanych kart dla żadnego z pacjentów ani razu nie wydano skierowania do lekarzy specjalistów: neurologa, nefrologa, kardiologa i chirurga. W przypadku lekarza okulisty: 10 pacjentów nie dostało żadnego skierowania, czterech pacjentów dostało raz skierowanie, a sześciu otrzymało dwa lub więcej.

(dowód: akta kontroli str. 214-227, 292)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że podczas wizyt pacjenci są motywowani do korzystania z opieki okulistycznej ogólnie (w ramach rozmowy z pielęgniarką edukacyjną oraz w trakcie wizyty u lekarza i po wizycie przy edukacji o powikłaniach). Większość pacjentów z rejonu Poradni Cukrzycowej oraz rejonu opieki zdrowotnej SPZOZ w Brzesku korzysta z opieki okulistycznej w Poradni Okulistycznej w SPZOZ Brzesko – podgląd wizyt w systemie komputerowym. W przypadkach wątpliwych, gdy lekarz nie ma pewności co do

ciągłości obserwacji u okulisty wystawiane jest skierowanie z Poradni Diabetologicznej. Co istotne, część pacjentów korzysta z opieki okulistycznej w sektorze prywatnym i dostarcza informacje ustne lub rzadziej w formie pisemnej. Pacjenci są konsultowani także okulistycznie w ramach hospitalizacji – dostępność wyników w dostarczanych kartach informacyjnych lub systemie komputerowym. Pacjenci czynni zawodowo dodatkowo są konsultowani w ramach medycyny pracy – w trakcie wizyty zgłaszają informacje o zmianach cukrzycowych/nadciśnieniowych na dnie oczu. Dla pacjentów z wyjściowo stwierdzonymi zmianami w zależności od zaawansowania choroby cukrzycowej oczu, tempo kolejnych wizyt jest określone w Poradni Okulistycznej (zwykle co 6-12 miesięcy) również w przypadkach operacji zaćmy, kwalifikowania do laseroterapii i/lub w trakcie laseroterapii (wizyty co 3-6 miesięcy).

(dowód: akta kontroli str. 235-236)

Z analizy załączonych do powyższych wyjaśnień wydruków z sytemu informatycznego oraz kopii wypisów hospitalizacyjnych wynikało, że dwóch pacjentów nie miało rejestrowanych wizyt w systemie informatycznym u okulisty. Pozostali pacjenci byli konsultowani przez lekarza okulistę, jednak wizyty te nie odbywały się systematycznie co roku. Jeden pacjent w karcie hospitalizacyjnej miał wpisaną wizytę u okulisty.

(dowód: akta kontroli str. 303-491)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że żaden z pacjentów nie otrzymał skierowania do Poradni Kardiologicznej, gdyż większość pacjentów korzysta z opieki kardiologicznej wyjściowo – w ramach SPZOZ Brzesko lub w sektorze prywatnym.

(dowód: akta kontroli str. 235-236)

Z analizy załączonych do powyższych wyjaśnień wydruków z sytemu informatycznego wynikało, że trzech pacjentów miało udokumentowane wizyty w poradni kardiologicznej, w tym jeden regularnie co roku uczęszczał do lekarza tej specjalizacji. Pozostałych dziewięciu pacjentów nie miało udokumentowanych wizyt u lekarza kardiologa.

(dowód: akta kontroli str. 303-491)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że żaden z pacjentów nie otrzymał skierowania do nefrologa gdyż obligatoryjnie na leczenie nefrologiczne kieruje się pacjentów z eGFR poniżej 30ml/min – żaden pacjentów nie miał tak krytycznie obniżonego eGFR – pacjenci z łagodnym obniżeniem poziomu eGFR są leczeni w ramach poradni cukrzycowej, POZ, kardiologicznej. Żaden pacjent nie otrzymał skierowania do poradni neurologicznej, gdyż wstępne stadia neuropatii cukrzycowej są diagnozowane i leczone w ramach poradni cukrzycowej (modyfikacja leczenia podstawowego, wdrażanie leków objawowych) dopiero w sytuacji braku poprawy lub podejrzanego innego niż cukrzyca tła uszkodzenia nerwów obwodowych pacjenci są kierowani do neurologa – taka sytuacja nie zachodziła w badanej grupie. Żaden pacjent nie miał wskazania do konsultacji chirurgicznej z powodu powikłań na stopach.

