



SYTUACJA PACJENTA Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM W POLSCE. KLUCZOWE ASPEKTY I REKOMENDACJE ZMIAN.



Raport opracowany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Fundację Ekspertów dla Zdrowia w ramach kampanii NIE MUSI BOLEĆ !

Warszawa, 22 listopada 2022 rok

INAUGURACJA KAMPANII EDUKACYJNEJ



KONFERENCJA PRASOWA PT.: SYTUACJA PACJENTA Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM W POLSCE. KLUCZOWE ASPEKTY I REKOMENDACJE ZMIAN , SIEDZIBA RZECZNIKA PRAW PACJENTA, 22 LISTOPADA 2022 ROKU.

BARTŁOMIEJ CHMIELOWIEC

Rzecznik Praw Pacjenta, Patron Honorowy kampanii NIE MUSI BOLEĆ !



PRAWO DO ULGI W BÓLU JEST ZALICZANE DO PODSTAWOWYCH PRAW CZŁOWIEKA

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Artykułem 20a ustęp 1 i 2, pacjent ma prawo do leczenia bólu a podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

MARZENA ROGALSKA

Dziennikarka. Ambasadorka kampanii edukacyjnej NIE MUSI BOLEĆ !



ZOSTAŁAM AMBASADORKĄ KAMPANII EDUKACYJNEJ NIE MUSI BOLEĆ !, ABY WESPRZEĆ OSOBY CIERPIĄCE BÓL PRZEWLEKŁY I UCZYNIĆ ICH ŻYCIE CHOCIAŻ TROCHĘ PRZYJEMNIEJSZYM I LEPSZYM.

Dzięki tej kampanii, pacjenci z bólem przewlekłym otrzymają kompendium wiedzy na temat bólu przewlekłego podanej w przystępny sposób. Uświadomimy pacjentom, że mają możliwość stosowania różnych strategii radzenia sobie z bólem i tym samym i mogą kontrolować swój ból. Ufam, że dostarczona wiedza sprawi, że nigdy nie poddadzą się chorobie.

DR N.MED. MAGDALENA KOCOT- KĘPSKA, EDPM

Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Organizator Kampanii NIE MUSI BOLEĆ !



NIE DA SIĘ WYELIMINOWAĆ BÓLU PRZEWLEKŁEGO Z ŻYCIA CZŁOWIEKA, JEDNAK PODSTAWOWYM ZADANIEM MEDYCYNY JEST TAKIE POSTĘPOWANIE, ABY ODCZUWANIE BÓLU PRZEWLEKŁEGO NIE POWODOWAŁO NIEPOTRZEBNEGO CIERPIENIA.

Kompleksową, pełną ścieżkę postępowania z pacjentem z bólem przewlekłym oraz obowiązek postępowania według zasad właściwego leczenia bólu przewlekłego, nałoży na lekarzy wyłącznie wprowadzenie w system opieki zdrowotnej, standardu organizacyjnego leczenia bólu przewlekłego i bólu stanowiącego istotny problem kliniczny w warunkach ambulatoryjnych.

PROF. DR HAB. N. MED. JAN DOBROGOWSKI, EDPM

Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Kierownik Zakładu Badania i Leczenia Bólu Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie



BÓL PRZEWLEKŁY JEST CENTRALNYM ELEMENTEM DOŚWIADCZENIA PACJENTA W WIELU SCHORZENIACH, A JAKOŚĆ ŚWIADCZONYCH W TYM PRZYPADKU USŁUG ZDROWOTNYCH, POWINNA BYĆ UZNAWANA ZA WSKAŹNIK JAKOŚCI CAŁEGO SYTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ.

Pacjent powinien mobilizować swoje siły vitalne do zmagania się z przeciwnościami losu takimi jak ból przewlekły, dlatego chcemy dostarczyć pacjentom w kampanii NIE MUSI BOLEĆ ! praktyczną wiedzę, jak radzić sobie z bólem przewlekłym.

DR. HAB. N. MED. I N. O. ZDR. JAROSŁAW WOROŃ

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Kierownik Zakładu Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii CM UJ, Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii nr 1 Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.



W CELU DOBORU NAJBARDZIEJ SKUTECZNEGO LECZENIA I UNIKNIĘCIA WZROSTU RYZYKA WYSTĄPIENIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH BEZWZGLĘDNIE WSKAZANA JEST INDYWIDUALIZACJA WYBORU LEKU PRZEZ LEKARZA.

Indywidualizacja leczenia bólu powinna uwzględniać zarówno nasilenie i charakter bólu oraz choroby współistniejące i inne w związku z nimi stosowane leki. Właściwe monitorowanie skuteczności leczenia powinno obejmować ocenę wielu elementów: natężenia bólu, osiągnięcia ulgi w bólu w wyniku zastosowanego leczenia, stopnia stosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych, wystąpienia działań niepożądanych po zastosowaniu wdrożonego leczenia, skuteczności leczenia działań niepożądanych, a także rozważenie przez lekarza modyfikacji leczenia w odpowiedzi na wystąpienie działań niepożądanych oraz ocenę stopnia satysfakcji pacjenta z leczenia przeciwbólowego.

PROF. DR HAB. N. MED. ANDRZEJ KÜBLER

Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Koordynator Centrum Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu



W WIELU BADANIACH WYKAZANO, ŻE STOSOWANIE JEDNOCZEŚNIE WIĘCEJ NIŻ JEDNEJ METODY LECZENIA BÓLU DAJE ZNACZNIE LEPSZE EFEKTY NIŻ TE SAME METODY STOSOWANE ODDZIELNIE W RÓŻNYM CZASIE.

Ból przewlekły wymaga wielokierunkowego postępowania, obejmującego farmakoterapię, blokady terapeutyczne, zabiegi neurodestrukcyjne, neuromodulację, rehabilitację i psychoterapię. Tak złożoną opiekę zapewniają specjalistyczne poradnie leczenia bólu, gdzie pacjenci korzystają z programu, którego efektem jest nie tylko zmniejszenie bólu, ale także powrót do aktywności rodzinnej i społecznej.

DR N. MED. MAREK TOMBARKIEWICZ, MBA

Członek Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie, Partner kampanii NIE MUSI BOLEĆ!



TWORZĄC NOWE REGULACJE NALEŻY ZABEZPIECZYĆ FAKTYCZNĄ
MOŻLIWOŚĆ ICH PRZESTRZEGANIA.

Oznacza to, że jeżeli ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nałożyła na podmioty udzielające świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej obowiązek podejmowania działania polegającego na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia, to jednocześnie konieczne jest wskazanie tym podmiotom, właściwego sposobu postępowania z pacjentem z bólem w postaci określenia standardu organizacyjnego leczenia bólu.

PROF. DR HAB.N.MED. ANDRZEJ BASIŃSKI

Członek Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Kierownik Zakładu Ratownictwa Medycznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.



BÓL JEST JEDNYM Z NAJCZĘSTSZYCH PRZYCZYN WYJAZDÓW ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO DO PACJENTÓW.

Wykonywanie procedur u pacjentów w opiece przedszpitalnej wymaga standaryzacji postępowania. Z tego względu poprawa uśmierzania zaostrzeń bólu przewlekłego w Zespołach Ratownictwa Medycznego typu „P” i „S” wymaga opracowania zaleceń dotyczących sposobów uśmierzania zaostrzonego bólu przewlekłego.

MARZENA DOMAŃSKA-SADYNICA, MBA

Prezes Fundacji Eksperci dla Zdrowia. Ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia.



SKALA PROBLEMU ZWIĄZANA Z NIEWŁAŚCIWYM LECZENIEM BÓLU PRZEWLEKŁEGO W POLSCE ZAINICJOWAŁA KAMPANIĘ EDUKACYJNĄ NIE MUSI BOLEĆ !

W ramach kampanii zostanie przedstawiona Ścieżka Pacjenta z Bólem Przewlekłym oraz projekt Kompleksowej Opieki nad Pacjentem z Bólem Przewlekłym.

AUTORZY RAPORTU

dr n.med. Magdalena Kocot- Kępska, EDPM, Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski, EDPM, Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Kierownik Zakładu Badania i Leczenia Bólu Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

prof. dr n. med. Andrzej Kübler, Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Koordynator Centrum Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

dr hab. n. med. i n. o. zdr. Jarosław Woron, Sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Kierownik Zakładu Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii nr 1 Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

prof. dr hab.n.med. Andrzej Basiński, Członek Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Kierownik Zakładu Ratownictwa Medycznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

dr n. med. Marek Tombarkiewicz, MBA, Członek Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie

Marzena Domańska - Sadyńska, MBA, Członek Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Prezes Fundacji Eksperti dla Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

SPIS TREŚCI

WSTĘP/14

I. PACJENT Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM/20

- 1.1. Wybrane aspekty epidemiologii bólu przewlekłego/20
- 1.2. Jak powstaje ból przewlekły/24
- 1.3. Pacjent z bólem przewlekłym w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)/29
- 1.4. Pacjent z bólem przewlekłym w specjalistycznej Poradni Leczenia Bólu/35
- 1.5. Pacjent z bólem przewlekłym w Poradni Medycyny Paliatywnej/34
- 1.6. Rekomendacje ekspertów dotyczące leczenia pacjentów z bólem przewlekłym/40

II. PRAKTYKI MIĘDZYNARODOWE W ZAKRESIE LECZENIA BÓLU/42

- 2.1. Kluczowe międzynarodowe dokumenty strategiczne w obszarze leczenia bólu/42
- 2.2. Ocena wpływu przewlekłego bólu na jakość życia, wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej, status społeczny i społeczeństwo jako całość, w Europie/46
- 2.3. Ocena kosztów niekontrolowanego bólu przewlekłego w Europie/49
- 2.4. Przykłady dobrych praktyk w zakresie programów wyspecjalizowanej opieki przeciwbólowej /51

III. ANALIZA KLUCZOWYCH ASPEKTÓW LECZENIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO W POLSCE/53

- 3.1. Ból przewlekły jako problem zdrowotny. Dane na podstawie Głównego Urzędu Statystycznego oraz map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia/53
- 3.2. Zmiany stanu prawnego w zakresie leczenia bólu/59
- 3.3. Ocena leczenia bólu na podstawie Raportu Najwyższej Izby Kontroli/61

IV. REKOMENDACJE W ZAKRESIE SKUTECZNYCH STRATEGII ZARZĄDZANIA LECZENIEM BÓLU PRZEWLEKŁEGO W POLSCE/ 66

Bibliografia/69

Spis Tabel i rycin/70

WSTĘP

Zgodnie z badaniami epidemiologicznymi w Polsce na ból przewlekły cierpi 27 procent dorosłych osób, co według danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2021 roku obejmuje populację w liczbie 8,5 mln. osób, które funkcjonują na co dzień z bólem przewlekłym, o różnym nasileniu i etiologii, a 20% z tych osób deklaruje, że nie byłoby w stanie tolerować silniejszego bólu.

