PROGRAM DYSPANSERYJNY 01

Choroby układu mięśniowego, kostnego i tkanki łącznej

> **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

- Przewlekła choroba zwyrodnieniowa stawów, ból krzyża lub szyi oraz przewlekłe zespoły przeciążeniowe.
- Osteoporoza, przebyte złamanie niskoenergetyczne albo zwiększone ryzyko złamania.
- Kruchość, sarkopenia, nawracające upadki lub ograniczenie sprawności związane z narządem ruchu.

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 uraz, podejrzenie złamania, zakażenia, ucisku rdzenia/ogona końskiego lub nowego istotnego niedowładu — najpierw ścieżka pilna.
- Aktywna układowa choroba zapalna wymagająca prowadzenia reumatologicznego — możliwa opieka współdzielona w programie 03.

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: co 3–6 mies.	Ból 0–10, funkcja/chód, objawy alarmowe, cel pacjenta	Wcześniejsza wizyta; rozważyć rehabilitację lub konsultację
Leki	Każda wizyta; po zmianie wg planu/ChPL	Skuteczność, działania niepożądane, eGFR i ryzyko krwawienia/upadku	Zmiana/odstawienie bezpiecznym planem; nie odnawiać bez kontroli
Upadki	1×/rok u ≥65 lat lub wcześniej po upadku	Pytanie o upadki, chód/wstawanie, ortostaza i leki	Ćwiczenia siły/równowagi; usunąć modyfikowalne ryzyko
Ryzyko złamania	1×/rok w osteoporozie/grupie ryzyka	Złamania, wzrost, glikokortykosteroidy, adherencja	FRAX/DXA lub specjalista, gdy wynik zmieni decyzję
DXA	Tylko gdy wskazane; termin wg wyniku i leczenia	Sprawdzić poprzedni wynik; zwykle nie powtarzać rutynowo co rok	Ustalić dalszy termin lub konsultację
Badania krwi	Tylko wg leku lub podejrzenia przyczyny wtórnej	Kreatynina/eGFR, Ca, wit. D i inne tylko ze wskazania	Ocena lekarza przed kontynuacją leczenia
Ruch/rehabilitacja	Omówić na każdej wizycie	Prosty plan ćwiczeń, aktywności i bezpiecznego obciążania	Uprościć plan; fizjoterapia przy braku postępu

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

- Pierwszym leczeniem jest ruch/ćwiczenia dobrane do funkcji; w chorobie zwyrodnieniowej uwzględnić redukcję masy ciała, jeśli zasadna.
- Nie zlecać rutynowo obrazowania w typowym bólu krzyża ani typowej chorobie zwyrodnieniowej, jeśli wynik nie zmieni postępowania.
- Leki przeciwbólowe stosować w najmniejszej skutecznej dawce i przez możliwie krótki czas; przy NLPZ ocenić przewód pokarmowy, nerki i serce.
- Po złamaniu niskoenergetycznym nie odkładać oceny ryzyka upadku i kolejnego złamania do czasu wykonania DXA.
- Nie przerywać denosumabu ani glikokortykosteroidu bez planu lekarza.

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.

- Nowy niedowład, zaburzenia zwieraczy, drętwienie okolicy siodłowej lub objawy ucisku rdzenia.
- Gorący, czerwony, silnie bolesny staw z gorączką albo podejrzenie zakażenia.
- Podejrzenie złamania, nagły silny ból po małym urazie lub utrata możliwości obciążania kończyny.
- Niewyjaśniona utrata masy, ból nocny z objawami ogólnymi albo podejrzenie choroby nowotworowej.

Planowa konsultacja

- Ortopedia/reumatologia: utrzymujące się ograniczenie funkcji mimo prawidłowego leczenia lub niejasne rozpoznanie.
- Poradnia osteoporozy: złamania mimo leczenia, bardzo wysokie ryzyko albo trudność w doborze terapii.
- Fizjoterapia: brak poprawy funkcji po prostym planie ćwiczeń lub znaczne ryzyko upadku.

6. Edukacja pacjenta

- Codzienny bezpieczny ruch i stopniowe zwiększanie aktywności; unikanie długiego leżenia.
- Zasady bezpiecznego przyjmowania leków przeciwbólowych i zakaz samodzielnego łączenia NLPZ.
- Zapobieganie upadkom oraz objawy wymagające pilnej pomocy.

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 — Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management (NG226) (2022, bieżąca strona). Źródło

NICE — Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59) (2016, aktualizacja 2020). Źródło

National Osteoporosis Guideline Group — Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis (2024). Źródło