Projekt rozporządzenia w sprawie standardów w zakresie diabetologii
Definicje: do uzupełnienia po przyjęciu zawartości merytorycznej
Poziomy opieki
1.Podstawowa Opieka Zdrowotna
2.Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
3.Lecznictwo szpitalne
4. Środowisko nauczania i wychowania (przygotuje mgr Szewczyk ww współpracy z pozostałymi Paniami Pielęgniarkami Członkami Zespołu przy współpracy z ekspertami pediatrami – prof. Walczak, prof. Myśliwiec)

Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)

Nowoczesna opieka nad chorym na cukrzycę wymaga kompetencji w zakresie diagnostyki, leczenia, monitorowania oraz edukacji w odniesieniu do wiedzy i motywacji do realizacji w codziennym życiu otrzymywanych zaleceń. Wymaga także współpracy POZ z lekarzami specjalistycznej opieki diabetologicznej.

Personel- specjalista medycyny rodzinnej, pielęgniarka rodzinna.

Wyposażenie - standardowy gabinet POZ zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia o świadczeniach gwarantowanych w POZ, wyposażony we wstrzykiwacze do insuliny i glukometry, glukagon.

Zadania POZ

- promocja zdrowego stylu życia w ramach prowadzenia profilaktyki rozwoju otyłości, głównego czynnika etiologicznego cukrzycy typu 2
- identyfikacja czynników ryzyka cukrzycy i prowadzenie badań przesiewowych
- diagnostyka zaburzeń gospodarki węglowodanowej
- prowadzenie chorych ze stanem przedcukrzycowym
- prowadzenie chorych na cukrzycę typu 2 leczonych lekami doustnymi
- rozpoczynanie i prowadzenie insulinoterapii prostej w modelu terapii skojarzonej z lekami doustnymi u chorych na cukrzycę typu 2
- Kierowanie chorych na cukrzyce typu 2 razy w roku z kompletem badań do Specjalistycznej Poradni Diabetologicznej zgodnym z zaleceniami PTD (morfologia krwi, HbA1c, cholesterol całkowity, frakcji HDL i LDL, triglicerydy, kreatynina, badanie ogólne moczu z osadem) celem
    - Weryfikacji wyrównania metabolicznego
    - Oceny występowania i zaawansowania późnych powikłań cukrzycy
    - Udokumentowanej edukacji w zakresie stylu życia (odżywianie, aktywność fizyczna)
    - Ustalenie celów terapeutycznych i sposobu ich realizacji
- zapewnienie chorym ze stanem przedcukrzycowym i cukrzycą typu 2 realizacji pełnego programu edukacji dla pacjentów ze stanem przedcukrzycowym lub cukrzycą typu 2 lub w konkretnie sprecyzowanym celu edukacyjnym
- kierowanie na okresowe konsultacje okulistyczne celem badania dna oka o ile nie było wykonane w ramach opieki specjalistycznej

- kierowanie chorych bezpośrednio do Specjalistycznej Poradni Diabetologicznej w przypadku
  - cukrzycy typu 1
  - innych specyficznych typów cukrzycy lub trudności w ustaleniu typu cukrzycy
  - każdego typu cukrzycy u dzieci, kobiet w okresie prekoncepcyjnym i po zajściu w ciążę
  - przygotowaniu do większych zabiegów operacyjnych pacjenta z cukrzycą typu 2
  - nie osiągania celów terapeutycznych leczonych pacjentów z cukrzycą typu 2
  - podejrzenia występowania lub oceny zaawansowania późnych powikłań

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna ma na celu prowadzenie chorych na cukrzycę, które pozwoli na uzyskanie stabilizacji metabolicznej i tym samym uniknięcie ostrych i przewlekłych powikłań choroby, a także ich leczenie.