Raport pt.: *„Sytuacja pacjenta z bólem przewlekłym w Polsce. Kluczowe aspekty i rekomendacje zmian”* prezentuje szereg zagadnień związanych z właściwym leczeniem bólu przewlekłego oraz przedkłada propozycję rozwiązań mających na celu poprawę jakości opieki nad pacjentem z bólem przewlekłym. W celu umożliwienia lekarzom ustalenia właściwej ścieżki postępowania dla pacjenta z bólem przewlekłym, w opracowaniu przedstawiono szereg argumentów przemawiających za koniecznością wprowadzenia standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej z zakresu rozpoznawania, leczenia, monitorowania bólu przewlekłego, niezależnie od jego przyczyny, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych. Należy podkreślić, że standard określa przede wszystkim metody oceny bólu przewlekłego, monitorowanie skuteczności leczenia bólu przewlekłego oraz obowiązek prowadzenia postępowania terapeutycznego mający na celu łagodzenie i leczenie bólu.

Raport wskazuje, że zasady właściwego leczenia bólu przewlekłego nie są w Polsce stosowane, a pacjenci cierpiący ból przewlekły nadal pozbawieni są gwarancji prawa do leczenia bólu, odpowiedniego do stopnia jego natężenia. Nałożony w 2017 roku na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, obowiązek oceny, leczenia i monitorowania bólu (zapis w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) pozostaje jedynie klauzulą o charakterze generalnym, nie zapewniając pacjentom właściwej opieki przeciwbólowej.

Do roku 2017 funkcjonował zapis w *ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, który gwarantował prawo łagodzenia bólu jedynie pacjentom w stanie terminalnym. Konsekwencją tej ustawy były nagminne zaniedbania w obszarze leczenia bólu na każdym etapie choroby pacjenta. Przełomowa zmiana w ustawodawstwie dotyczącym leczenia bólu, nastąpiła dopiero 23 marca 2017 roku, dzięki nowelizacji w *ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, wskazując wymiar obowiązującej praktyki w zakresie leczenia bólu: „Art. 20a. 1. Pacjent ma prawo do leczenia bólu. 2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Niemniej jednak, aktem wykonawczym dającym dopiero gwarancję realizacji uprawnień pacjenta związanych z leczeniem bólu na każdym etapie choroby, stanie się dopiero rozporządzenie Ministra Zdrowia określające standard organizacyjny leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych (projektu z dnia 16 stycznia 2020 roku).

Standard wskaże kompleksową, pełną ścieżkę postępowania dla pacjenta z dolegliwościami bólowymi i nałoży obowiązek na lekarzy postępowanie według zasad właściwego leczenia bólu przewlekłego. Elementem standardu jest obowiązkowe wprowadzenie dołączenia do historii choroby pacjenta karty oceny natężenia bólu, która stanie się obligatoryjnym elementem dokumentacji medycznej i umożliwi pełne monitorowanie dolegliwości bólowych.

Na brak istnienia systemowych standardów postępowania medycznego względem pacjenta cierpiącego z powodu bólu w Polsce, zwróciła uwagę Najwyższa Izba Kontroli (NIK). W raporcie pokontrolnym pt.: Dostępność terapii przeciwbólowej z 11 kwietnia 2017 roku, NIK skierował do Ministra Zdrowia rekomendację dotyczącą wprowadzenia obowiązku dokumentowania pomiarów natężenia bólu we wszystkich podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych, gdyż

dokumentowanie pomiarów natężenia bólu jest niezbędne dla prawidłowego monitorowania procesu leczenia i skuteczności leczenia bólu.

Skala problemu związana z niewłaściwym leczeniem bólu przewlekłego w Polsce zainicjowała kampanię edukacyjną pt.: NIE MUSI BOLEĆ! Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Fundacji Eksperci dla Zdrowia i Fundacji Medycyny Bólu. Kampania ta, ma na celu podniesienie jakości opieki nad pacjentem z bólem przewlekłym. Idea kampanii została odzwierciedlona w projekcie z wizerunkiem ambasadorki, Marzeny Rogalskiej z hasłem NIE MUSI BOLEĆ! Planowane działania w ogólnopolskiej kampanii edukacyjnej potrwać do listopada 2023 roku.

Kluczowym przesłaniem w kampanii edukacyjnej jest uświadomienie pacjentom, że właściwe leczenie bólu przewlekłego jest działaniem wielokierunkowym i wymaga ścisłej współpracy na linii pacjent i jego opiekunowie/bliscy, lekarz, fizjoterapeuta i psycholog. W ramach projektu powstał portal niemusibolec.eu, stanowiący dla pacjenta kompendium wiedzy na temat bólu przewlekłego, jego oceny i leczenia, a także praktycznych porad. Ważnym kierunkiem w komunikacji z pacjentem jest uświadamianie pacjentom z bólem przewlekłym, że mają możliwość stosowania różnych strategii radzenia sobie z bólem przewlekłym i mogą kontrolować swój ból. Jest to istotne, gdyż na co dzień pozostają z bólem sami, a znając różne techniki mogą sobie pomóc. Pod hasłem „Przejmij kontrolę nad bólem” będą przekazywane praktyczne porady, dotyczące metod samoleczenia i metod stosowanych w ramach systemu opieki zdrowotnej. Kampania edukacyjna NIE MUSI BOLEĆ! będzie kontynuowana także w działaniach w mediach społecznościowych, w formie różnych aktywności.

W ramach kampanii NIE MUSI BOLEĆ! w roku 2023 odbędzie się cykl merytorycznych debat/konferencji prasowych, na których zostanie przedstawiona Ścieżka Pacjenta z Bólem Przewlekłym, a ostatecznie w jesieni

2023 roku zostanie zaprezentowany projekt Kompleksowej Opieki nad Pacjentem z Bólem Przewlekłym.

Jednak zanim eksperci w dziedzinie medycyny bólu i ochrony zdrowia przedstawia projekt Kompleksowej Opieki nad Pacjentem z Bólem Przewlekłym, w pierwszym etapie projektu skupią się na edukacji w zakresie zasad właściwego leczenia bólu przewlekłego, i zarazem konieczności wdrożenia standardu organizacyjnego oceny, leczenia i monitorowania bólu przewlekłego w opiece ambulatoryjnej, dalej, wsparciu edukacyjnym pacjentów z bólem przewlekłym oraz edukacji w zakresie najczęściej popełnianych błędów (nieodpowiednie leczenie bólu w stosunku do nasilenia bólu, czy stosowanie leków nasennych zamiast prawidłowego leczenia bólu przewlekłego).

Należy podkreślić, że leczenie pacjenta z bólem przewlekłym opiera się na właściwym postępowaniu, które obejmuje w pierwszym kroku przeprowadzenie przez lekarza wywiadu i badania podmiotowego w celu określenia przyczyny i rodzaju bólu, w drugim kroku, oceny nasilenia bólu, w trzecim kroku, doborze terapii multimodalnej zgodnej z nasileniem bólu, w czwartym kroku, w monitorowaniu skuteczności tego leczenia i ewentualnych działań niepożądanych stosowanego leczenia, w tym farmakoterapii.

Zasadą leczenia bólu przewlekłego jest terapia wielokierunkowa, czyli stosowanie farmakoterapii (analgetyków nieopiodowych, opiodów, koanalgetyków) oraz metod nefarmakologicznych (fizjoterapii i metod interwencyjnych, psychologicznych, alternatywnych i komplementarnych) dobranych indywidualnie dla danego pacjenta. Wybór metody leczenia bólu przewlekłego zależy od diagnostyki różnicowej zespołu bólowego, oceny stopnia nasilenia bólu i zaawansowania choroby (np. choroba nowotworowa, osteoartroza), oraz oceny korzyści i ryzyka proponowanej metody terapeutycznej (np. metody interwencyjne, silne analgetyki opiodowe).

Farmakoterapia jest jedną z najbardziej dostępnych metod w leczeniu bólu. Stosowane są leki o różnych mechanizmach działania i miejscach działania w układzie powstawania bólu. Po to, aby leczenie bólu było jak najbardziej skuteczne i nie wiązało się z nadmiernym wzrostem ryzyka działań niepożądanych, bezwzględnie wskazana jest indywidualizacja wyboru analgetyku i koanalgetyku przez lekarza, która powinna uwzględniać zarówno cechy bólu oraz choroby współistniejące i inne w związku z nimi stosowane leki. Przy doborze indywidualnej farmakoterapii w bólu zawsze powinien być rozpatrywany przez lekarza, taki wybór, w którym przeważa skuteczność leczenia nad działaniami niepożądanymi. Ważnym elementem postępowania jest farmakoterapia multimodalna, która polega na stosowaniu leków o różnych mechanizmach działania, a odpowiednie połączenie leków pozwala na poprawę jakości analgezji przy jednoczesnym zmniejszeniu ryzyka ich działań niepożądanych.

Koniecznym elementem właściwego leczenia jest monitorowanie skuteczności leczenia. Odbywa się to między innymi na podstawie ocen natężenia bólu, ulgi w wyniku zastosowanej terapii, stopnia stosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych, wystąpienia działań niepożądanych po zastosowaniu wdrożonego leczenia, skuteczności leczenia działań niepożądanych oraz rozważenie modyfikacji leczenia w odpowiedzi na wystąpienie działań niepożądanych oraz ocenę stopnia satysfakcji pacjenta z leczenia przeciwbólowego.

W przypadku bólu przewlekłego lekarzem pierwszego wyboru jest lekarz rodzinny w placówce podstawowej opieki zdrowotnej, który powinien właściwie ocenić, leczyć i monitorować ból. Leczenie bólu powinno być wielokierunkowe i koncentrować się na podejściu biopsychospołecznym. Obejmuje to edukację pacjenta, metody farmakologiczne (np. leki), metody nefarmakologiczne (np. rehabilitacja, wsparcie psychologiczne), a w razie potrzeby metody inwazyjne oraz programy leczenia bólu dla osób z uporczywym/przewlekłym bólem.

Leczenie farmakologiczne bólu przewlekłego opiera się na kilku zasadach. Leki przeciwbólowe i koanalgetyki powinny być stosowane, jeśli to tylko możliwe, drogą nieinwazyjną. Analgetyki i koanalgetyki należy stosować zgodnie z ich farmakokinetyką, co odnosi się głównie do początku i czasu działania leku. Lek przeciwbólowy i koanalgetyk powinny być dobrane także do mechanizmu powstania bólu (receptorowy, neuropatyczny, zapalny, nocyplastyczny). Siła działania leku powinna być dobrana do stopnia nasilenia bólu zgodnie z drabiną analgetyczną WHO. Wskazana jest także indywidualizacja leczenia, która powinna uwzględniać charakter bólu oraz choroby współistniejące i jednocześnie stosowane leki. Przy doborze indywidualnej farmakoterapii należy brać pod uwagę bilans korzyści i ryzyka danej metody.

Odczuwanie bólu ma charakter bardzo indywidualny dla każdego człowieka, a wpływ na to mają zarówno wcześniejsze doświadczenia związane z doznaniem bólowymi, jak i indywidualne zależności między psychiką a ciałem. Istotny jest jednak fakt, że każdy nieprawidłowo leczony ból niekorzystnie wpływa nie tylko na psychikę pacjenta, pogarszając pamięć, nastrój i sen, ale i na ciało, pogarszając funkcjonowanie fizyczne pacjenta. Ból stanowi znaczne obciążenie chorobowe w Polsce, a nieprawidłowo kontrolowany ból generuje ogromne koszty w Polsce i na całym świecie. Dlatego właściwe leczenie bólu jest konieczne nie tylko z perspektywy Pacjenta i jego rodziny/bliskich, ale i budżetu Państwa.

