PROGRAM DYSPANSERYJNY 04

Przewlekłe choroby układu trawiennego

> **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

- Stabilna choroba refluksowa/dyspepsja, IBS i celiakia.
- IBD w remisji lub małej aktywności, MASLD i stabilna przewlekła choroba wątroby w opiece współdzielonej.
- Przewlekłe zapalenie lub niewydolność zewnątrzwydzielnicza trzustki oraz ryzyko niedożywienia.

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

- Krwawienie, niedrożność, ostre zapalenie trzustki/wątroby, niewyrównana marskość lub ciężkie IBD — ścieżka pilna/specjalistyczna.
- Nowa dysfagia, niedokrwistość, utrata masy lub inne objawy alarmowe — najpierw diagnostyka, nie zwykła obserwacja.

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	Stabilny: 1×/rok; ryzyko/specjalista: co 3–6 mies.	Objawy, masa, żywienie, leki i objawy alarmowe	Diagnostyka lub wcześniejsza konsultacja
Morfologia/biochemia	1×/rok tylko gdy dotyczy choroby/leku	Morfologia, wątroba, nerki, CRP i niedobory wg modułu	Ustalić przyczynę i dalszy plan
PPI	Przegląd 1×/rok	Wskazanie, dawka minimalna, objawy alarmowe i działania niepożądane	Zmniejszyć/odstawić planem lub skierować
Celiakia	1×/rok	Objawy, masa, dieta, morfologia/ferrytyna; tTG-IgA wg planu	Dietetyk/gastroenterolog przy utrzymujących się odchyleniach
IBD	Co 3–6 mies. lub wg gastroenterologa	Objawy, masa, morfologia/CRP; kalprotektyna wg planu	Podejrzenie zaostrzenia → szybki kontakt ze specjalistą
MASLD/włóknienie	FIB-4 co 1–3 lata; zwykle co rok przy T2D/dużym ryzyku	Wiek, AST, ALT, płytki; czynniki metaboliczne	Wynik pośredni/wysoki → elastografia/hepatolog
Marskość/HCC	USG co 6 mies. wg planu hepatologa	Pilnować terminu i wyniku; ocena dekompensacji	Przekroczenie terminu lub odchylenie → kontakt z hepatologiem
Trzustka/PEI	1×/rok lub wcześniej przy utracie masy	Masa, stolce, dieta, enzymy, glikemia/HbA1c	Korekta leczenia i dietetyk/gastroenterolog

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

- Zawsze ocenić objawy alarmowe i dynamikę masy; nie prowadzić samego „bólu brzucha” bez ponownej oceny rozpoznania.
- PPI kontynuować tylko przy zapisanym wskazaniu; stosować najmniejszą skuteczną dawkę.
- W celiakii potwierdzić rozpoznanie i oceniać dietę bez niepotrzebnych dodatkowych restrykcji.
- W MASLD podstawą jest leczenie ryzyka metabolicznego; prawidłowe aminotransferazy nie wykluczają włóknienia.
- W marskości nie wolno upraszczać półrocznego nadzoru HCC ani planu hepatologa.

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.

- Krwawe wymioty, smoliste stolce, znaczne świeże krwawienie lub objawy wstrząsu.
- Nowa dysfagia/odynofagia, uporczywe wymioty, żółtaczka, szybko postępująca utrata masy lub ciężka niedokrwistość.
- Silny ból z objawami otrzewnowymi, podejrzenie niedrożności lub ostrego zapalenia trzustki.
- Wodobrzusze z gorączką, splątanie, krwawienie lub inne cechy dekompensacji marskości.

Planowa konsultacja

- Gastroenterolog: objawy alarmowe bez stanu nagłego, niejasne rozpoznanie, oporne objawy lub nieprawidłowy plan IBD/celiakii.
- Hepatolog: pośredni/wysoki FIB-4, podejrzenie zaawansowanego włóknienia lub dekompensacja.
- Dietetyk: celiakia, niedożywienie, PEI albo trudne ograniczenia dietetyczne.

6. Edukacja pacjenta

- Objawy alarmowe i termin kolejnej kontroli; unikanie samodzielnych restrykcyjnych diet.
- W celiakii dieta bezglutenowa, w PEI enzymy do każdego posiłku zgodnie z planem.
- W chorobie wątroby/trzustki: abstynencja od alkoholu, niepalenie i kontrola masy/metabolizmu.

> **Sprawdzenie:** Pacjent własnymi słowami mówi: co ma robić, kiedy ma następną kontrolę i które objawy wymagają pilnej pomocy (teach-back).

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

NICE — Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management (CG184) (2014, aktualizacja 2019/2024). Źródło

NICE — Coeliac disease: recognition, assessment and management (NG20) (2015, bieżąca wersja). Źródło

ECCO i partnerzy — ECCO-ESGAR-ESP-IBUS Guideline on Diagnostics and Monitoring of IBD (2025). Źródło

EASL / EASD / EASO — EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines on the management of MASLD (2024). Źródło

EASL — Risk-based surveillance for hepatocellular carcinoma among patients with cirrhosis (2023). Źródło