PROGRAM DYSPANSERYJNY 02

Choroby obwodowego układu nerwowego

> **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 polineuropatia obwodowa (np. cukrzycowa, alkoholowa, niedoborowa, polekowa) i ból neuropatyczny.
- Stabilne mononeuropatie/zespoły uciskowe, neuralgia popółpaścowa i radikulopatia po wykluczeniu stanu pilnego.
- Ryzyko utraty czucia ochronnego stóp, upadku lub pogorszenia funkcji wynikające z neuropatii.

Włączenie

- Osoba dorosła z udokumentowanym rozpoznaniem lub stabilnym problemem, deklaracja do lekarza POZ
- Ustalony lekarz prowadzący, poziom ryzyka, następny termin i kanał przypomnień.

Czasowe wyłączenie z trybu planowego

- Nagły/szybko narastający niedowład, zaburzenia oddychania, połykania lub zwieraczy — natychmiastowa ścieżka pilna.
- Wyraźnie asymetryczna, dominująco ruchowa lub szybko postępująca neuropatia bez rozpoznania — do oceny neurologicznej.

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.	Objawy, ból 0–10, sen, funkcja, chód i upadki	Wcześniejsza kontrola lub neurolog
Badanie neurologiczne	Każda wizyta	Porównywalny zapis siły, odruchów, czucia i chodu	Nowy deficyt → pilna ocena
Stopy	1×/rok; utrata czucia/owrzodzenie w wywiadzie: każda wizyta	Skóra, deformacje, tętna, monofilament + drugi test	Rana/zakażenie/niedokrwienie → pilna ścieżka
Przyczyny odwracalne	Przy rozpoznaniu; potem tylko wg wskazań	Morfologia, glukoza/HbA1c, B12, TSH, eGFR i inne wg obrazu	Leczyć przyczynę lub kierować
Leki na ból	Po włączeniu/zmianie: 2–8 tyg.; potem każda wizyta	Korzyść dla bólu i funkcji, senność, upadki, eGFR	Brak istotnej korzyści → zmiana/odstawienie planem
EMG/ENG	Nie rutynowo	Tylko przy niejasnym, asymetrycznym lub postępującym obrazie	Skierowanie z konkretnym pytaniem
Funkcja/upadki	1×/rok lub po upadku	Chód/wstawanie, ortostaza, wzrok i leki	Ćwiczenia równowagi; rehabilitacja

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

- Potwierdzić wzorzec objawów i szukać przyczyn modyfikowalnych; nie przypisywać każdej neuropatii cukrzycy.
- Celem leczenia bólu jest także poprawa snu i funkcji; po próbie leku zapisać wynik i decyzję.
- Nie łączyć bez kontroli wielu leków sedujących; dawkę dostosować do funkcji nerek i ryzyka upadku.
- Codzienna kontrola stóp jest najważniejsza przy utracie czucia ochronnego.
- EMG/ENG wykonuje się wtedy, gdy rozstrzyga rozpoznanie lub zmienia leczenie.

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.

- Nagły lub szybko postępujący niedowład, opadanie stopy z progresją albo utrata chodu.
- Duszność, osłabienie mięśni oddechowych, zaburzenia połykania lub szybko wstępujące objawy.
- Zaburzenia zwieraczy lub znieczulenie okolicy siodłowej.
- Owrzodzenie, martwica, zakażenie, niedokrwienie lub ciepła obrzęknięta stopa.

Planowa konsultacja

- Neurolog: atypowy rozkład, progresja, przewaga deficytu ruchowego lub niejasna przyczyna.
- Zespół stopy/chirurg naczyniowy: rana, znaczna deformacja, niedokrwienie lub utrata czucia wysokiego ryzyka.
- Rehabilitacja: zaburzenia chodu, osłabienie, przykurcz lub nawracające upadki.

6. Edukacja pacjenta

- Pielęgnacja i codzienne oglądanie stóp; właściwe obuwie i szybkie zgłaszanie rany.
- Bezpieczne wstawanie, zapobieganie upadkom oraz ostrożność w prowadzeniu pojazdów po lekach sedujących.
- Realny cel leczenia bólu oraz zasada niesamodzielnego zwiększania dawek.

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 — Suspected neurological conditions: recognition and referral (NG127) (2019, aktualizacja 2023). Źródło

NICE — Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings (CG173) (bieżąca wersja). Źródło

American Academy of Neurology — Oral and Topical Treatment of Painful Diabetic Polyneuropathy: Practice Guideline Update Summary (2022). Źródło

International Working Group on the Diabetic Foot — IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (2023). Źródło