I. PACJENT Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM

1.1. WYBRANE ASPEKTY EPIDEMIOLOGII BÓLU PRZEWLEKŁEGO

Na wstępie należy podkreślić, że ból według nowej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób Zdrowotnych ICD - 11 stanowi odrębną jednostką chorobową. Wdrożenie klasyfikacji ICD-11 nastąpiło po kilku latach konsultacji i zatwierdzaniu przez państwa członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w dniu 11 lutego 2022 roku. Oznacza to, że klasyfikacja ICD-11 jest już teraz oficjalnie stosowaną klasyfikacją do krajowego i międzynarodowego rejestrowania i raportowania m.in. bólu. W Polsce klasyfikacja ICD-11 powinna zostać wdrożona w ciągu najbliższych lat.

Ból, niezależnie od przyczyny, jest doświadczeniem zawsze subiektywnym, wielowymiarowym, co odzwierciedla aktualna definicja Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (ang. International Association for the Study of Pain - IASP), zgodnie z którą ból to przykre doznanie czuciowe i emocjonalne, związane, lub przypominające doznanie związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek:

- Ból jest zawsze osobistym doświadczeniem, na które w różnym stopniu wpływają czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne.
- Ból i nocycepcja to różne zjawiska. Odczuwania bólu nie można wywnioskować wyłącznie z aktywności neuronów czuciowych.
- Ludzie poznają pojęcie bólu poprzez swoje życiowe doświadczenia.
- Należy uszanować zgłaszane przez osobę doznanie jako ból.
- Chociaż ból zwykle pełni rolę adaptacyjną, może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie oraz samopoczucie społeczne i psychologiczne.
- Opis słowny jest tylko jednym z kilku zachowań wyrażających ból; niezdolność do komunikowania się nie neguje możliwości odczuwania bólu przez człowieka lub zwierzę.

Ból możemy klasyfikować ze względu na kryterium czasu jego trwania oraz na patomechanizm jego powstania.

Klasyfikacja bólu według czasu trwania:

Ból ostry - normalna, przewidywalna reakcja fizjologiczna na szkodliwy bodziec chemiczny, termiczny lub mechaniczny związany z zabiegiem operacyjnym, urazem lub ostrym schorzeniem. Powstaje w wyniku podrażnienia receptorów obwodowych przez bodźce nocyceptywne. Ma jasno określoną przyczynę i oczywistą funkcję ostrzegawczo-obronną. Uczy unikania sytuacji, które mogą skutkować uszkodzeniem tkanek i zagrażających życiu, informuje o rozpoczynającej się chorobie, sygnalizuje potrzebę poszukiwania pomocy medycznej i podjęcia leczenia, unieruchamia uszkodzone lub chore miejsce ciała, stwarzając warunki do naturalnego gojenia tkanek. Towarzyszy mu pobudzenie układu autonomicznego - reakcja walki lub ucieczki, przyspieszenie tętna i oddechu, wzrost ciśnienia tętniczego.

Ból przewlekły - ból bez oczywistej biologicznej wartości, który trwa dłużej niż normalny czas gojenia tkanek (zwykle 3 miesiące). Jest wynikiem procesów neuroplastyczności czynnościowej i strukturalnej. W przeciwieństwie do bólu ostrego, ból przewlekły nie ma funkcji ostrzegawczo-obronnej. Może towarzyszyć chorobie przewlekłej (np. polineuropatia w cukrzycy, nowotwór) lub może wynikać jedynie ze zmian strukturalnych neuroplastycznych (np. ból po amputacji, przetrwały ból pooperacyjny) jako niezależne schorzenie. Ból przewlekły może się rozwinąć po epizodzie bólu ostrego i trwać pomimo wygojenia tkanek. Nie towarzyszy mu pobudzenie układu współczulnego.

Klasyfikacja bólu ze względu na mechanizm powstawania:

Ból receptorowy (nocyceptywny) - powstaje w wyniku podrażnienia nocyceptorów w obwodowych zakończeniach nerwowych włókien A delta i C. Czynniki

drażniącymi są czynniki mechaniczne (np. ucisk), czynniki chemiczne (np. kwasy) oraz termiczne (ciepło, zimno).

Ból zapalny - powstaje w wyniku działania czynnika uszkodzającego, pochodzącego z reakcji immunologicznej lub stanu zapalnego, i następnych procesów sensytyzacji obwodowych zakończeń nerwowych.

Ból neuropatyczny - powstaje w wyniku bezpośredniego uszkodzenia lub choroby dotyczącej somatosensorycznej części układu nerwowego obwodowego lub ośrodkowego.

Ból nocyplastyczny (funkcjonalny, dysfunkcyjny) - powstaje mimo braku wyraźnych dowodów na rzeczywiste lub zagrażające uszkodzenie tkanek lub dowodów na chorobę lub uszkodzenie somatosensorycznego układu nerwowego, które mogłyby powodować ból (np. fibromialgia, zespół jelita drażliwego, atypowy ból twarzy).

Ból receptorowy uważany jest za rodzaj bólu fizjologicznego, natomiast ból zapalny, neuropatyczny czy nocyplastyczny uważany jest za ból patologiczny, zwykle o charakterze przewlekłym. Wiadomo obecnie, iż u jednego pacjenta mogą współistnieć różne patomechanizmy bólu.

Tabela 1. Najczęstsze zespoły przewlekłego bólu nienowotworowego i odsetek pacjentów z bólem nienowotworowym

NAJCZĘSTSZE ZESPOŁY PRZEWLEKŁEGO BÓLU NIENOWOTWOROWEGO	PROCENT PACJENTÓW
choroba zwyrodnieniowa stawów	34%
bóle krzyża	18%,
bóle głowy	15%
urazy	12%
ból neuropatyczny	5-18%

Dużym problemem jest ból, który towarzyszy chorobie nowotworowej. Częstość występowania bólu u chorych na nowotwory nie zmieniła się na przestrzeni ostatnich 40 lat i przyjmuje się, że około 50% chorych na nowotwory odczuwa ból o różnym nasileniu.



W Polsce na nowotwór choruje około 1,5% populacji, co znaczy, że leczenia bólu nowotworowego wymaga rocznie ponad 300 tysięcy osób. Ból u chorego na nowotwór ma złożoną etiologię - może wynikać z obecności samego guza lub przerzutu, z wyniszczenia nowotworowego, leczenia przeciwnowotworowego oraz chorób współistniejących. Ból u chorego na nowotwór ma także złożony patomechanizm powstawania - u 60% chorych ma zarówno komponent receptorowy jak i neuropatyczny, co należy uwzględnić w procesie leczenia bólu.

1.2. JAK POWSTAJE BÓL PRZEWLEKŁY

Zrozumienie neurobiologii bólu to nadal duże wyzwanie dla badaczy i klinicystów ze względu na ogromne obciążenie bólem pacjentów i społeczeństwa. Ryzyko powstania bólu przewlekłego zależy od neuroplastyczności układu nerwowego i jest uwarunkowana genetycznie, zależy także od wieku, płci, rodzaju i miejsca uszkodzenia, nasilenia i czasu trwania bólu ostrego, od czynników socjalnych, kulturowych, poziomu stresu, rozwoju układu nerwowego. Patogeneza bólu przewlekłego jest złożona i ból taki ma charakter mieszany.



Ból jest wynikiem fizjologicznych procesów nocyciepcji tj. procesu składającego się z odbioru bodźca bólowego, jego przewodzenia w postaci impulsu, następnie modulacji oraz reakcji na ten bodziec oraz indywidualnej percepcji bólu przez pacjenta, zależnej od podłoża genetycznego i psychosocjalnego.

W proces powstawania, przewodzenia, kontroli i percepcji bólu zaangażowane są różnorodne struktury neuronalne obwodowe, rdzeniowe i ponadrdzeniowe.

Prawidłowe funkcjonowanie i struktura tych elementów są uwarunkowane genetycznie, z czego wynika obserwowana u ludzi osobniczo zmienna wrażliwość i wytrzymałość na ból, skłonność do rozwoju bólu neuropatycznego i bólu przewlekłego.

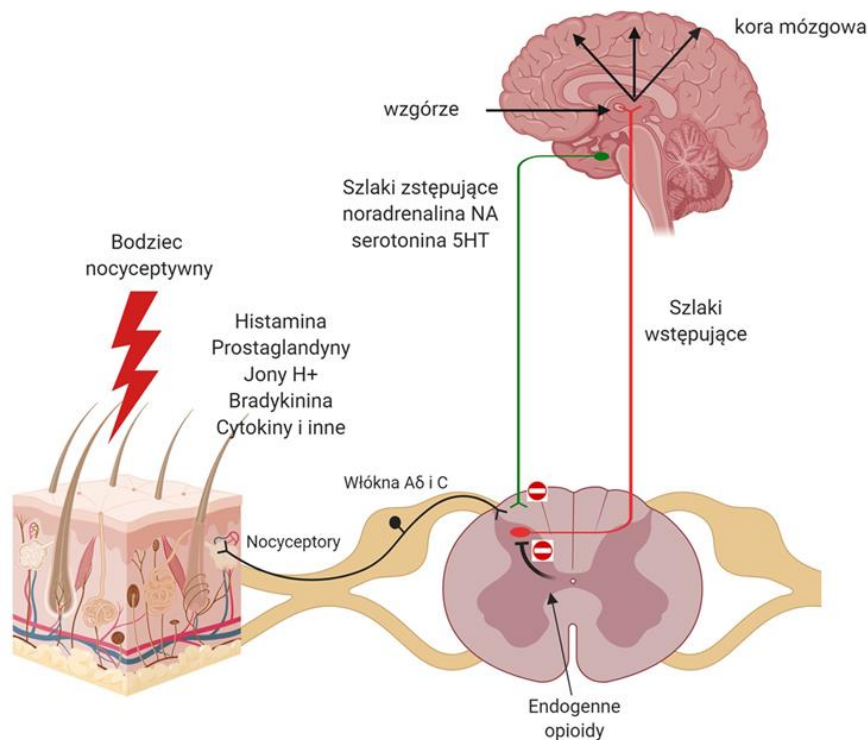
W warunkach fizjologii w procesie transdukcji energia bodźca nocyceptywnego zewnętrznego (mechanicznego, termicznego, chemicznego) zamieniana jest w nocyceptorze na impuls elektryczny przewodzony dalej dośrodkowo do rdzenia kręgowego.

Stąd komórki nerwowe przesyłają impuls elektryczny do wzgórza, skąd informacja przesyłana jest do kory mózgowej i innych struktur mózgu. Tutaj dochodzi do pobudzenia ośrodków odpowiedzialnych za czuciowe, emocjonalne doświadczanie bólu i percepcję bólu. Percepcja to nic innego niż ocena impulsów pochodzących z zewnątrz, z obwodu.