(dowód: akta kontroli str. 235-236)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że pacjenci z akceptowalnym poziomem wyrównania na lekach doustnych pozostają w opiece POZ. Kontrole w Poradni Diabetologicznej zalecane są za rok od aktualnej wizyty - w razie dostarczenia wyników HbA1C w ramach POZ lub w sektorze prywatnym nie zleca się dodatkowych badań – dopiero w kolejnym roku przed planowaną wizytą kontrolną. W razie braku dostępności takich badań, przy braku objawów i akceptowalnych wynikach samokontroli stosuje się doraźnie w razie dostępności metodę oznaczania HBA1C metodą suchej chemii (paskową) czyli oznaczanie POCT – jeśli wynik jest akceptowalny oznaczenie laboratoryjne nie jest wykonywane. Jeśli pacjent prowadzi samokontrolę przynajmniej w okresie przed wizytą i glikemie są zbyt wysokie, najpierw modyfikuje się leczenie i dopiero zleca dalszą kontrolę HbA1C celem oceny wprowadzonych zmian.

(dowód: akta kontroli str. 237-238)

Z analizy załączonych do powyższych wyjaśnień wydruków z sytemu informatycznego wynikało, że dwóch pacjentów miało udokumentowane w systemie informatycznym wyniki

badania HbA1C co roku. Pozostałych pięciu pacjentów również miało udokumentowane wyniki badań jednak nie były one przeprowadzane systematycznie co roku. Jeden pacjent nie miał udokumentowanych żadnych wyników.

(dowód: akta kontroli str. 303-491)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że jeżeli wynik badania kreatyniny jest dostępny na wizycie w systemie komputerowym, lub pacjent dostarczy wynik poziomu kreatyniny ze swojego POZ, bądź innej poradni specjalistycznej, lub wykonany jest w sektorze prywatnym i jeśli wynik jest aktualny nie jest dodatkowo zlecany w PD – w ramach PD najbardziej aktualny wynik poziomu kreatyniny jest przeliczany przez lekarza na poziom eGFR, omawiany z pacjentem i porównywany do dostępnych uprzednich wyników.

(dowód: akta kontroli str. 252)

Z analizy załączonych do powyższych wyjaśnień wydruków z sytemu informatycznego wynikało, że pięciu pacjentów miało udokumentowane w systemie informatycznym wyniki badań kreatyniny co roku. Pozostałych 10 pacjentów również miało udokumentowane wyniki badań, jednak nie były one przeprowadzane systematycznie co roku.

(dowód: akta kontroli str. 303-491)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że podobnie jak w przypadku badania poziomu kreatyniny, w razie dostępności aktualnego wyniku badania ogólnego moczu z osadem z POZ, bądź innej poradni specjalistycznej, lub z sektora prywatnego, lub dostępnego badania w systemie komputerowym (w ramach POZ, hospitalizacji, innej poradni specjalistycznej) badanie to, nie jest wykonywane dodatkowo w przypadku prawidłowego wyniku.

(dowód: akta kontroli str. 253)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że nie wykonywano oznaczania albuminurii z uwagi na obserwowane uprzednio przez zespół poradni błędy techniczne w zakresie przygotowania przez pacjentów reprezentatywnej próbki do badania z dobowej zbiórki moczu przeprowadzonej w warunkach domowych oraz z uwagi na prowadzoną u blisko 100% pacjentów z cukrzycą typu 2 i nadciśnieniem tętniczym terapię lekami z grupy ACE - inhibitorów oraz blokerów receptora AT-1 – w przypadku tych pacjentów wątpliwe jest znaczenie kliniczne corocznie oznaczanej albuminurii. Do monitorowania funkcji nerek lekarze wykorzystują głównie kreatyninę w krwi z oszacowanym poziomem filtracji kłębuszkowej.