Personel

W skład zespołu opiekującego się chorymi na cukrzycę w ramach AOS wchodzą:

-specjalista z zakresu diabetologii lub specjalista chorób wewnętrznych z co najmniej 2-letnim letnim stażem zawodowym w oddziale lub poradni diabetologicznej lub lekarz w 2 roku specjalizacji z diabetologii

-w przypadku poradni specjalistycznej dla dzieci i młodzieży specjalista z zakresu diabetologii lub specjalista w zakresie diabetologii i endokrynologii dziecięcej lub specjalista pediatra z co najmniej 2-letnim stażem zawodowym w poradni lub oddziale diabetologii dziecięcej, bądź lekarz w 2 roku specjalizacji z diabetologii lub diabetologii i endokrynologii dziecięcej

-pielęgniarka ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa diabetologicznego lub z ukończonym kursem „edukator w diabetologii" lub z co najmniej 2-letnim stażem na oddziale diabetologii lub w Specjalistycznej Poradni Diabetologicznej

-dietetyk w pełnym wymiarze zatrudnienia desygnowany wyłącznie do edukacji dietetycznej

-dostęp do opieki psychologicznej w uzasadnionych indywidualnych przypadkach klinicznych

Wyposażenie Poradni Specjalistycznej

- gabinety lekarskie

- gabinet zabiegowy z wydzieloną częścią do pobierania prób i analiz

- pokój pielęgniarski-edukacyjny z częścią dietetyczną

- możliwość odczytu i analizy danych z glukometrów, pomp insulinowych i urządzeń do ciągłego pomiaru glikemii przy użyciu systemów informatycznych

-zestaw do badania w kierunku zespołu stopy cukrzycowej (termotip, widełki stroikowe-kamerton 128 Hz, monofilament 5g, młotek neurologiczny)

-aparat do oceny przepływów naczyniowych m. Dopplera

-dostęp do konsultacji specjalistycznej, celem cyklicznego monitorowania stanu powikłań

Zadania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

-weryfikacja efektów i ustalenie celów leczenia chorych na cukrzycę prowadzonych w POZ w ramach dorocznej kontroli

-prowadzenie chorych na cukrzycę leczonych iniekcjami (insulina, agoniści receptora GLP-1)

- prowadzenie chorych na cukrzycę typu 1 i cukrzycą w ciąży metodą ciągłego podskórnego wlewu insuliny (pompy insulinowe)

-prowadzenie diagnostyki różnicowej typów cukrzycy, w tym cukrzycy monogenowej i skojarzonej z innymi chorobami

-diagnostyka, prewencja i prowadzenie chorych w zakresie późnych powikłań

-edukacja diabetologiczna

-diagnostyka i prowadzenie cukrzycy u kobiet w okresie ciąży

-diagnostyka i leczenie schorzeń współistniejących z cukrzycą

Diabetologiczne opieka szpitalna

Hospitalizacja u chorych na cukrzycę jest konieczna w przypadku braku dostępu do kwalifikowanej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia przy dekompensacji metabolicznej choroby, nasilenia powikłań bądź wystąpienia schorzeń dodatkowych. W każdym województwie powinien funkcjonować co najmniej 1 oddział specjalistyczny o profilu diabetologicznym dla dorosłych oraz 1 oddział o profilu diabetologicznym dla dzieci

Do hospitalizacji kwalifikowani mogą być chorzy z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 1, cukrzycą typu 2 lub innymi typami cukrzycy z nasilonymi objawami hiperglikemii w sytuacji braku możliwości pełnego zaopatrzenia w warunkach ambulatoryjnych

-chorzy z ostrymi powikłaniami związanymi z hiperglikemią (kwasica ketonowa, zespół hiperglikemiczno-hipermolalny, kwasica mleczanowa

-chorzy z zaburzeniami świadomości w przebiegu hipoglikemii niemożliwej do opanowania w warunkach ambulatoryjnych lub z ryzykiem nawrotu

- chorzy z zaostrzeniem późnych powikłań

-chorzy wymagający korekty leczenia przy braku możliwości wyrównania w warunkach ambulatoryjnych