Kora mózgowa pełni funkcję poznawczą. Tu następuje analiza bodźców nocyceptywnych i ich ocena. Powstają też reakcje afektywne i emocjonalne związane z bólem. Tutaj rodzi się lęk, agresja, gniew oraz kształtowanie zachowania związanego z bólem tzw. pamięć bólu. Dopiero w tym momencie powstaje ból. Więc tak naprawdę ból powstaje w mózgu. Tu musi zostać zanalizowany i oceniony. Ta ocena zależy, zależy w skrócie mówiąc na jaką siatkę analityczną bodziec bólowy padnie. Odczuwanie bólu ma więc charakter bardzo indywidualny dla każdego człowieka, a wpływ na to mają zarówno wcześniejsze doświadczenia związane z doznaniem bólowym, jak i indywidualne zależności między psychiką a ciałem. Na każdym etapie przewodzenia bodźca dośrodkowo dochodzi do modulacji bodźca, głównie hamowania, impulsów elektrycznych płynących do mózgu. W bólu ostrym organizm broni się w ten sposób przed nadmiernym napływem bodźców bólowych do mózgu i tworzy barierę w postaci substancji działających jak filtr czy wręcz jak nieprzepuszczalna bariera.

W procesie modulacji biorą udział różne endogenne substancje przeciwbólne takie jak endogenne opioidy (endorfyny) i monoaminy, głównie noradrenalina i serotonina.

Rycina 1. Proces nocycepcji



Źródło: opracowanie własne dr n.med. Magdalena Kocot-Kępska

Mechanizm powstawania bólu przewlekłego jest bardziej złożony i ból taki ma zwykle charakter mieszany z zaangażowaniem komponentu receptorowego, zapalnego, neuropatycznego i nocyplastycznego. Jak dotychczas nie udało się odpowiedzieć, dlaczego u pewnego odsetka pacjentów po epizodzie bólu ostrego (np. ostra faza pólpaśca, ostry ból krzyża, zabieg operacyjny) nie dochodzi do wygaszania mechanizmów bólu pomimo prawidłowego wygojenia tkanek i rozwija się ból przewlekły.

W odpowiedzi na bodziec zewnętrzny uszkodzający zachodzą zmiany neuroplastyczne w całym układzie nerwowym. Zmiany dotyczą początkowo obwodowego układu nerwowego, gdzie dochodzi do rozwoju tzw. sensytyzacji obwodowej, która klinicznie objawia się miejscową hiperalgezą (lokalna nadwrażliwość na bodźce bólowe), alodynią (ból wywoływany w odpowiedzi na bodziec niebólowy) i bólem samoistnym. Czynniki inicjującymi powstawanie sensytyzacji obwodowej są: uraz, ostre schorzenie, jatrogenne uszkodzenie tkanek obwodowych i/lub stan zapalny, powodujący masywne uwolnienie z uszkodzonych komórek licznych mediatorów probólowych. Stały, dośrodkowy i nasilony na skutek sensytyzacji obwodowej napływ informacji bólowej prowadzi do rozległych zmian neuroplastycznych w neuronach rdzenia i mózgowia. Zmiany te określane są mianem sensytyzacji ośrodkowej, która polega na nasileniu i ułatwieniu transmisji impulsu bólowego, zwiększeniu wrażliwości, obniżeniu progu pobudliwości oraz zwiększeniu aktywności samoistnej układu nerwowego. Początkowo zmiany zachodzące w obwodowym i ośrodkowym układzie nerwowym mają charakter czynnościowy i wraz z ustąpieniem impulsacji bólowej (np. samoistne wygojenie tkanek, ustąpienie stanu zapalnego i stosowanie metod analgetycznych) ulegają wyciszeniu. Natomiast jeśli impulsacja dośrodkowa nadal jest silna i nie ustępuje, np. z powodu niewłaściwego leczenia bólu, wówczas dochodzi do powstania dodatkowo zmian strukturalnych w obwodowym oraz ośrodkowym układzie nerwowym, która może polegać na zaniku neuronów w obszarach odpowiedzialnych za hamowanie bodźców bólowych. W przypadku bólu przewlekłego mechanizmy hamowania stają się więc niewydolne na skutek wyczerpania i zmniejszonej produkcji endogennych substancji przeciwbólowych. Zmiany strukturalne przyczyniają się do utrwalenia zjawisk sensytyzacji obwodowej i ośrodkowej oraz są już znacznie trudniejsze do odwrócenia, nawet mimo ustąpienia stymulacji bólowej.

Neuroplastyczność układu nerwowego i ryzyko powstania bólu przewlekłego uwarunkowana jest u ludzi genetycznie, ale zależy także od: wieku, płci, rodzaju i miejsca uszkodzenia, nasilenia i czasu trwania bólu ostrego, czynników socjalnych, kulturowych, poziomu stresu oraz rozwoju pre- i postnatalnego układu nerwowego. Końcowym efektem procesów nieadaptacyjnej plastyczności neuronalnej (sensytyzacja obwodowa, ośrodkowa, osłabienie zstępujących układów antynocycyptywnych) u ludzi jest powstanie i podtrzymywanie bólu przewlekłego. Ponadto zjawisko sensytyzacji ośrodkowej sprawia, iż ból przewlekły nie jest już ściśle związany z obecnością czy stopniem nasilenia choroby na obwodzie, a jego nasilenie jest nieproporcjonalne do dośrodkowej stymulacji bólowej. Ból przewlekły może się utrzymywać nawet pomimo wyleczenia choroby podstawowej. Co więcej, sensytyzacja ośrodkowa powoduje, że normalny bodziec niebólowy może być nieprawidłowo zinterpretowany przez układ nerwowy jako ból.

Badanie eksperymentalne i kliniczne prowadzone w ostatnich latach potwierdziły, że u pacjentów z bólem przewlekłym różnego pochodzenia, mechanizm powstawania bólu jest bardziej złożony niż sądzono dotychczas i obejmuje komponent zapalny, receptorowy, nocyplastyczny i neuropatyczny o różnym stopniu nasilenia. U ludzi potwierdzono również, że nieprawidłowo leczony ból powoduje prawie 10-krotnie szybsze starzenie się mózgu i utratę substancji szarej niż w przypadku fizjologicznego procesu starzenia się, co przekłada się na nasilenie zaburzeń poznawczych, zwiększenie ryzyka demencji, depresji i zaburzeń lękowych.

1.3. PACJENT Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM W GABINECIE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ)

Dolegliwości bólowe, będące objawem różnych chorób mogą być skutecznie rozpoznawane i leczone przez każdego lekarza. Lekarzem pierwszego wyboru dla pacjenta z bólem najczęściej jest jednak lekarz rodzinny w placówce podstawowej opieki zdrowotnej. Nie każdy ból wymaga jednak od razu wizyty u lekarza. Jeśli ból pojawia się rzadko, kilka razy w roku, ma znaną przyczynę, to można go uśmierzyć samemu, stosując lek przeciwbólowy lub metodę, która zwykle w takich sytuacjach pomaga. Jednak istnieją takie sytuacje, gdy ból wymaga poszerzenia diagnostyki i wdrożenia leczenia. Poniższa tabela zawiera sytuacje w których, pacjent z bólem powinien udać się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Tabela 2. Sytuacje w których pacjent z bólem powinien zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

L.P.	CO POWINNO SKŁONIĆ PACJENTA DO WIZYTY U LEKARZA
1.	ból pojawia się częściej niż zwykle, kilka razy w miesiącu
2.	ból zmienia swój dotychczasowy charakter
3.	ból pojawia się w innym miejscu ciała niż dotychczas
4.	ból ma większe nasilenie niż zwykle
5.	nie pomagają leki przeciwbólowe i metody, które zwykle pomagały
6.	bólowi towarzyszą inne objawy np. nudności, krwawienie, zawroty głowy, nadmierna senność, zaczerwienienie stawu, ogólne osłabienie, niedowład kończyn, zaburzenia mowy
7.	ból trwa pomimo wygojenia rany pooperacyjnej, wyleczenia choroby podstawowej np. płuca
8.	ból trwa dłużej niż 3 miesiące
9.	ból pogarsza lub uniemożliwia codzienne funkcjonowanie (absencja w miejscu pracy, pogorszenie jakości snu, obniżony nastrój, kłopoty z wykonywaniem prostych domowych czynności)

Leczenie pacjenta z bólem powinno opierać się na:

leczeniu przyczynowym - u pacjenta z bólem ostrym lub przewlekłym po zebraniu wywiadu i badaniu przedmiotowym zawsze należy próbować rozpoznać przyczynę bólu i rozważyć możliwości jej leczenia. Przykładem takiego leczenia chorego z bólem ostrym jest unieruchomienie złamanej kończyny, a w przypadku bólu

przewlekłego alloplastyka stawu w przebiegu ChZS. Leczenie przyczyny bólu w obu sytuacjach pozwala na znaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych. Choć nie zawsze leczenie przyczynowe jest możliwe, to podstawowym obowiązkiem lekarza wobec pacjenta jest uśmierzanie bólu i niesienie ulgi w cierpieniu.

leczeniu objawowym - leczenie to polega na stosowaniu farmakoterapii i metod niefarmakologicznych w celu zmniejszenia nasilenia bólu i poprawy jakości życia. Powinno być stosowane łącznie z leczeniem przyczynowym (ból ostry i przewlekły) lub zamiast leczenia przyczynowego (zwykle ból przewlekły) w sytuacji, gdy przyczyna jest nieznana (np. fibromialgia) lub niemożliwa do usunięcia (np. bolesna polineuropatia cukrzycowa).

Każdy chory ma prawo domagać się od swojego lekarza prowadzącego: rodzinnego, internisty, onkologa, reumatologa, ortopedy poza leczeniem choroby podstawowej, również skutecznego leczenia bólu.

Pacjent powinien oczekiwać od lekarza oceny nasilenia bólu, właściwego jego leczenia i monitorowania. Zgodnie z nowelizacją w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: „Art. 20a. 1. Pacjent ma prawo do leczenia bólu. 2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia”. Ponadto, zalecenia Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu wskazują, że leczenie bólu powinno być wielokierunkowe.

Jak pacjent powinien przygotować się do wizyty?

Pacjent, który zamierza przyjść na wizytę spowodowaną bólem powinien zabrać całą dokumentację lekarską, wszystkie dokumenty dotyczące diagnozy i terapii, dotyczące choroby, która powoduje objaw bólowy, ale także wszystkich chorób współistniejących.

Podczas takiej wizyty pacjent powinien mieć ze sobą dokumentację dotyczącą wszystkich przyjmowanych leków, aby przy doborze terapii wziąć pod uwagę wszystkie interakcje lekowe. Dobrze byłoby, gdyby pacjent sporządził wykaz przyjmowanych leków na kartce, uwzględniając rodzaj dawkowania.

Lekarz rodzinny powinien podczas wizyty zapoznać się z całą dokumentacją dotyczącą dotychczasowej diagnozy i leczenia pacjenta.

Dobrze byłoby, gdyby na pierwszą wizytę (tak jak i na kolejne), pacjent przyniósł dzienniczek pomiarów ciśnienia, jeżeli taki prowadzi. Wiele leków związanych z terapią przeciwbólową wpływa również na wartości ciśnienia, dlatego informacja, o wartościach ciśnienia tętniczego u danego pacjenta w trakcie normalnej aktywności życiowej, w różnych porach dnia jest bardzo ważna.

Podczas wizyty pierwszorazowej pacjent powinien być zbadany przez lekarza POZ kompleksowo.