(dowód: akta kontroli str. 254)

Odnosnie do niewykonywania badania cholesterolu w surowicy, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w razie dostępności aktualnego wyniku badania LDL zleconego z POZ lub poradni specjalistycznej nie wykonuje się dodatkowych oznaczeń tylko modyfikuje aktualne lub od razu wdraża leczenie farmakologiczne (statyny) i wydaje dodatkowe zalecenia dietetyczne – głównym celem leczenia od kilku lat jest LDL – dopiero po osiągnięciu docelowego dla pacjenta poziomu LDL (co jest sytuacją rzadką) kontroluje się i oddziałuje na pozostałe parametry lipidogramu.

(dowód: akta kontroli str. 254)

Z analizy załączonych do powyższych wyjaśnień wydruków z sytemu informatycznego wynikało, że trzech pacjentów miało udokumentowane w systemie informatycznym wyniki badań cholesterolu co roku. Pozostałych 13 pacjentów również miało udokumentowane wyniki badań, jednak nie były one przeprowadzane systematycznie co roku.

(dowód: akta kontroli str. 303-491)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że brak wyników samokontroli wynika najczęściej z dwóch sytuacji: po pierwsze pacjent nie prowadzi samokontroli (brak wiarygodnych wyników do wpisania) albo pacjent dostarczył glukometr na wizytę i wyniki zostały przeanalizowane w pamięci glukometru.

(dowód: akta kontroli str. 255-256)

Ponadto Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że zlecane badania laboratoryjne na kolejne wizyty są zawsze dobierane na podstawie aktualnej całościowej oceny klinicznej

pacjenta i zależą od wybranych aktualnie celów leczenia. Z uwagi na indywidualizację leczenia i postępowania zalecenia towarzystw naukowych stanowią ramy działania ale wymagają stałej modyfikacji w zależności od profilu pacjenta oraz posiadanego w ramach poradni poziomu kontraktowania usług. (...) *Należy podkreślić, że w badaniach klinicznych zaprojektowanych celem oceny sposobu, czasu i odsetka osiągnięcia któregoś z celów wyrównania cukrzycy zwykle dotyczyły osiągnięcia jednego (najczęściej HbA1C) dwóch (HbA1C i ciśnienie tętnicze) i pojedyncze badania dotyczące osiągnięcia trzech parametrów (HbA1C, ciśnienia tętniczego, cholesterolu) i więcej parametrów. W żadnym z nich nie wykazano osiągnięcia w 100% realizacji docelowych parametrów. Dla przykładu w badaniu „DINAMIC” wykazano, że kryterium HbA1C dla cukrzycy typu 2 z czasem trwania choroby cztery lata zrealizowano w 48,67% a kryterium ciśnienia tętniczego uzyskano u 5,16%. W badaniu „ARETAEUS” wykazano, że trzy kryteria (HbA1C, cholesterol-LDL oraz ciśnienie tętnicze) w cukrzycy typu 2 trwającej około dwa lata zrealizowano w 6,7% a w cukrzycy trwającej ponad 10 lat w 1,4%. W badaniu „STENO-2” dotyczącym interwencji wieloczynnikowej (HbA1C, lipidogram, redukcja wagi, normalizacja ciśnienia tętniczego i zastosowanie kwasu salicylowego) przez okres 8 lat w ośrodku diabetologicznym o wysokim stopniu referencji na poziomie europejskim nie uzyskano zamierzonych redukcji wszystkich czynników ryzyka a tylko w zakresie stężenia cholesterolu i skurczowego ciśnienia tętniczego. Tym samym można stwierdzić, iż uzyskanie wyrównania cukrzycy zgodnie z kryteriami (PTD) jest celem do którego dąży się w opiece diabetologicznej. Jednak uzyskanie kryteriów wyrównania w zakresie kilku parametrów u jednego pacjenta w przebiegu tej choroby jest nierealne.*