Personel

Lekarski

-dwóch specjalistów z zakresu diabetologii zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin, ewentualnie oprócz 1 specjalisty diabetologa, specjalista z chorób wewnętrznych z min. jednorocznym doświadczeniem z zakresu pracy na oddziale lub poradni diabetologicznej lub lekarz w trakcie 2 roku stażu specjalizacyjnego w zakresie diabetologii

- w oddziale diabetologii dziecięcej- 2 specjalistów z zakresu pediatrii i diabetologii lub z zakresu diabetologii i endokrynologii dziecięcej. Ewentualnie oprócz 1 specjalisty pediatry diabetologa lub specjalisty z zakresu endokrynologii i diabetologii dziecięcej, specjalista pediatra z min rocznym doświadczeniem w pracy w oddziale diabetologii dziecięcej lub poradni diabetologii dziecięcej.

Personel pielęgniarski

-1 pielęgniarka na 10 łóżek diabetologicznych, której zakres obowiązków jest ograniczony do edukacji i opieki nad chorymi na cukrzycę

- dietetyk, 1 etat, z zakresem obowiązków ograniczonymi do opieki diabetologicznej

- dostęp do konsultacji psychologicznej

- dostęp do konsultacji specjalistycznych

Wyposażenie

- co najmniej 1 stanowisko przeznaczone do leczenia pacjenta w ostrym stanie metabolicznym, wyposażone w monitor EKG, monitor ciśnienia tętniczego, pompę infuzyjną pulsoksymetr, dostęp do tlenoterapii

- sala edukacyjna

-dożylne pompy infuzyjne

- sprzęt do diagnostyki zespołu stopy cukrzycowej

- dostęp do diagnostyki kardiologicznej (próba wysiłkowa, Ekg, UKG, Holter Ekg i RR) i naczyniowej (badanie tętnic m. Dopplera)

OPIEKA NAD CHORYMI Z ZESPOŁEM STOPY CUKRZYCOWEJ

Zespół stopy cukrzycowej jest najczęstszą przyczyną amputacji nieurazowych. Wczesna profilaktyka i wielospecjalistyczne leczenie pacjentów z owrzodzeniem w przebiegu ZSC pozwala na istotną redukcję liczby tzw. wysokich (powyżej kostki) amputacji.

Opieka nad chorymi z ZSC realizowana jest ambulatoryjnie oraz w ramach hospitalizacji.

Podstawą leczenia chorych z ZSC jest corocznie uaktualniane stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego pod nazwą „Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę"

1. POZ

Podstawowe zadania Lekarzy Rodzinnych w zakresie profilaktyki i leczenia ZSC:

- profilaktyczne działania edukacyjne w ramach edukacyjnych programów w
- rozpoczynanie wczesnej antybiotykoterapii, w przypadku obecności cech infekcji w obrębie stopy u chorego na cukrzycę
- aktywny wywiad lekarski dotyczący obecności rany na stopie u chorego na cukrzycę
- kierowanie do poradni specjalistycznej każdego chorego na cukrzycę z obecnością owrzodzenia w obrębie stopy

2. AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Ambulatoryjne leczenie chorych z ZSC powinno być prowadzone w ramach porad/procedur specjalistycznych w Referencyjnych i Podstawowych Gabinetach Stopy Cukrzycowej działających w ramach Poradni Diabetologicznych bądź w ramach niezależnych Poradni Stopy Cukrzycowej (struktury i procedury opiniowane obecnie w ramach Karty Problemu Zdrowotnego w AOTMiT).

Referencyjny Gabinet Stopy Cukrzycowej – referencyjny gabinet utworzony w ramach Programu MZ p.n. Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenie Stopy Cukrzycowej na lata 2016-2018 działający przy Klinice/Oddziale Diabetologii (mający możliwość hospitalizacji chorego z ZSC). W założeniu gabinet referencyjny miał powstać w każdym województwie przy klinicznym ośrodku diabetologicznym – ponieważ nie w każdym województwie taki gabinet powstał potrzebne byłoby w ramach osobnego rozporządzenia zobligowanie Wojewodów przy współpracy z głównymi ośrodkami diabetologicznymi danych województw do utowrzenia Referencyjnych Gabinetów w województwach, w których takowych nie utworzono.