Na czym polega pomiar bólu i kontrola bólu w gabinecie lekarza ?

W klinicznej ocenie pacjenta z bólem nie są dostępne obiektywne, a jedynie subiektywne metody oceny nasilenia bólu.

Najczęściej w ocenie nasilenia bólu stosowana jest skala numeryczna NRS (SKALA 0-10 PUNKTÓW) - gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 oznacza ból o maksymalnym natężeniu, jakie pacjent może sobie wyobrazić.

Aby dokonać oceny bólu u pacjenta za pomocą tej skali, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi na czym polega badanie i upewnić się, że pacjent wszystko właściwie rozumie i potrafi określić, jakie natężenie przyjmuje jego ból. Chory za pomocą słów, a dokładniej liczb ocenia swój ból. Jeśli lekarz zastosuje przy tym wizualizację, chociażby 10 cm linijkę z podziałką, na której pacjent wskaże swoje natężenie bólu, to wówczas jest to skala wizualno-analogowa (VAS). Na co dzień często w rozmowie pacjenci stosują skalę opisową (słowną), gdzie kolejne stopnie nasilenia bólu zastępują słowami: brak bólu, słaby, umiarkowany silny i niewyobrażalny ból.

Skale są potrzebne do oceny natężenia bólu oraz oceny skuteczności zalecanej i prowadzonej terapii, np. podczas kontrolnej wizyty u lekarza. Nasilenie bólu powinno być oceniane w spoczynku, w ruchu, w danym momencie, ale także ocenia się największe nasilenie w ciągu ostatniej doby oraz średnie nasilenie w ciągu dnia. W tym celu pacjent może prowadzić dzienniczek kontroli bólu.

Ból klasyfikujemy według jego nasilenia. Poniższa tabela zawiera nasilenie oceniane w skali numerycznej (ang. *numerical rating scale* - NRS).

Tabela 3. Ocena nasilenia bólu według skali numerycznej NRS

NASILENIE BÓLU	SKALA
łagodny	1-3
umiarkowany	4-6
silny	>7

Do oceny bólu u dzieci lub osób z zaburzeniami poznawczymi i demencją można użyć skal obrazkowych (przedstawiających różne wyrazy twarzy).

Każdorazowo wynik pomiaru nasilenia bólu musi być odnotowany w historii choroby pacjenta.

Powtarzanie skali oceny bólu przez pacjenta na kolejnych wizytach pozwala na ocenę skuteczności leczenia.

Lekarz powinien przeprowadzić wywiad obejmujący najważniejsze aspekty bólu:

1. Aktualne nasilenie bólu w skali numerycznej
2. Nasilenie bólu w ciągu ostatniego tygodnia w skali numerycznej
3. Ocena wpływu bólu na podstawowe elementy jakości życia - nastrój, sen, codzienne funkcjonowanie, praca zawodowa .
4. Lokalizacja bólu, wymagającego leczenia
5. Charakter bólu - tępy, ostry, piekący/palący, kłujący, jak rażenie prądem, stały, nawracający, napadowy
6. Stosowane leki przeciwbólowe
7. Skuteczność stosowanych leków przeciwbólowych
8. Ulga po zastosowanym leczeniu
9. Objawy niepożądane po zastosowanych lekach przeciwbólowych

Uzyskany za pomocą skali NRS wynik, wywiad i badanie przedmiotowe, stanowią podstawę do opracowania schematu diagnozy i leczenia bólu, który jest indywidualnie dostosowany do pacjenta i zależny również od chorób współistniejących.

Jakie informacje powinien otrzymać pacjent w trakcie trwania wizyty?

Pacjent powinien być poinformowany przez lekarza, jaka jest prawdopodobna przyczyna bólu, czy konieczna jest dalsza diagnostyka, jakie metody diagnostyki i leczenia można zastosować, jaka będzie skuteczność leczenia bólu oraz czy choroba powodująca ból u pacjenta jest uleczalna.

Lekarz POZ w porozumieniu z pacjentem powinien ustalić plan leczenia. Powinien poinformować pacjenta, jakie metody nefarmakologiczne i jakie leki włącza do leczenia bólu. W przypadku bólu o natężeniu od 0-3 najczęściej wystarcza

włączenie paracetamolu, metamizolu i niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ).

W przypadku bólu o większym natężeniu konieczne czasem jest włączenie opioidowych środków przeciwbólowych, rozpoczynając od tramadolu.

W przypadku bólu neuropatycznego i nocyplastycznego lekarz może zaproponować leki adjuwantowe, np. przeciwpadaczkowe i przeciwdepresyjne. Poprawia to skuteczność leczenia bólu, a nie oznacza rozpoznania choroby psychicznej lub epilepsji.

Lekarz powinien upewnić się, że nie ma przeciwwskazań do proponowanej terapii oraz omówić z pacjentem ewentualne działania niepożądane leków i innych metod. Pacjent powinien móc wyrazić w rozmowie z lekarzem wszystkie swoje obawy dotyczące przewidzianej dla niego terapii przeciwbólowej. Lekarz powinien przekonać pacjenta, co do słuszności wybranej przez niego terapii przeciwbólowej.

Pacjent powinien podczas takiej wizyty zostać poinformowany, że nowoczesna terapia przeciwbólowa posiada wiele możliwości i obecnie pacjent na każdym etapie leczenia bądź choroby nowotworowej, bądź bólu o innym pochodzeniu np. neuropatycznym, nie musi cierpieć.

U chorych na nowotwory ważne, by lekarz uświadomił pacjenta, że włączenie opioidowych środków przeciwbólowych nie oznacza, że proces chorobowy jest już aż tak bardzo zaawansowany, ale, że leki przeciwbólowe pomogą polepszyć jakość życia. Pacjenci, mając obawy dotyczące stosowania leków opioidowych, boją się również stygmatyzacji. Lekarz POZ już na pierwszej wizycie powinien wytłumaczyć pacjentowi, na czym będzie polegać taka terapia bólu i rozwiązać obawy pacjenta.

Na końcu wizyty lekarz powinien upewnić się, czy pacjent, jego opiekunowie lub bliscy dobrze zrozumieli zalecenia i czy pacjent będzie potrafił właściwie zastosować dobrany indywidualnie dla niego schemat terapii przeciwbólowej.

Lekarz podczas pierwszorazowej wizyty pacjenta ukierunkowanej na ból, powinien uzyskać również dane dotyczące, komu z rodziny lub z otoczenia może udzielać informacji dotyczącej stanu pacjenta.

1.4. PACJENT Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM W PORADNI LECZENIA BÓLU

Nie każdy pacjent z bólem przewlekłym wymaga leczenia w ośrodku specjalistycznym. Większość pacjentów po ustaleniu rozpoznania może być leczona skutecznie przez lekarzy pierwszego kontaktu lub innych specjalistów przy pomocy metod farmakologicznych i niefarmakologicznych (np. zabiegów rehabilitacyjnych połączonych z farmakoterapią).

Tabela 4. Wskazania do wizyty w Poradni Leczenia Bólu

L.P. KIEDY UDAĆ SIĘ DO SPECJALISTYCZNEJ PORADNI LECZENIA BÓLU

1.	brak lub niewielka skuteczność dotychczasowego leczenia bólu
2.	trudności w postawieniu właściwego rozpoznania zespołu bólowego
3.	szybkie narastanie zapotrzebowania na leki przeciwbólowe, w tym silne opioidy
4.	wskazania do zastosowania inwazyjnych metod leczenia
5.	trudne do opanowania objawy niepożądane po zastosowanym leczeniu
6.	znaczny negatywny wpływ bólu na elementy jakości życia - nastrój, sen, codzienne funkcjonowanie

Świadczenia w Poradni Leczenia Bólu powinny odbywać się w przypadku wyczerpania możliwości diagnostycznych i leczniczych pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej lub opiece specjalistycznej, niezależnie od przyczyny bólu (ból związany z nowotworem, ból nienowotworowy).

Pacjent z bólem przewlekłym zawsze wymaga wielokierunkowego postępowania - farmakoterapia, blokady terapeutyczne, zabiegi neurodestrukcyjne (np.

termolezja), neuromodulacja (akupunktura), fizjoterapia, psychoterapia. Tak złożoną opiekę zapewniają specjalistyczne poradnie leczenia bólu, gdzie pacjenci korzystają z programu, którego efektem jest nie tylko zmniejszenie bólu, ale także powrót do aktywności rodzinnej i społecznej.

Główne cele stawiane w wielodyscyplinarnych ośrodkach leczenia bólu to identyfikacja możliwie wszystkich problemów związanych z bólem u pacjenta, eliminowanie błędnie stosowanych leków, złego ich kojarzenia, zastąpienie ich właściwą farmakoterapią. Wprowadzane są programy wspomagające poprawę aktywności ruchowej. Praca z pacjentem polega także na propozycji eliminowania, w miarę możliwości, niepotrzebnych zachowań bólowych. U wielu pacjentów z bólem przewlekłym współwystępuje depresja, stąd jej leczenie jest istotnym elementem terapii. Ważna jest edukacja pacjenta odnośnie do jego dolegliwości, obejmująca fizjologiczne i psychospołeczne aspekty bólu.

Ustalane są wspólnie z pacjentem realistyczne cele leczenia bólu, zależne od jego dolegliwości, ukierunkowane na poprawę jakości życia, nawet mimo utrzymujących się dolegliwości bólowych. Istotne jest przywracanie aktywności społecznej i zawodowej.

Pacjent powinien posiadać skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub dowolnego lekarza specjalisty, który ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wyznaczany jest termin wizyty (osoby z bólem w przebiegu choroby nowotworowej lub w kryzysie bólowym są przyjmowane w trybie pilnym), na którą pacjent powinien zgłosić się z dokumentacją medyczną dotyczącą jego schorzenia (także chorób współistniejących), w tym listą leków, które przyjmuje lub przyjmował, oraz wynikami wykonanych badań diagnostycznych.

Wizyta w Poradni Leczenia Bólu obejmuje zebranie dokładnego wywiadu, nakierowane go na dolegliwości bólowe:

1. Lokalizacja bólu (pierwotna i wtórna, promieniowanie) - określenie przez pacjenta obszaru odczuwania bólu, jego promieniowanie.
2. Okoliczności związane z wystąpieniem bólu (początek choroby, ewolucja w czasie).
3. Charakter bólu (opis bólu słowami pacjenta, np. kłujący, tępy); występowanie komponentów bólu neuropatycznego.
4. Nasilenie bólu: w spoczynku, w ruchu, maksymalne nasilenie.
5. Charakterystyka czasowa (czas trwania bólu; charakter ciągły /przerywany/, napadowy, jeśli ból napadowy - czas trwania epizodu bólu).
6. Czynniki nasilające lub zmniejszające ból.
5. Objawy towarzyszące (np. nudności, zawroty głowy).
6. Wpływ bólu na codzienną aktywność (poruszanie się, samoobsługa, praca zawodowa), nastrój i sen.
7. Dotychczasowe leczenie: aktualnie i wcześniej zażywane leki przeciwbólowe - skuteczność, działania niepożądane; inne stosowane metody leczenia bólu.
8. Choroby współistniejące i ich leczenie.