(dowód: akta kontroli str. 256-257)

W przychodni AOS w Szpitalu (w ramach PD) prowadzona była edukacja diabetologiczna pacjentów zagrożonych i/lub chorych na cukrzycę typu 2 przed i po każdej wizycie lekarskiej (przez wykwalifikowaną, posiadającą certyfikat pielęgniarkę) oraz na wizycie lekarskiej (przez lekarza). W AOS nie prowadzono ewidencji szkoleń pacjentów. W POZ każdy zdiagnozowany pacjent kierowany był do gabinetu zabiegowego gdzie przeprowadzana była edukacja przez wykwalifikowane pielęgniarki. W POZ, w gabinecie zabiegowym prowadzona była księga edukacji pacjentów i ich rodzin, w której ewidencjonowano m.in. miejsce i temat szkolenia, formę szkolenia, osobę prowadzącą szkolenie, datę szkolenia oraz wykaz osób uczestniczących w szkoleniu.

(dowód: akta kontroli str. 205-207, 210-211)

W wyniku analizy ankiet dla pacjentów⁸ na temat okoliczności rozpoznania u nich cukrzycy typu 2 oraz przebiegu i efektów leczenia tego schorzenia ustalono, że:

- W 22 przypadkach, po ukończeniu 45 roku życia przeprowadzono u pacjenta badanie diagnostyczne w celu wykrycia cukrzycy typu 2 raz w roku, w dziewięciu przypadkach co trzy lata, w sześciu przypadkach rzadziej niż co trzy lata, a w 16 przypadkach wcale nie przeprowadzono. Pozostali pacjenci nie zaznaczyli odpowiedzi.
- W 27 przypadkach cukrzycę typu 2 zdiagnozowano u pacjentów w wieku 45-55 lat, w 17 przypadkach w wieku 56-66, w ośmiu przypadkach w wieku 66-75, a w czterech przypadkach później. Pozostali pacjenci nie zaznaczyli odpowiedzi.
- W 11 przypadkach pacjent chorował na cukrzycę typu 2 mniej niż dwa lata, w 25 przypadkach od trzech do pięciu lat, w 15 przypadkach od sześciu do 10 lat, a w dziewięciu przypadkach więcej niż 10 lat. Pozostali pacjenci nie zaznaczyli odpowiedzi.
- W 17 przypadkach cukrzycę typu 2 diagnozował u pacjentów lekarz POZ, w 13 przypadkach lekarz specjalista, w 12 przypadkach lekarz w szpitalu, a w 17 przypadkach diagnoza nastąpiła przy okazji innych badań. Pozostali pacjenci nie zaznaczyli odpowiedzi.

⁸ Ankietę przeprowadzono w czasie kontroli, wśród 62 pacjentów leczących się w Poradni Diabetologicznej SP ZOZ w Brzesku,