Podstawowy Gabinet Stopy Cukrzycowej – gabinet utworzony przy Poradniach Diabetologicznych (w ramach Programu MZ p.n. Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenie Stopy Cukrzycowej na lata 2016-2018 lub niezależnie od Programu). To daje możliwość tworzenia kolejnych podstawowych gabinetów stopy cukrzycowej w ramach inicjatyw niezależnych od funkcjonowania Programu

Personel:

- **lekarz i pielęgniarka:** w przypadku gabinetu działającego w ramach Poradni Diabetologicznej zgodnie z wymogami dla Poradni Diabetologicznych; warunki

dodatkowe: co najmniej roczne udokumentowane doświadczenie w leczeniu chorych z ZSC lub Certyfikat ukończenia kursu MZ leczenia stopy cukrzycowej w ramach programu MZ p.n. Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenie Stopy Cukrzycowej na lata 2016-2018

- w przypadku gabinetu działającego w ramach niezależnej Poradni Stopy Cukrzycowej (aktualnie procedowanej w ramach AOTMiT) zgodnie z wymogami określonymi w odrębnym rozporządzeniu

- równoważniki etatów: równoważnik 1 etatu lekarskiego i 1 etatu pielęgniarsko-podologicznego dla Gabinetu Referencyjnego; równoważnik 2/5 etatu lekarskiego i 2/5 etatu pielęgniarsko-podologicznego dla Gabinetu Podstawowego

Wyposażenie: (prof. Małecki z zespołem- uprzejmie proszę o zweryfikowanie wyposażenia)

- fotel podologiczny

- zestaw narzędzi do badania neuropatii obwodowej

- zestaw do pomiaru ABI (wskaźnik kostka- ramię) lub opcjonalnie TBI (wskaźnik paluch ramię)

- zestaw podstawowych narzędzi chirurgicznych koniecznych do wykonania opracowania rany

- piła oscylacyjna do przecinania Total Contact Cast (TCC)

- aparat fotograficzny do dokumentacji zdjęciowej ran

- urządzenie do miejscowej terapii podciśnieniowej (Vac-terapii)

Zestaw narzędzi

Lista elementów wykazana do rozliczenia przez realizatorów jako zakup **Kompletu podstawowych narzędzi chirurgicznych: peany, pęsety chirurgiczne, igły "z kulką", łyżeczki kostne**

1) Igła kulkowa prosta wielorazowa - **przepłukiwanie ran o charakterze przetoki w ZSC, np., przy współistnieniu zapalenia kości, używana w ambulatorium**
2) Igłotrzymacz - **przytrzymanie igły do przepłukiwania j.w, użycie w ambulatorium**
3) Kleszczyki Kocher zagięte - **opracowanie owrzodzenia w ZSC , użycie w ambulatorium**