W ocenie klinicznej pacjenta w Poradni Leczenia Bólu są stosowane także kwestionariusze nakierowane na określony rodzaj bólu, np. ból neuropatyczny, nocyplastyczny, ale także zaburzenia lękowe i depresyjne. Przeprowadzane jest dokładne badanie przedmiotowe z oceną struktur narządu ruchu, badanie neurologiczne z oceną zaburzeń czucia oraz badanie psychologiczne. W poradni leczenia bólu możliwe jest także prowadzenie miareczkowania zapotrzebowania na leki przeciwbólowe, testy analizy farmakologicznej oraz wykonanie blokady diagnostycznej.

Po zapoznaniu się z historią choroby, zbadaniu chorego i wykonaniu powyższych badań lekarz proponuje postępowanie terapeutyczne i wraz z pacjentem ustala plan leczenia i omawia realistyczne cele leczenia.

1.5. PACJENT W PORADNI MEDYCYNY PALIATYWNEJ

Do Poradni Medycyny Paliatywnej kwalifikują się głównie chorzy z rozpoznaną chorobą nowotworową. Tutaj rozpoczyna się leczenie objawowe - to znaczy objawów towarzyszących chorobie nowotworowej - głównie bólu, ale także duszności, nudności/wymiotów, zaparcia. Pacjenci mogą zgłosić się do takiej poradni ze skierowaniem na każdym etapie leczenia onkologicznego.

Tabela 5. Wskazania do zgłoszenia się do Poradni Medycyny Paliatywnej

L.P. KTO MOŻE ZGŁOSIĆ SIĘ DO PORADNI MEDYCYNY PALIATYWNEJ

1.	pacjenci, u których stwierdzono chorobę nowotworową i są w trakcie aktywnego leczenia przeciwnowotworowego (po zabiegach; w trakcie lub po chemioterapii lub radioterapii)
2.	pacjenci, którzy zostali zdyskwalifikowani z leczenia przyczynowego przez onkologów
3.	pacjenci, którzy nie wyrazili zgody na proponowane leczenie onkologiczne

Na pierwszą wizytę w poradni należy ze sobą zabrać przede wszystkim skierowanie wystawione przez lekarza (najczęściej POZ lub onkologa, ale skierowanie może wystawić każdy lekarz). Dodatkowo należy przygotować całą dokumentację medyczną dotyczącą choroby nowotworowej i chorób towarzyszących, karty informacyjne, wyniki badań oraz konsultacji, spisać nazwy i dawki wszystkich przyjmowanych obecnie leków (nie tylko przeciwbólowych lub zaleconych przez onkologa) lub przygotować je do zabrania ze sobą. Należy sprawdzić czy Poradnia, przyjmuje pacjentów w dniu rejestracji czy trzeba umówić się z wyprzedzeniem.

Ile trwa wizyta w Poradni Medycyny Paliatywnej?

Wizyta w Poradni Medycyny Paliatywnej trwa zazwyczaj tyle ile jest to konieczne dla ustalenia wszystkich dolegliwości, ich typu, jeśli to możliwe źródła dolegliwości, a co najważniejsze ustalenia postępowania. Zaproponowane leczenie lekarz najczęściej zapisuje na kartce lub zeszycie, objaśnia, jak przyjmować leki, z jaką częstotliwością i proponuje rozwiązania, jeśli terapia nie przyniesie spodziewanych rezultatów lub pojawią się przewidywalne objawy niepożądane (np. nudności lub senność po opioidach w leczeniu bólu).

Tabela 6. Zestaw najczęściej zadawanych pytań przez pacjenta lekarzowi w Poradni Medycyny Paliatywnej

L.P. PYTANIA, JAKIE NAJCZĘŚCIEJ ZADAJĄ PACJENCI

1.	Czy zastosowane leczenie pomoże?
2.	Co się stanie jak morfina przestanie działać?
3.	Czy neuropatia po chemioterapii ustąpi?
4.	Czy morfina uzależnia?

1.6. ZALECENIA EKSPERTÓW DOTYCZĄCE LECZENIA CHORYCH Z BÓLEM OSTRYM I PRZEWLEKŁYM

Eksperci Polskiego Towarzystwa Badania Bólu opracowali wraz z ekspertami innych towarzystw naukowych szereg zaleceń klinicznych, dotyczących leczenia chorych z bólem ostrym i przewlekłym. Zalecenia te są dostępne bezpłatnie na stronie PTBB: www.ptbb.pl

Zalecenia te wymieniono poniżej:

Dobrogowski J, Mayzner-Zawadzka E, Drobnik L, Kusza K, Woron J, Wordliczek J. Uśmierzanie bólu pooperacyjnego - zalecenia 2008. *Ból* 2008,9,2:9-22.

Misiótek H, Mayzner-Zawadzka E, Dobrogowski J, Wordliczek J. Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym. *Ból* 2011,12,2:9-33.

Hanna Misiótek, Maciej Cettler, Jarosław Woron, Jerzy Wordliczek, Jan Dobrogowski, Ewa Mayzner-Zawadzka. Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym AD 2014. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2014, 46,4:235-259

Szczudlik A, Dobrogowski J, Wordliczek J, Stępień A, Krajnik M, Leppert W, Woron J, Przeklasa-Muszyńska A, Kocot-Kępska M, Zajączkowska R, Janecki M, Adamczyk A, Malec-Milewska M. Rozpoznanie i leczenie bólu neuropatycznego: przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Towarzystwa Neurologicznego - część pierwsza. *Ból* 2014: T. 15, nr 2, s. 8-18.

Szczudlik A, Dobrogowski J, Wordliczek J, Stępień A, Krajnik M, Leppert W, Woron J, Przeklasa-Muszyńska A, Kocot-Kępska M, Zajączkowska R, Janecki M, Adamczyk A, Malec-Milewska M. Rozpoznanie i leczenie bólu neuropatycznego : przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Towarzystwa Neurologicznego - część druga. *Ból* 2014 : T. 15, nr 3, s. 8-21.

Dobrogowski J, Wordliczek J, Szczudlik A, Stępień A, Drobnik J, Leppert W, Krajnik M, Woron J, Zajączkowska R, Kocot-Kępska M, Przeklasa-Muszyńska A, Jakowicka-Wordliczek J, Kołtąj M, Janecki M, Pyszkowska J, Boczar K, Suchorzewski M, Mordarski S, Susło R, Malec-Milewska M. Zasady stosowania silnie działających opioidów u pacjentów z bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego - przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. *Ból*, 2015, nr 3:9-30.

Wordliczek J, Kotlińska-Lemieszek A, Leppert W, Woron J, Dobrogowski J, Krajnik M, Przeklasa-Muszyńska A, Jassem J, Drobnik J, Wrzosek A, Janecki M, Pyszkowska J, Kocot-Kępska M, Zajączkowska R, Filipczak-Bryniarska I, Boczar K, Jakowicka-Wordliczek J, Malec-Milewska M, Kübler A, Suchorzewski M, Mordarski S. Farmakoterapia bólu u chorych na nowotwory - zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. *Ból* 2017; 18 (3): 11-53

Misiótek H, Zajączkowska R, Daszkiewicz A et al. Postoperative pain management — 2018 consensus statement of the Section of Regional Anaesthesia and Pain Therapy of the Polish Society of Anaesthesiology and Intensive Therapy, the Polish Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy, the Polish Association for the Study of Pain and the National Consultant in Anaesthesiology and Intensive Therapy. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2018, vol. 50, no 3, 173-199. doi: 10.5603/AIT.2018.0026

Wordliczek J, Zajączkowska R, Dziki A, et al. Postoperative pain relief in general surgery - recommendations of the Association of Polish Surgeons, Polish Society of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Polish Association for the Study of Pain and Polish Association of Regional Anaesthesia and Pain Treatment. *Pol Przegl Chir.* 2019;91(1):47-68. doi:10.5604/01.3001.0013.1088

Kocot-Kępska M., Wordliczek J., Woron J., Boczar K., Przewłocka B., Malec-Milewska M., Kubler A., Dobrogowski J. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Badania Bólu dotyczące leczenia pacjentów z bólem w aspekcie COVID-19, spowodowanej wirusem SARS-CoV-2. *Ból* , 2020 : T. 20, nr 1, s. 11-16

II. PRAKTYKI MIĘDZYNARODOWE W ZAKRESIE ORGANIZACJI LECZENIA BÓLU

2.1. KLUCZOWE MIĘDZYNARODOWE DOKUMENTY STRATEGICZNE W OBSZARZE LECZENIA BÓLU

Prawo człowieka do leczenia bólu zostało określone w kluczowych dokumentach międzynarodowych.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) uznały dostęp do leczenia bólu za jedno z podstawowych praw człowieka. Zgodnie ze standardami międzynarodowymi, w tym europejskimi, każdy pacjent ma prawo do życia bez bólu, niezależnie od etapu choroby. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że 5 miliardów ludzi żyje w krajach z niewielkim lub całkowitym brakiem dostępu do medycyny opartej na dowodach naukowych i nie ma lub ma jedynie niewystarczający dostęp do leczenia umiarkowanego i silnego bólu.

Uznając nieodłączną godność wszystkich istot ludzkich oraz fakt, że odmawianie leczenia bólu jest z gruntu niewłaściwe, prowadzące do niepotrzebnego cierpienia, co jest szkodliwe; Światowa Organizacja Zdrowia deklaruje, że następujące prawa człowieka muszą być uznane na całym świecie:

Artykuł 1. Prawo wszystkich ludzi do posiadania dostępu do leczenia bólu bez dyskryminacji.

Artykuł 2. Prawo ludzi cierpiących z powodu bólu do uznania ich bólu i uzyskania informacji w jaki sposób może być oceniany i leczony.

Artykuł 3. Prawo wszystkich ludzi cierpiących z powodu bólu do posiadania dostępu do adekwatnej oceny i leczenia bólu przez odpowiednio wyszkolonych specjalistów opieki zdrowotnej.

Europejska Karta Praw Pacjenta Unii Europejskiej (www.activecitizenship.net) wyraźnie artykułuje" *Prawo do unikania niepotrzebnego cierpienia i bólu, w takim stopniu, w jakim to możliwe, cierpienia i bólu, niezależnie od stadium choroby*".

Kluczowym dokumentem regulującym prawo do leczenia bólu jest deklaracja Montrealska uchwalona przez przedstawicieli Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu, poparta przez przedstawicieli reprezentujących 130 państwa w 2000 roku. Deklaracja zawiera następujące rekomendacje: prawo wszystkich ludzi do posiadania dostępu do leczenia bólu bez dyskryminacji, prawo ludzi cierpiących z powodu bólu do uznania ich bólu i uzyskania informacji w jaki sposób może być oceniany i leczony, prawo wszystkich ludzi cierpiących z powodu bólu do posiadania dostępu do adekwatnej oceny i leczenia bólu przez odpowiednio wyszkolonych specjalistów opieki zdrowotnej.