- W 55 przypadkach lekarz poinformował pacjenta o przebiegu, objawach i powikłaniach cukrzycy typu 2, a w pięciu przypadkach nie wykonał powyższych czynności. Pozostali pacjenci nie zaznaczyli odpowiedzi.
- W 19 przypadkach u pacjentów chorych na cukrzycę typu drugiego wystąpiło powikłanie w postaci uszkodzenia wzroku, w 12 przypadkach w postaci chorób sercowo-naczyniowych, w jednym przypadku w postaci zespołu stopy cukrzycowej, udaru mózgu i uszkodzenia nerek. Dwóch pacjentów miało powikłania innego rodzaju a 30 nie miało powikłań w ogóle.
- W przypadku 45 pacjentów lekarz skierował ich na konsultacje specjalistyczne do diabetologa, w 38 przypadkach do okulisty, w 24 przypadkach do kardiologa, w dwóch przypadkach do chirurga i nefrologa, a w sześciu przypadkach do innego specjalisty. Dwóch pacjentów nie zostało skierowanych na konsultacje do żadnego specjalisty.
- W 39 przypadkach pacjenci oczekiwali do trzech miesięcy na konsultację u specjalisty (po raz pierwszy od zdiagnozowania cukrzycy typu 2), w 15 przypadkach od czterech do sześciu miesięcy, w jednym przypadku od siedmiu do 12 miesięcy i dłużej niż 12 miesięcy. Trzech pacjentów nie pamiętało okresu oczekiwania, a pozostali nie zaznaczyli odpowiedzi.
- W 30 przypadkach lekarz zlecał pacjentowi badania diagnostyczne sprawdzające stężenie glukozy we krwi co pół roku, w 21 przypadkach raz w roku, a w trzech przypadkach rzadziej niż raz w roku. Pozostali pacjenci nie zaznaczyli odpowiedzi.
- W 19 przypadkach lekarz zlecał pacjentom wykonanie badania na poziom cholesterolu od dwóch do trzech razy w roku, w 28 przypadkach raz w roku, a w pięciu przypadkach rzadziej niż raz w roku. Pozostali pacjenci nie zaznaczyli odpowiedzi.
- W 11 przypadkach wykonano badanie kontrolne oceniające występowanie ryzyka choroby niedokrwiennej serca od dwóch do trzech razy w roku, w 25 przypadkach raz w roku, w ośmiu przypadkach rzadziej niż raz w roku, a w ośmiu przypadkach nigdy (od czasu rozpoznania cukrzycy typu 2). Pozostali pacjenci nie zaznaczyli odpowiedzi.
- W 24 przypadkach wykonywano ocenę występowania objawów stopy cukrzycowej raz w roku, w pięciu przypadkach co dwa lata, w pięciu przypadkach rzadziej niż co dwa lata, a w 16 przypadkach wcale nie wykonywano takiej oceny. Pozostali pacjenci nie zaznaczyli odpowiedzi.
- W 28 przypadkach pierwsze badanie okulistyczne (po wykryciu cukrzycy typu 2) wykonano od razu, w siedmiu przypadkach do 24 miesięcy, w 10 przypadkach po 24 miesiącach, a w ośmiu przypadkach nigdy nie wykonano. Pozostali pacjenci nie zaznaczyli odpowiedzi.
- W 20 przypadkach badanie zaburzenia czucia wykonano raz w roku, w sześciu przypadkach rzadziej niż raz w roku, a w 26 przypadkach nigdy nie wykonano takiego badania. Pozostali pacjenci nie zaznaczyli odpowiedzi.
- W 53 przypadkach mierzono u pacjenta ciśnienie tętnicze krwi podczas każdej wizyty. W jednym przypadku nie wykonano mierzenia ciśnienia. Pozostali pacjenci nie zaznaczyli odpowiedzi.
- Ankietowani pacjenci nie zgłosili dodatkowych uwag w ramach badania ankietowego.

(dowód: akta kontroli str. 58-177, 212-213)

Ustalone
nieprawidłowości

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli niepełne uwzględnienie w procesie leczenia pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 zaleceń PTD, w zakresie częstotliwości kierowania na badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne, należy uznać jako stan nieprawidłowy.

Ponadto dokumentacja medyczna prowadzona była niezgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta oraz § 41 ust. 4 pkt 4, 6, 7 i 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z uwagi na jej niekompletność w zakresie przeszłości zdrowotnej pacjenta.