4) Kleszczyki – bez ząbka proste - **opracowanie owrzodzenia w ZSC, użycie w ambulatorium**
5) Kleszczyki – bez ząbka zagięte – **opracowanie owrzodzenia w ZSC, użycie w ambulatorium**
6) Kleszczyki hemostatyczne Mikulicz – **opracowanie owrzodzenia w ZSC, przytrzymanie broczącego naczynia, użycie w ambulatorium.**
7) Nożyce do gipsu – **konieczne w trakcie aplikacji, wymiany TCC (Total Cotact Cast, łuska pełnokontaktowa lub Scochcast, łuska cześciowa), leczenie rany neuropatycznej i neuropatycznej osteoartropatii Charcota w ZSC.**
8) Nożyczki Cuticle proste - **opracowanie owrzodzenia w przebiegu ZSC, usuwanie tkanek martwiczych i zdewitalizowanych, użycie w ambulatorium.**
9) Nożyczki Cuticle zagięte – **opracowanie owrzodzenia w ZSC, usuwanie tkanek martwiczych i zdewitalizowanych, użycie w ambulatorium.**
10) Nożyczki Mayo proste – **opracowanie owrzodzenia w ZSC, usuwanie tkanek martwiczych i zdewitalizowanych, użycie w ambulatorium.**
11) Nożyczki Opatrunkowe – przygotowanie opatrunku po **opracowaniu owrzodzenia w ZSC, użycie w ambulatorium.**
12) Nożyczki operacyjne - **opracowanie owrzodzenia w ZSC, usuwanie tkanek martwiczych i zdewitalizowanych, użycie w ambulatorium.**
13) Nożyczki chirurgiczne - **opracowanie owrzodzenia w ZSC, usuwanie tkanek martwiczych i zdewitalizowanych, użycie w ambulatorium.**
14) Odgryzacz Listop prosty – **opracowanie ran ze współistniejącym zapaleniem kości w ZSC, użycie w ambulatorium.**
15) Odgryzacz Luer zagięty - **opracowanie ran ze współistniejącym zapaleniem kości w ZSC, użycie w ambulatorium.**
16) Tacka stomatologiczna metalowa – **do odkładania narzędzi w trakcie opracowania owrzodzenia w ZSC, użycie w ambulatorium.**
17) Podologiczne cążki wypukłe – **opracowanie hypekeratozy, paznokci, wału paznokciowego u chorych z ZSC, użycie w ambulatorium.**
18) Ekskawator –**wydrążacz, opracowanie ran ze współistniejącym zapaleniem kości w ZSC, użycie w ambulatorium.**

19) Stolik zabiegowy - **do odkładania narzędzi w trakcie opracowania owrzodzenia w ZSC, użycie w ambulatorium.**
20) Uchwyt do skalpeli – **przytrzymanie skalpela (różne rozmiary) konieczny przy opracowaniu hyperkeratozy, modzeli w przebiegu ZSC, użycie w ambulatorium.**
21) Obcinacze do paznokci czołowe - **opracowanie paznokci u chorych z ZSC, użycie w ambulatorium.**
22) Obcinacze do paznokci boczne - **opracowanie paznokci u chorych z ZSC, użycie w ambulatorium**
23) Miska nerkowata - **do odkładania narzędzi w trakcie opracowania owrzodzenia w ZSC, użycie w ambulatorium.**
24) Cążki do paznokci - **opracowanie paznokci u chorych z ZSC, użycie w ambulatorium**
25) Kaniula do płukania żył – **użycie do przepłukiwania przetok w ranach ran ze współistniejącym zapaleniem kości w ZSC, użycie w ambulatorium.**
26) Rozwieracz wullstein - **opracowanie owrzodzenia w ZSC, użycie w ambulatorium**
27) Trzonek do noży wymiennych - **przytrzymanie skalpela, nozy wymiennych (różne rozmiary) konieczny przy opracowaniu hyperkeratozy, modzeli w przebiegu ZSC, użycie w ambulatorium.**
28) Łyżeczka do kamieni - **opracowanie ran ze współistniejącym zapaleniem kości w ZSC, usuwanie niewielkich martwaków kostnych, użycie w ambulatorium.**

Wymogi formalne:

- dostęp do opieki wielospecjalistycznej, obejmującej co najmniej chirurga, chirurga naczyniowego lub angiologa

- dostęp do badań diagnostycznych: laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji KRDL

- dostęp do podstawowej techniki obrazowej: Rtg, USG- w tym Doppler, oraz dodatkowo dla Gabinetów Referencyjnych TK lub NMR

- zapewnienie możliwości prowadzenia dożylnej antybiotykoterapii

Zadania opieki w ramach gabinetów ZSC:

koordynowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego chorych z ZSC, w tym przede wszystkim:

