PROGRAM DYSPANSERYJNY 03

Choroby układu krążenia, tkanki łącznej oraz choroby reumatyczne

> **Cel:** Zapewnić każdemu pacjentowi z grupy prosty plan: termin kontroli, minimalny zestaw działań, zasady pilnego kontaktu i aktywne przypomnienie. Program realizuje wymagania KO 3.1; decyzje kliniczne pozostają indywidualne.

1. Kogo obejmuje program

- Nadciśnienie, choroba wieńcowa, niewydolność serca, migotanie przedsionków, choroba tętnic obwodowych i dyslipidemia.
- Reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń i inne stabilne zapalne/układowe choroby tkanki łącznej w opiece współdzielonej.
- Pacjenci z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym lub lekami wymagającymi planowego monitorowania.

Włączenie

- Osoba dorosła zadeklarowana do POZ z potwierdzoną przewlekłą chorobą lub planowym leczeniem wymagającym kontroli.
- Zapisany następny termin oraz zgoda na wybrany kanał przypomnień.

Czasowe wyłączenie z trybu planowego

- Ostry ból w klatce, ostra duszność, objawy udaru, ostre niedokrwienie kończyny lub ciężkie zaostrzenie choroby układowej — ścieżka pilna.
- Leczenie biologiczne/DMARD lub przeciwkrzepliwe bez dostępnego planu monitorowania — najpierw uzyskać plan prowadzącego.

2. Organizacja

- Lekarz kwalifikuje pacjenta, wybiera poziom ryzyka i zatwierdza indywidualny plan.
- Raz do roku sporządzana jest aktualna lista pacjentów.
- Pacjenci podczas wizyty odrazu zapisywani są na następną wizytę.
- Pacjent stabilny: co najmniej 1 wizyta bilansowa w roku. Zwiększone ryzyko, zmiana leczenia lub nieprawidłowy wynik: termin ustala lekarz, zwykle w ciągu 1–6 miesięcy.

> **Jedna zasada:** Łączyć wizyty i badania z innymi programami, aby nie dublować świadczeń. Na końcu każdej wizyty zapisać następny termin i osobę odpowiedzialną.

3. Minimalny harmonogram badań i interwencji

Element	Kiedy	Proste wykonanie w POZ	Co zrobić przy odchyleniu
Wizyta POZ	Proste NT: 1×/rok; pozostałe stabilne: co 6 mies.; ryzyko: 1–3 mies.	Objawy, funkcja, leki, adherencja i objawy alarmowe	Skrócić termin lub konsultować
Ciśnienie/tętno	Każda wizyta; domowe wg potrzeby	Prawidłowy pomiar; ortostaza przy objawach/kruchości	Potwierdzić pomiar i ocenić leczenie
Nerki/elektrolity	1×/rok oraz po zmianie ACEI/ARB/MRA/diuretyku wg planu	Kreatynina/eGFR, Na, K	Ocena lekarza przed dalszym leczeniem
Lipidy	1×/rok; 4–12 tyg. po zmianie leczenia	Lipidogram i tolerancja leku	Ocenić adherencję, dawkę i cel ryzyka
HF/AF/choroba wieńcowa	Objawy przy każdej wizycie; EKG/echo tylko wg wskazań	Duszność, obrzęki, masa, rytm, krwawienia i wypisy	Dekompensacja/nowe objawy → pilna ocena
Choroba reumatyczna	Co 3–6 mies. lub wg reumatologa	Aktywność objawów, narządy, infekcje i działania leków	Zaostrzenie lub zajęcie narządu → reumatolog
DMARD/OAC/inne leki	Ściśle wg pisemnego planu i ChPL	Morfologia, wątroba/nerki i inne wymagane parametry	Nie odnawiać bez wymaganego monitorowania

Wizyta bilansowa — pięć obowiązkowych punktów

□ nowe objawy, hospitalizacje i konsultacje oraz objawy alarmowe
□ aktualna lista leków, rzeczywiste przyjmowanie i działania niepożądane
□ pomiary i krótkie badanie właściwe chorobie
□ jeden cel kliniczny lub funkcjonalny uzgodniony z pacjentem
□ kolejny termin, potrzebne badania i sposób postępowania przy pogorszeniu

> **Bez zbędnych badań:** Nie powtarzać badań tylko dlatego, że pacjent jest w programie. Zlecać je zgodnie z tabelą, leczeniem, wynikiem i aktualnym planem specjalisty.