4. Dostępność do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów chorych na cukrzycę typu drugiego

Opis stanu faktycznego

Informacje na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz zasad zapisywania na wizytę (dotyczy poradni POZ i AOS w zakresie diabetologii) znajdowały się na tablicach informacyjnych w budynku Szpitala przy ul. Kościuszki 68, na pierwszym piętrze naprzeciwko poradni cukrzycowej i POZ oraz na parterze w przy wejściu. Powyższe informacje dostępne były również na stronie internetowej Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 53-57)

W 2015 r. nie było kolejek do PD (dotyczy wizyt planowych i pilnych), natomiast w 2016 i I półroczu 2017 r. nie było kolejek w przypadku wizyt pilnych. Począwszy od II kwartału 2016 r. pojawiły się kolejki do wizyt planowych i średnio wynosiły one w poszczególnych kwartałach odpowiednio: 45, 79 i 55 dni, a w dwóch pierwszych kwartałach 2017 r - 74 i 81 dni. W okresie objętym kontrolą w poradni kardiologicznej nie było kolejek do wizyt pilnych, natomiast do wizyt planowych wyniosły one średnio w każdym kwartale 2015 r. odpowiednio: 112, 129, 166, 143 dni. W 2016 r. wyniosły one odpowiednio: 67, 151, 170 i 150 dni. W I kwartale 2017 r. wyniosły odpowiednio: 125, 166 dni. W okresie objętym kontrolą w poradni okulistycznej nie było kolejek do wizyt pilnych, natomiast do wizyt planowych wyniosły one średnio w każdym kwartale 2015 r. odpowiednio: 19, 16, 23, 21 dni. W 2016 r. wyniosły one odpowiednio: 22, 23, 19 i 23 dni. W I kwartale 2017 r. wyniosły odpowiednio: 20, 27 dni. W okresie objętym kontrolą w poradni chirurgicznej nie było kolejek do wizyt pilnych i planowych. W okresie objętym kontrolą w poradni endokrynologicznej nie było kolejek do wizyt pilnych, natomiast do wizyt planowych wyniosły one średnio w każdym kwartale 2015 r. odpowiednio: 162, 247, 311, 227 dni. W 2016 r. wyniosły one odpowiednio: 127, 210, 269 i 278 dni. W I kwartale 2017 r. wyniosły odpowiednio: 201, 241 dni. Szpital nie posiadał poradni nefrologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 183-184)

Kierownik Działu Administracji Medycznej wyjaśniła, że *Szpital nie prowadzi kolejek na wizyty w ramach kontynuacji leczenia, ponieważ terminy takich wizyt ustalają sami lekarze, co zgodne jest z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 r., gdzie art. 20 ust. 1 a mówi, że na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się pacjentów kontynuujących leczenie. Powodem wydłużenia kolejek w poradniach diabetologicznej i endokrynologicznej było zgłoszenie się większej liczby pacjentów na leczenie. Pacjenci na stronach internetowych NFZ mają podgląd liczby osób oczekujących do lekarza w innych placówkach opieki zdrowotnej. Jeżeli w Szpitalu w Brzesku kolejki są krótsze niż w innych placówkach, to pacjenci automatycznie zapisują się do specjalistów w SPZOZ Brzesko i w ten sposób kolejka się wydłuża.*

(dowód: akta kontroli str. 189)

W Szpitalu nie utworzono przy PD „gabinetu stopy cukrzycowej” zajmującej się leczeniem powikłań cukrzycy typu 2. Dyrektor Szpitala oświadczył, że tego typu pacjenci są kierowani do Poradni Chirurgicznej działającej w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 180)

W poradni diabetologicznej prowadzony był rejestr osób chorych na cukrzycę typu 2. W kontrolowanym okresie przekazywano do NFZ, w formie elektronicznej, raporty dotyczące zrealizowanych jednostek rozliczeniowych świadczeń wykonanych w PD. Sprawozdania te dotyczyły pacjentów z każdym rozpoznaniem, bez oddzielenia chorych z rozpoznaniem cukrzycy typu 2.