- diagnostyka różnicowa ZSC: stopa neuropatyczna, naczyniowa i mieszana;
- wykonywanie opracowania owrzodzeń w przebiegu ZSC;
- zabiegi podiatryczne (usuniecie modzeli, hyperkeratozy) u chorych z ranami w przebiegu ZSC;
- stosowaniu metod podstawowych (odciążenie, antybiotykoterapia, opracowanie rany) oraz zaawansowanych metod leczniczych w leczeniu ran, w szczególności takich jak: podciśnieniowa terapia ran (NWPT), osocze bogatopłytkowe i płytkowe czynników wzrostu, larwoterapia
- zastosowanie specjalistycznych opatrunków unieruchamiających i odciążających z gipsu albo z tworzywa sztucznego typu Total Contact Cast (TCC) lub Scotch Cast w leczeniu owrzodzeń neuropatycznych; w tym także koordynowanie postępowania z chorym z Neuroosteoartropatią Charcota
- poprawa metabolicznego wyrównania cukrzycy
- kierowanie do ośrodków leczenia ran tlenem hiperbarycznym wtedy, gdy terapia ta ma uzasadnienie u chorego z ZSC;
- prowadzenie wtórnej profilaktyki i powtarzanej edukacji u chorych z przebytym owrzodzeniem w przebiegu ZSC, np. wskazanie zasad właściwego zaopatrzenia ortopedycznego (wkładki do obuwia, buty), lub właściwego protezowania u chorych po wysokiej amputacji;
- w uzasadnionych sytuacjach kierowanie do innych poradni specjalistycznych lub kwalifikacja i kierowanie chorych do szpitala celem hospitalizacji;

3. LECZENIE SZPITALNE

Chory z ZSC w określonej sytuacji klinicznej może wymagać hospitalizacji, w trakcie której zostanie przeprowadzone kompleksowe postępowanie pozwalające na dalsze leczenie w trybie ambulatoryjnym lub istotna procedura niezbędna dla dalszego leczenia na innym oddziale lub w trybie ambulatoryjnym.

Oddziały, na których może być realizowane leczenie chorych z ZSC:

- **Oddział Angiologii –** zakres leczenia: rewaskularyzacja wewnątrznaczyniowa**,**

- **Oddział Chirurgii Ogólnej –** zakres leczenia: oszczędzające resekcje w obrębie stopy oraz leczenie umiarkowanych i ciężkich infekcji z wykorzystaniem miejscowej terapii podciśnieniowej, w przypadku wyczerpania możliwości dalszego leczenia (możliwości rewaskularyzacyjnych lub możliwości opanowania infekcji) wysoka amputacja (poziom amputacji powinien zostać określony w zależności od stopnia ukrwienia kończyny dolnej)

- **Oddział Chirurgii Naczyniowej –** zakres leczenia: rewaskularyzacja wewnątrznaczyniowa, pomostowanie naczyniowe, oszczędzające resekcje w obrębie stopy oraz leczenie umiarkowanych i ciężkich infekcji z wykorzystaniem miejscowej terapii podciśnieniowej, w przypadku wyczerpania możliwości dalszego leczenia (możliwości rewaskularyzacyjnych lub możliwości opanowania infekcji) wysoka amputacja (poziom amputacji powinien zostać określony w zależności od stopnia ukrwienia kończyny dolnej)

- **Oddział Diabetologii -** zakres leczenia: oszczędzające resekcje w obrębie stopy oraz leczenie umiarkowanych i ciężkich infekcji z wykorzystaniem miejscowej terapii podciśnieniowej, poprawa metabolicznego wyrównania cukrzycy

- **Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu –** zakres leczenia: operacje korekcyjne w zakresie stopy, w tym także operacje u chorych z neuroosteoartropatią Charcota

Leczenie za pomocą osobistych pomp insulinowych (OPI)

Terapia osobistymi pompami insulinowymi powinna być prowadzona przez zespoły terapeutyczne w ośrodkach posiadających doświadczenie i umiejętności w zakresie tego rodzaju leczenia, potwierdzone certyfikatem. Certyfikat taki powinien posiadać każdy lekarz udzielający porady specjalistycznej pacjentowi leczonemu za pomocą osobistej pompy insulinowej..