4. Najważniejsze interwencje

- Ustalić indywidualny cel ciśnienia i LDL; uwzględnić tolerancję, kruchość i pomiary domowe.
- W AF przy każdej kontroli sprawdzić wskazanie, dawkę i bezpieczeństwo antykoagulacji; nie przerywać leku samodzielnie.
- W niewydolności serca oceniać duszność, obrzęki, masę i stosowanie leków o udowodnionej korzyści zgodnie z planem.
- W chorobie reumatycznej zapisać aktywność objawów oraz możliwe zajęcie narządów; POZ nie zmienia samodzielnie DMARD bez uzgodnienia.
- Palenie, aktywność, żywienie, masa i szczepienia omawiać krótko przy wizycie rocznej.

5. Bezpieczeństwo

> **Objawy alarmowe:** Poniższych objawów nie prowadzi się według zwykłego terminu. Wymagają oceny tego samego dnia; osoba kliniczna wybiera tryb POZ, pilną konsultację, ZRM lub SOR.

- Ból w klatce piersiowej, ostra duszność, omdlenie z niestabilnością lub objawy udaru/TIA.
- Nagłe niedokrwienie kończyny, ból spoczynkowy z bladością/zimnem albo szybko narastający obrzęk.
- Szybki przyrost masy z dusznością/obrzękami lub ciężka brady-/tachyarytmia z objawami.
- W chorobie układowej: nowe objawy nerkowe, neurologiczne, płucne, sercowe lub ciężka infekcja podczas immunosupresji.

Planowa konsultacja

- Kardiolog: nowe/narastające objawy, trudna kontrola, wskazanie do diagnostyki zabiegowej lub niejasny plan HF/AF.
- Reumatolog: utrzymujące się zaostrzenie, toksyczność leczenia albo podejrzenie zajęcia narządu.
- Inny specjalista zgodnie z dominującym powikłaniem; plan ma wrócić do dokumentacji POZ.

6. Edukacja pacjenta

- Domowy pomiar ciśnienia/masy i rozpoznawanie pogorszenia, jeśli dotyczy.
- Rola każdego leku, zakaz samodzielnego odstawiania antykoagulantu, GKS lub DMARD.
- Ruch, palenie, żywienie, szczepienia i szybkie zgłaszanie infekcji przy immunosupresji.

7. Zapraszanie pacjenta

- Przy włączeniu zapisać preferowany bezpieczny kanał kontaktu i aktualny numer/adres.
- Krótkie przypomnienie 1–3 dni przed wizytą. Treść neutralna: „planowa kontrola zdrowia”; bez rozpoznania.

8. Brak zgłoszenia lub brak kontaktu

1. W ciągu 1–3 dni: pierwsza próba telefonu lub wiadomości i propozycja nowego terminu.
2. Do 10 dni: druga próba w innej porze lub uzgodnionym drugim kanałem; obie próby zapisać.
3. Po dwóch próbach: oznaczyć „brak kontaktu”. Lekarz przegląda pacjentów zwiększonego ryzyka; pozostałych ponownie sprawdza przy kwartalnym przeglądzie listy. Nowa styczność z jednostką uruchamia ponowne umówienie.

9. Minimalna dokumentacja

□ rozpoznanie i data włączenia do grupy
□ poziom ryzyka: stabilny / zwiększony
□ data ostatniej i następnej wizyty
□ badania wymagane, wykonane i zaległe
□ aktualne leki oraz plan kontroli bezpieczeństwa
□ ustalony cel i wynik porównywalnego pomiaru
□ próby kontaktu i ich wynik
□ objawy alarmowe omówione z pacjentem

10. Źródła i aktualizacja

Program jest skrótem organizacyjnym. Szczegóły leczenia wynikają z aktualnych wytycznych, ChPL i indywidualnej decyzji klinicznej. Aktualność sprawdza właściciel programu raz w roku i po istotnej zmianie zaleceń.

Minister Zdrowia — Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, poz. 145 (2024). Źródło

European Society of Cardiology — ESC Guidelines for the management of heart failure (2026). Źródło

European Society of Cardiology — ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension (2024). Źródło

European Society of Cardiology — ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation (2024). Źródło

EULAR — EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological DMARDs: 2025 update (opubl. 2026). Źródło

EULAR — EULAR recommendations for cardiovascular risk management in rheumatic and musculoskeletal diseases (2022). Źródło