(dowód: akta kontroli str. 186-188, 325-327)

Szpital spełniał wymagania określone przez NFZ w zakresie rodzaju i liczny personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia cukrzycy w AOS.

(dowód: akta kontroli str. 191)

Dane o potencjale wykonawczym realizującym umowę w zakresie udzielania świadczeń związanych z leczeniem cukrzycy w AOS były na bieżąco aktualizowane. W latach 2015 – I półrocze 2017 r. złożono łącznie 6 wniosków do NFZ, aktualizujących dane dotyczące: sprzętu, liczby personelu i godzin ich pracy.

(dowód: akta kontroli str. 190)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi do
kontrolowanej
działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na rosnący czas oczekiwania na wizytę pacjentów do PD. Szybkie podjęcie leczenia ma istotne znaczenie dla efektywności tego procesu.

5. Wdrażanie metod leczenia cukrzycy typu 2 wykorzystujących leki najnowszej generacji

Opis stanu
faktycznego

Na podstawie ankiet przeprowadzonych wśród lekarzy diabetologów (dwóch) oraz lekarzy POZ (18) ustalono, że:

- 16 lekarzy uznało, że w świetle aktualnej wiedzy medycznej na temat cukrzycy typu 2 stosowane leki i metody leczenia spełniają oczekiwania skutecznego leczenia tej choroby (tj. osiągnięcia „wyrównania metabolicznego”) i przyczyniają się do ograniczenia powstawania powikłań i/lub ich skutków. Dwóch lekarzy miało odmienne zdanie i dwóch lekarzy nie miało zdania na ten temat.
- 10 lekarzy uznało, że stosowane metody leczenia cukrzycy typu 2 uwzględniają leki najnowszej generacji. Dziewięciu lekarzy miało odmienne zdanie. Jeden lekarz nie miał zdania na ten temat.
- 11 lekarzy wskazało cenę i brak refundacji jako najczęstszą przyczynę tego, że stosowane metody leczenia cukrzycy typu 2 nie uwzględniają leków najnowszej generacji. Dziewięciu lekarzy nie miało zdania na ten temat.
- Wśród innych leków najnowszej generacji, jakie mogłyby być stosowane ale w Polsce, ale są niedostępne lub są dostępne za pełną odpłatnością wskazano: JARDJANCE, FORXIGA, INVOKANA, TRAJENTA, GALVUS, SITAGLIPTYNA, RISTABEN, LIRAGLUTYD, EXENATIDE oraz analogi długo działające (INSULIN GLARGINE, TRESIBA, INSULIN DETEMIR).
- Trzech lekarzy znało przypadki, w których pacjent sam kupował leki niedostępne w kraju i przyjmował je pod kontrolą lekarza.
- Dwóch lekarzy zaobserwowało lepsze efekty leczenia cukrzycy niż przy zastosowaniu leków ogólnie dostępnych u pacjentów, którzy sami kupowali leki niedostępne w kraju i przyjmowali je pod kontrolą lekarza.
- Wśród innych uwag i opinii lekarze wskazali: brak cyklicznych szkoleń lekarzy i pielęgniarek, konieczność wprowadzenia refundowanej usługi edukacyjnej prowadzonej przez edukatorów diabetologicznych oraz konieczność wprowadzenia refundacji leków, które mają neutralny wpływ na wagę pacjentów (leki inkretynowe i flozyny).

(dowód: akta kontroli str. 10-52)

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 Kontroli⁹, wnosi o:

⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

- 1) stosowanie się do zaleceń PTD w zakresie prowadzenia profilaktyki cukrzycy typu 2 oraz kierowania pacjentów na badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne zgodnie z zalecaną częstotliwością;
- 2) prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób zapewniający pełną i rzetelną informację o procesie diagnozowania i leczenia pacjenta.

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 Krakowie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Kraków, dnia 27 wrzesień 2017 r.

Kontroler

Mariusz Pindral
Główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Krakowie

z up.

Marcin Kopec
Wicedyrektor