Integralnym elementem terapii za pomocą osobistej pompy insulinowej jest wstępne oraz ustawiczne szkolenie pacjenta realizowane przez wykwalifikowany personel, którego zasady zostały omówione w Zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Pytanie do przedstawicieli MZw Zespole: Czy nie przepisać tych zasad do projektu rozporządzenia)

Obowiązkowym elementem wyposażenia poradni prowadzącej leczenie przy użyciu OPI muszą być zestawy komputerowe umożliwiające (z zastosowaniem dedykowanych programów) sczytanie i analizę zapisów z pamięci pompy.

Każda wizyta lekarska pacjenta leczonego za pomocą OPI powinna zostać udokumentowana zapisem z pamięci pompy, chyba że w wyjątkowych przypadkach (awaria pompy, komputera itp.) uniemożliwiają to względy techniczne.

Referencyjne ośrodki leczenia za pomocą OPI powinny znajdować się w każdym województwie.

Deklaracja prof. Zozulińskiej: ustalenie i wprowadzenie do projektu rozporządzenia zasad referencyjności

Systemy monitorowania glikemii

Każdy diabetolog powinien mieć wiedzę dotycząca systemów monitorowania glikemii dostępnych na rynku Polskim, ich zalet, ograniczeń, kosztów użytkowania, systemu refundacji.

W każdej poradni diabetologicznej powinny być możliwości techniczne sczytania zapisu pamięci dostępnych w Polsce pomp insulinowych i systemów do monitorowania glikemii.

W przypadku systemów do ciągłego (lub opartego na skanowaniu) monitorowania glikemii obowiązkiem lekarza diabetologa lub pielęgniarki powinno być przeszkolenie pacjenta zarówno co do interpretacji wyników w czasie rzeczywistym jak i retrospektywnej analizy zapisu.

Telemedycyna

W przypadku pacjentów leczonych w oparciu o zaawansowane technologie diabetologiczne (osobiste pompy insulinowe, systemy do ciągłego monitorowania glikemii) szczególnie wskazane wydaje się rozwijanie merytorycznych, prawnych, opartych o właściwe finansowanie możliwości leczenia pacjenta w oparciu o Telemedycynę

Sugestia na spotkaniu 20.04. – uściślić zasady opieki w oparciu o systemy informatyczne

Leczenie ciężarnych z cukrzycą

Ciąża jest szczególnym momentem w życiu każdej kobiety, a kobiety z cukrzycą szczególnie ze względu na duże ryzyko niepowodzeń położniczych i zagrożenia dla matki i życia.

W leczeniu kobiet ciężarnych należy rozróżnić typy schorzeń, jakie występują u chorych:

1. pacjentki z cukrzycą przedciążową:

-typ 1

-typ 2

-cukrzyca typu MODY

-cukrzyce wtórne

2.pacjentki z cukrzycą w ciąży – gdy zaburzenie gospodarki węglowodanowej pojawiają się w I trymestrze ciąży

3. pacjentki z cukrzycą ciążową – gdy zaburzenie gospodarki węglowodanowej pojawia się II połowie ciąży

Terapia pacjentek z cukrzycą przedciażową oraz z cukrzycą pojawiającą się w ciąży

Pacjentki powinny być prowadzone przez specjalistę z zakresu diabetologii w specjalistycznych ośrodkach posiadających doświadczenie i umiejętności w zakresie tego rodzaju leczenia. Ośrodki te powinny prowadzić szeroką edukację w zakresie planowania ciąży oraz postępowania w czasie planowania i w ciąży. Specjalistyczny ośrodek diabetologiczny powinien mieć możliwość współpracy intersycypilinarnej: ze specjalistami ginekologiem-położnikiem, okulistą, neurologiem, kardiologiem. Edukacja diabetologiczna na etapie planowania ciąży – powinna być prowadzona przez wykfalifikowany personel:
-dietetyczkę w zakresie prawidłowego odżywiania,
-pielęgniarkę – cel glikemii i samokontrola,
-diabetologa – cele terapeutyczne, zagrożenia, korzyści, modyfikacje leczenia, ocena powikłań, wdrożenia systemów monitorowania glikemii oraz terapii OPI
-zaplecze szpitalne – możliwość hospitalizacji ciężarnej
W ośrodku powinna być możliwość uzyskania wdrożenia terapii ciągłym podskórnym wlewem insuliny (pompa insulinowa.
.

