PROGRAM DYSPANSERYJNY 05

Cukrzyca

> **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

- Cukrzyca typu 2 prowadzona w POZ oraz cukrzyca typu 1 i inne typy w opiece współdzielonej.
- Powikłania i ryzyko: nerki, oczy, neuropatia/stopy, serce i naczynia oraz hipoglikemia.
- Pacjenci po zmianie leczenia, hospitalizacji albo z trudnością w samokontroli wymagający planowej kontroli.

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

- Podejrzenie DKA/HHS, ciężka hipoglikemia, sepsa, ostra stopa lub nowo podejrzany typ 1 — pilna ścieżka.
- Ciąża i planowanie ciąży wymagają szybkiej opieki diabetologiczno-położniczej; POZ wspiera ciągłość.

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: co 6 mies.; ryzyko/zmiana: co 1–3 mies.	Objawy, hipoglikemia, leki, samokontrola, masa i ciśnienie	Korekta planu lub diabetolog
HbA1c/CGM	HbA1c 2×/rok w celu; co 3 mies. poza celem/po zmianie	Porównać z indywidualnym celem i ryzykiem hipoglikemii	Decyzja terapeutyczna i termin ponownej oceny
Nerki	eGFR i UACR 1×/rok; częściej w CKD	T2: od rozpoznania; T1: zwykle po 5 latach	Potwierdzić odchylenie, leczyć ryzyko, nefrolog wg wskazań
Oczy	T2 przy rozpoznaniu; T1 po 5 latach; potem zwykle co 1–2 lata wg okulisty	Zapisać datę i wynik, nie samo skierowanie	Pogorszenie widzenia/retinopatia → okulista
Stopy/neuropatia	Pełne badanie 1×/rok; wysokie ryzyko przy każdej wizycie	Skóra, deformacje, tętna, monofilament + drugi test	Rana/zakażenie/niedokrwienie/Charcot → pilnie
Lipidy	1×/rok; 4–12 tyg. po zmianie leczenia	Lipidogram, cel wg ryzyka i tolerancja	Ocenić adherencję i leczenie
Leki i bezpieczeństwo	Każda wizyta; po zmianie termin wg leku	Hipoglikemia, eGFR, nawodnienie, technika i działania niepożądane	Uprościć/korygować; pisemny plan dnia choroby

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

- Cel HbA1c/CGM ustala się indywidualnie; ciężka hipoglikemia zawsze wymaga korekty planu.
- Dobór leczenia uwzględnia nie tylko HbA1c, lecz także serce, nerki, masę, ryzyko hipoglikemii i preferencje.
- W typie 1 nigdy nie odstawiać insuliny bazowej; każdy pacjent otrzymuje plan dnia choroby i ketonów.
- Każdy wynik badania oka, nerek i stóp ma wrócić do dokumentacji i prowadzić do decyzji.
- Po ciężkiej hipoglikemii skontaktować się w ciągu 24–72 godzin i przeanalizować przyczynę.

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.

- Wymioty, ból brzucha, odwodnienie, szybki/głęboki oddech, ketony lub podejrzenie DKA/HHS.
- Ciężka hipoglikemia, utrata przytomności, drgawki albo brak możliwości leczenia doustnego.
- Owrzodzenie, zakażenie, martwica, niedokrwienie lub ciepła obrzęknięta stopa.
- Nagła utrata widzenia, objawy udaru, ostry ból w klatce lub duszność.

Planowa konsultacja

- Diabetolog: typ 1/inny specyficzny typ, ciąża, ciężkie/nawracające hipoglikemie lub brak celu mimo prawidłowego planu.
- Okulista, nefrolog i zespół stopy zgodnie z odchyleniem; pilnie w objawach alarmowych.
- Dietetyk/psycholog przy istotnych barierach żywieniowych, poznawczych lub w samoopiece.

6. Edukacja pacjenta

- Hipoglikemia, użycie glukagonu, plan dnia choroby i zasady czasowego wstrzymania leków tylko według pisemnej instrukcji.
- Codzienne oglądanie stóp, technika pomiarów/wstrzyknięć i bezpieczne prowadzenie pojazdu.
- Indywidualny cel, rola każdego leku oraz konkretna data następnego badania i wizyty.

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

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne — Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą — 2026 (2026). Źródło

American Diabetes Association — Glycemic Goals, Hypoglycemia, and Hyperglycemic Crises: Standards of Care in Diabetes—2026 (2026). Źródło

American Diabetes Association — Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2026 (2026). Źródło

American Diabetes Association — Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care: Standards of Care in Diabetes—2026 (2026). Źródło