Obowiązkowym elementem wyposażenia poradni prowadzącej leczenie przy użyciu OPI muszą być zestawy komputerowe umożliwiające (z zastosowaniem dedykowanych programów) sczytanie i analizę zapisów z pamięci pompy.

Każda wizyta lekarska pacjentki ciężarnej powinna obejmować ocenę stanu matki – przyrost masy ciała w ciąży – waga, glikemia - udokumentowana zapisem z pamięci glukometru/pompy/systemu monitorowania glikemii, ciśnienie tętnicze.

Referencyjne specjalistyczne ośrodki diabetologiczne sprawujące opiekę nad kobietą z cukrzycą powinny znajdować się w każdym województwie i zapewniać możliwość odpowiednio częstych wizyt lekarskich i edukacji dla pacjentek. Wizyty lekarskie w czasie planowania ciąży powinny odbywać się co 4-6tyg, natomiast w czasie ciąży co 2-4 tygodnie lub w razie potrzeby częściej.

Terapia pacjentki z cukrzycą ciążową

Cukrzyca ciążową pojawia się większości przypadków w 2-giej połowie ciąży i najczęściej wymaga leczenia dietą. Cukrzyca ciążowa jest rozpoznawana przez lekarza prowadzącego ciążę – ginekologa na podstawie wytycznych ustalonych w Zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Po rozpoznaniu cukrzycy pacjentka musi być skierowana do Poradni Diabetologicznej.
W celu szkolenia dietetycznego dopuszczalne jest korzystanie ze sprawdzonych aplikacji medycznych i stron internetowych. Poradnia diabetologiczna musi zapewnić możliwość szybkiej – co 2-3 tygodnie kontroli ciężarnej. Diabetolog musi mieć wiedzę o wdrożeniu insulinoterapii ciężarnej.
W każdej poradni diabetologicznej powinny być możliwości techniczne sczytania zapisu pamięci glukometrów/systemów monitorowania glikemiii.

Propozycja następującej treści akapitu o ciąży (K. Strojek)

Leczenie ciężarnych z cukrzycą

Ciąża jest szczególnym problemem klinicznym w diabetologii ze względu na ryzyko niepowodzeń ciąży i zagrożenia dla zdrowia matki i dziecka. Prowadzenie ciężarnych z cukrzycą musi podlegać koordynacji działań położnika i specjalisty diabetologa.

W leczeniu kobiet w ciąży wyróżnić należy następujące typy zaburzeń:

1. Cukrzyca przed ciążą
2. Cukrzyca rozwijająca się w ciąży

Personel

- Specjalista w zakresie diabetologii lub lekarz z co najmniej 2-letnim stażem w zakresie diabetologii na oddziale diabetologicznym lub w specjalistycznej poradni diabetologicznej.

- pielęgniarka ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa diabetologicznego lub z ukończonym kursem „Edukator w diabetologii" ub z co najmniej 2-letnim stażem na oddziale diabetologii lub w poradni diabetologicznej

- dietetyk

Wyposażenie

Standardowe wyposażenie specjalistycznej poradni diabetologicznej w tym zestawy do informatycznej obsługi i interpretacji danych z glukometrów, mierników do ciągłego pomiaru glikemii metodą bezpośrednią lub skanowania

Dostęp do konsultacji specjalistycznych w tym położniczych

W każdym województwie powinien znajdować się co najmniej 1 ośrodek diabetologiczny, dostępny 5 dni w tygodniu, zapewniający możliwość wizyt co 2-4 tygodnie

Opieka nad dziećmi chorymi na cukrzycę

Dzieci z cukrzycą w szkole

Transmisja chorych na cukrzycę z opieki pediatrycznej do dorosłych

Do opracowania przez ekspertów pediatrów

Cukrzyca MODY- tekst prof. W. Młynarskiego zobowiązał się przeredagować prof. maciej Małecki