Dokumentem regulującym prawo pacjenta w obszarze bólu jest Dyrektywa Unii Europejskiej (UE) z dnia 9 marca 2011 roku dotycząca międzynarodowej opieki zdrowotnej, przyjęta przez Parlament Europejski. Z dokumentu wynika, że rządy europejskie powinny położyć większy nacisk na diagnostykę i zarządzanie bólem. Dyrektywa wyjaśnia prawa pacjenta, który szuka opieki zdrowotnej w innym kraju członkowskim i uzupełnia prawa pacjenta na poziomie Unii Europejskiej (UE). W tym kluczowym dokumencie zawarto stanowisko, dotyczące obowiązku moralnego rządów państw europejskich do zapewnienia swoim obywatelom dostępu do wysokiej jakości terapii przeciwbólowych oraz podkreślono, iż rządy państw europejskich są w tym zakresie związane obowiązkami wynikającymi z traktatów międzynarodowych. Dyrektywa Unii Europejskiej stanowi: *Kraje członkowskie (...) nie mogą odmówić przyznania świadczenia gdy pacjent ma wskazania do danego postępowania medycznego (...) oraz gdy w kraju pochodzenia tego pacjenta dane postępowanie lecznicze, zalecone na podstawie obiektywnej oceny medycznej, historii choroby, jej prawdopodobnego przebiegu, stopnia nasilenia bólu, i/lub*

poziomu niepełnosprawności chorego w momencie gdy zgłasza on wniosek o przyznanie świadczenia lub odnowienie o nie zgody, nie może zostać wdrożone w uzasadnionym medycznie terminie.

W 2011 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleciła, aby rządy:

1. Stosowały się do międzynarodowych zobowiązań prawnych, które zapewnią dostępność leków podlegających kontroli wykorzystywanych do wszystkich celów medycznych i naukowych, tworząc krajowe rozwiązania prawne i prowadząc stosowną politykę kontroli leków.
2. Desygnowały krajowy organ do spraw zapewnienia adekwatnej dostępności i dostępu do kontrolowanych substancji leczniczych w opiece zdrowotnej.
3. Przeanalizowały obowiązujące w danym kraju prawo kontroli leków i swoją politykę pod kątem obecności zbyt restrykcyjnych zapisów, które mogłyby wpływać na ograniczenie dostępności do odpowiedniej opieki medycznej, obejmującej kontrolowane substancje lecznicze.
4. Zapewniły, że podczas wypełniania swoich obowiązków, nie będą utrudniać polityki zdrowotnej i dostępu do uzasadnionego leczenia za pomocą kontrolowanych środków leczniczych.
5. Organy władzy zajmujące się polityką zdrowotną powinny zapewnić odpowiednie informacje na temat zasad leczenia instytucjom egzekwującym przestrzeganie prawa dotyczącego leków oraz innym istotnym w tym kontekście organom.

Należy nadmienić, że już w 2005 r., Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała ACMP, czyli program dostępu do kontrolowanych środków leczniczych, który skupia się na usuwaniu barier utrudniających dostęp do kontrolowanych środków leczniczych, w tym opioidów, opracowywaniu wytycznych leczenia oraz na inicjatywach edukacyjnych.

W roku 2012 został uruchomiony projekt ATOME finansowany przez Komisję Europejską. Przedsięwzięcie obejmowało konsorcjum instytucji akademickich i organizacji zdrowia publicznego prowadzących w 12 krajach Europy badania nad niewłaściwym stosowaniem leków opioidowych w leczeniu umiarkowanego do silnego bólu oraz badania dotyczące leczenia uzależnienia od opioidów. Celem programu było stworzenie indywidualnych zaleceń dla każdego kraju, które poprawiłyby dostępność i możliwości finansowe zakupu kontrolowanych środków leczniczych (www.atome-project.eu). Zgodnie z koncepcją projektu ATOME, rządy wszystkich państw powinny odpowiedzialnie i aktywnie podjąć działania zapewniające optymalne leczenie bólu poprzez stworzenie jasnych kryteriów dostępu do leków przeciwbólowych, w tym także do opioidów oraz optymalnych zasad refundacji, które pozwolą lekarzom na opracowanie indywidualnej opieki nad pacjentem.

Kluczowym dokumentem międzynarodowym regulującym prawo do dostępu do opieki paliatywnej oraz dostępu do leków kontrolowanych (opiodowych leków przeciwbólowych) w opiece paliatywnej jest Karta Praska, podpisana w 5 grudnia 2012 roku). W dokumencie wskazano prawo pacjenta do dostępu do opieki paliatywnej, które stanowi prawny obowiązek, potwierdzony przez konwencję Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ). Karta Praska wzywa rządy wszystkich krajów świata do zapewnienia właściwego systemu, który oceni potrzeby chorych, do stosowania leków kontrolowanych (opiodowych leków przeciwbólowych) w taki sposób, że dostęp do tych leków nie będzie zakłócony oraz zapewnienia bezpiecznych systemów dystrybucji i wydawania leków w taki sposób, aby pacjenci posiadali dostęp do opiodowych leków przeciwbólowych niezależnie od rokowania, miejsca leczenia i lokalizacji geograficznej.

Istotną wytyczną Karty Praskiej jest obowiązek zabezpieczenia przez rządy wszystkich krajów właściwych szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie opieki paliatywnej i leczenia bólu na poziomie przed- i podyplomowym.

W tym strategicznym dokumencie międzynarodowym, sygnatariusze i reprezentanci regionalnych i międzynarodowych organizacji wzywają „Wszystkie rządy świata do zapewnienia chorym i ich rodzinom prawa dostępu do opieki paliatywnej, poprzez jej integrację do systemów ochrony zdrowia, jak również do zapewnienia dostępu do podstawowych leków, z uwzględnieniem opioidowych leków przeciwbólowych.

2.2. OCENA WPŁYWU PRZEWLEKŁEGO BÓLU NA JAKOŚĆ ŻYCIA, WYKORZYSTANIE ZASOBÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ, STATUS SPOŁECZNY I SPOŁECZEŃSTWO JAKO CAŁOŚĆ W EUROPIE

Analiza badań European Pain in Cancer (EPIC) przeprowadzonych w latach 2006-2007 dowiodła, że 53% wszystkich pacjentów z chorobą nowotworową miało dolegliwości bólowe, jedna trzecia osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego w momencie przeprowadzania badania nie otrzymywała żadnego leczenia a jedna piąta nigdy nie stosowała przepisywanych na receptę leków przeciwbólowych.

Istotnym aspektem leczenia bólu jest niekorzystny wpływ przewlekłego bólu nienowotworowego oraz nowotworowego na życie chorych i ich opiekunów. Zgodnie z badaniami ponad połowa dorosłych Europejczyków z przewlekłym bólem nienowotworowym zgłaszała, że doświadczany ból uniemożliwiał lub utrudniał wykonywanie prac domowych. Niemal jedna trzecia wszystkich respondentów badania doświadczała bólu mięśni, stawów, szyi lub pleców, który wpływał na ich codzienną aktywność w tygodniu poprzedzającym badanie. Jedna czwarta respondentów doświadczała przewlekłego bólu ograniczającego aktywność w jednym z okresów życia. Ból ograniczający był najczęściej zgłaszany przez osoby w wieku powyżej 55. r.ż., ludzi, którzy zakończyli swoją edukację w wieku 15 lat oraz przez kobiety.

Badania dotyczące wpływu bólu nowotworowego na jakość codziennego życia chorych, wskazały na jego destruktywny wpływ: 69% pacjentów relacjonowało

związane z bólem trudności w wykonywaniu codziennych czynności, 30% pacjentów odczuwało zbyt duże dolegliwości bólowe, aby móc zadbać o siebie lub o innych, 52% pacjentów czynnych zawodowo informowało, że ból źle wpływa na ich wydajność w pracy, 67% pacjentów opisywało swój ból jako „powodujący cierpienie”, 36% określało go jako „nieznośny”, a 32% twierdziło, że czują się tak źle, że chcą umrzeć. Szczegółowe wywiady przeprowadzono z 573 pacjentami cierpiącymi z powodu bólu nowotworowego, biorącymi udział w badaniu EPIC10.

Interesującym wynikiem kolejnego badania było, iż pacjenci cierpiący z powodu bólu nienowotworowego uzyskiwali gorsze wyniki w zakresie poziomu jakości życia, funkcji poznawczych, nasilenia dolegliwości bólowych, zaburzenia snu oraz zmagali się z większymi problemami finansowymi niż pacjenci cierpiący z powodu bólu w przebiegu choroby nowotworowej.

W omawianym badaniu powołano się na badania naukowców z Norwegii, którzy porównali zależną od stanu zdrowia jakość życia w grupie 288 pacjentów z przewlekłym bólem nienowotworowym leczonych w wielospecjalistycznych centrach leczenia bólu, z grupą 434 pacjentów z zaawansowanym nowotworem objętych opieką paliatywną. Pogorszenie jakości życia w grupie pacjentów cierpiących z powodu bólu przewlekłego nienowotworowego było związane z depresją, lękiem i stresem. Z kolei grupa pacjentów z chorobą nowotworową częściej zgłaszała nieprawidłowości w pełnieniu ról społecznych, nudności/wymioty, utratę apetytu i zaparcia.

Według badań, co piąty dorosły Europejczyk cierpi z powodu bólu przewlekłego. U dwóch trzecich ból określono jako umiarkowany, a u jednej trzeciej jako silny. Niemal 60% pacjentów cierpi z powodu bólu trwającego od 2 do 15 lat i około 21% chorych zmagają się z dolegliwościami bólowymi przez 20 lat lub dłużej.

Wpływ bólu przewlekłego na jakość życia, wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej, status zatrudnienia i społeczeństwo jako całość wykazało opublikowane dane z badania National Health and Wellness Survey z 2008 roku.

W badaniu jakość życia związaną ze zdrowiem mierzono za pomocą Short Form-12 (SF-12) i Short Form-6D (SF-6D). Wpływ bólu przewlekłego na jakość życia był największy u respondentów doświadczających silnego bólu. W porównaniu z osobami, które nie zgłaszają bólu, wyniki komponentu fizycznego w wynikach SF-12 i bezwzględnej użyteczności w SF-6D zmniejszyły się odpowiednio o około 40% i 20%.

Wykazano, że obecność silnego, codziennego bólu zwiększa zarówno liczbę wizyt u świadczeniodawców i wizyt na izbie przyjęć o ponad 100%, jak i liczbę hospitalizacji o ponad 250%. Wzrosty te są znacznie większe niż te związane z czynnikami socjodemograficznymi, chorobliwą otyłością, czynnikami ryzyka zdrowotnego lub występowaniem chorób współistniejących.

Osoby cierpiące na silny ból w ciągu dnia miały tylko około połowę mniejsze prawdopodobieństwo zatrudnienia na pełny etat niż osoby, które nie zgłaszały bólu, co odpowiada deficytowi siły roboczej wynoszącemu około 4,3 miliona w pięciu badanych krajach, a także znacznie wyższy wskaźnik absencji w obu przypadkach i prezenteizm.

W kategoriach czysto ekonomicznych, koszt samego bólu pleców obliczono na 12,3 miliarda funtów rocznie w Wielkiej Brytanii, co odpowiada 1,5% produktu krajowego brutto (PKB). Tak więc indywidualny, społeczny i ekonomiczny wpływ lepszego radzenia sobie z bólem nie tylko zmniejszyłoby cierpienie i poprawiłoby jakość życia poszczególnych pacjentów, ale także uwolniłoby znaczne zasoby opieki zdrowotnej i zmniejszyłoby obciążenie ekonomiczne społeczeństwa.

Badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wykazało, że bezrobocie, rozległy ból, duże nasilenie bólu (stopień bólu przewlekłego III-V lub wynik 4.5 w skali

numerycznej 0-10) i katastrofizacja były najsilniejszymi wskaźnikami prognostycznymi niepełnosprawności. Co więcej, połączenie bezrobocia i dużego nasilenia bólu wykazało, że 85% niskich wyników w zakresie bólu pleców jest związanych z tymi dwoma czynnikami. Wiele badań wykazało również czynniki inne niż czas trwania bólu, które są ważnymi wskaźnikami prognostycznymi, w tym bezrobocie, niepełnosprawność funkcjonalną, intensywność bólu, lęk i wysoki poziom dystresu oraz samoocenę stanu zdrowia.

Ponieważ na skuteczność leczenia bólu przewlekłego mają wpływ takie czynniki, jak natężenie bólu, niepełnosprawność funkcjonalna, depresja i lęk, logicznie rzecz biorąc, należy uwzględnić te czynniki w ramach zintegrowanej strategii leczenia bólu. Ból przewlekły jest zjawiskiem biopsychospołecznym i jeśli wszystkie aspekty bólu pacjenta nie zostaną odpowiednio i jednocześnie potraktowane, ogólna skuteczność leczenia będzie niska. W tym kontekście ważne jest zaangażowanie nie tylko pacjenta, ale także członków rodziny, opiekunów, lekarzy rodzinnych, innych specjalistów medycznych i niemedycznych, farmaceutów, pracodawców i każdego, kto finansuje leczenie w strategię leczenia bólu.

2.3. OCENA KOSZTÓW NIEKONTROLOWANEGO BÓLU PRZEWLEKŁEGO W EUROPIE W ŚWIETLE BADAŃ PRZEPROWADZONYCH W EUROPIE

Ważnym aspektem ekonomicznym jest fakt, iż nieprawidłowo leczony ból przewlekły stanowi ogromny koszt społeczny, na który składają się koszty opieki zdrowotnej i społecznej, związane z niedostateczną terapią oraz wydatki wynikające z braku zdolności do pracy, zarówno osób cierpiących z powodu bólu, jak i ich opiekunów lub z ich obniżonej produktywności w pracy. Większa część kosztów socjoekonomicznych bólu wynika z pośrednich kosztów związanych z utratą produktywności.

Wyniki badań szacujące koszty związane z bólem stanowią istotne informacje zawarte w publikacji „Ból w Europie - priorytet zdrowia publicznego” opracowanej przez grupę europejskich ekspertów klinicznych specjalizujących się w leczeniu bólu pod nazwą Opioids and Pain European Network of Minds (OPENMinds).

Należy podkreślić, że Wielkiej Brytanii koszty związane z bólem dolnego odcinka kręgosłupa obciążają gospodarkę na 12 300 milionów funtów rocznie. W Szwecji bezpośrednio koszty opieki zdrowotnej i pośrednie wydatki związane ze zwolnieniami lekarskimi oraz z wcześniejszym przejściem na emeryturę pacjentów cierpiących na schorzenia związane z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi stanowią 10% produktu krajowego brutto.

Ból przewlekły często utrudnia osobie cierpiącej wykonywanie pracy lub nawet je uniemożliwia. Około jedna trzecia badanych pracujących Europejczyków stwierdziła, że ich aktualny stan zatrudnienia i godziny pracy zależą od dolegliwości bólowych. Około 60% osób cierpiących na przewlekłe dolegliwości bólowe oznajmiło, że są niezdolne lub mają mniejszą zdolność do pracy poza domem, a około jedna piąta straciła pracę z powodu bólu. Średnio w ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjenci cierpiący na ból przewlekły stracili 7,8 dnia pracy z powodu odczuwanych dolegliwości.

Wyniki uzyskane przez naukowców z Finlandii, szacują, że wśród kobiet i mężczyzn w średnim wieku ból przewlekły odpowiada za odpowiednio 9% i 6% nieobecności w pracy usprawiedliwianych przez samego pracownika oraz nawet za 30% ponad 2-tygodniowych absencji pracowniczych wynikających ze zwolnień lekarskich.

Jednocześnie w publikacji podkreślono, istotną kwestię wydatków związanych ze świadczeniami i wsparciem socjalnym zapewnianym przez rządy państw europejskich osobom cierpiącym ból. I tak w Irlandii w 2002 r. pacjenci cierpiący na przewlekły ból pleców generowali 27% (348 milionów euro) wszystkich wydatków

związanych ze świadczeniami chorobowymi, co stanowi koszt większy niż te generowane przez jakąkolwiek inną grupę pacjentów.

Z kolei w Wielkiej Brytanii szacuje się, że średnie całkowite roczne obciążenie generowane przez każdego nastolatka z dolegliwościami bólowymi, wynosi ok. 8 000 funtów (9 760 euro; dane z 2004 r.), co oznacza, że leczenie brytyjskich nastolatków cierpiących na dolegliwości bólowe pochłania rocznie 3 800 milionów funtów (4 700 milionów euro).

2.4. PRZYKŁADY DOBRYCH PRAKTYK W ZAKRESIE PROGRAMÓW WYSPECJALIZOWANEJ OPIEKI PRZECIWBÓLOWEJ W EUROPIE

W kilku krajach Europy został uregulowany dostęp do wielodyscyplinarnej opieki przeciwbólowej poprzez tworzenie narodowych programów lub narodowych wytycznych.

W 2008 roku rząd Portugalii wprowadził Narodowy Program Kontroli Bólu, w który włączono wytyczne dotyczące wprowadzania procedur leczenia bólu przewlekłego. W Wielkiej Brytanii opieka przeciwbólowa opiera się na rekomendacjach Brytyjskiego Towarzystwa Bólu, które wydało wytyczne dotyczące tworzenia wielodyscyplinarnych programów opieki przeciwbólowej. W 2009 r. w Norwegii opublikowano narodowe wytyczne, które wskazują, że pacjenci mają ustawowe prawo do otrzymywania w pierwszej kolejności specjalistycznej opieki w wielodyscyplinarnej poradni leczenia bólu, jeżeli na jakość ich życia związaną ze zdrowiem poważnie wpływają dolegliwości bólowe, a dostępne jest skuteczne i efektywne kosztowo leczenie.

Inwestycja w opiekę przeciwbólową i rehabilitację powinna przynieść korzyści ekonomiom europejskim, ponieważ prowadzi do zmniejszenia ogromnych pośrednich kosztów związanych z bólem przewlekłym (między innymi, związanych z utratą produktywności i nieformalną opieką), co potwierdzają badania przeprowadzone w Holandii i Danii.

W Holandii przeprowadzono badanie służące oszacowaniu efektywności kosztowej zintegrowanych wielodyscyplinarnych programów opieki nad chorymi przebywającymi na zwolnieniu lekarskim z powodu bólu pleców w porównaniu ze zwykłą opieką lekarza rodzinnego i terapeuty zajęciowego. Całkowity bezpośredni i pośredni koszt w grupie opieki zintegrowanej był znacząco niższy niż w grupie otrzymującej standardową opiekę. Badanie wykazało, że każde 1 euro zainwestowane w opiekę zintegrowaną daje szacunkowy zwrot w wysokości 26 euro. W Danii dwa badania przeprowadzone w kopenhaskich przychodniach leczenia bólu wykazały, że bezpośrednie i pośrednie oszczędności odnotowane dzięki leczeniu pacjentów z przewlekłym bólem nienowotworowym były dwukrotnie wyższe niż koszty własne przychodni.

Konieczny jest rozwój wyspecjalizowanych usług medycznych w zakresie opieki przeciwbólowej, które pozwolą pacjentom cierpiącym na przewlekłe dolegliwości bólowe na szybki dostęp do wszechstronnego i interdyscyplinarnego programu diagnostyki i leczenia bólu. Specjalistyczna opieka przeciwbólowa powinna mieć dostęp do wszystkich właściwych metod diagnostycznych i terapeutycznych, w tym diagnostyki obrazowej (na przykład: badania obrazowe kości, rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa), inwazyjnych metod uśmierzania bólu (na przykład: technik analgezji regionalnej tzw. blokad, zabiegów neurodestrukcyjnych, stymulacji rdzenia kręgowego i części mózgu, wszczepialnych pomp podających leki przeciwbólowe bezpośrednio do kanału kręgowego), psychologii klinicznej (na przykład: terapii poznawczo - behawioralnej), fizjoterapii, terapii zajęciowej, opieki pielęgniarstwa i farmakologicznej oraz rehabilitacji. W leczeniu bólu nowotworowego stosuje się różne dodatkowe metody, w tym chirurgię i radioterapię.

III. ANALIZA KLUCZOWYCH ASPEKTÓW BÓLU PRZEWLEKŁEGO W POLSCE

3.1. BÓL PRZEWLEKŁY JAKO PROBLEM ZDROWOTNY. DANE NA PODSTAWIE GŁÓWNEGO URZĘDU STATYSTYCZNEGO ORAZ MAP POTRZEB ZDROWOTNYCH MINISTERSTWA ZDROWIA

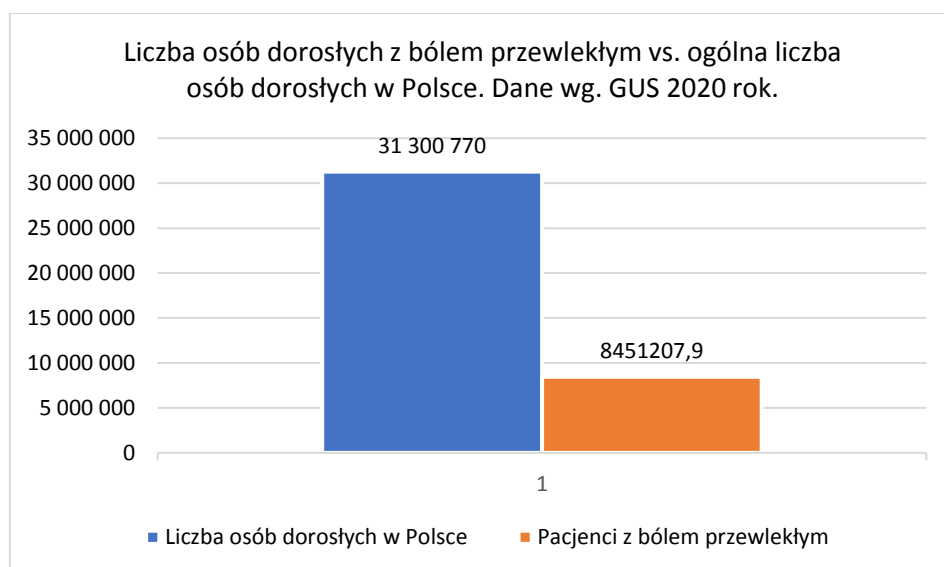
Ból przewlekły, niezależnie od etiologii, dotyczy około 20% dorosłej populacji krajów rozwiniętych, a w Polsce – 27%.

Według danych statystycznych z 2021 roku Głównego Urzędu Statystycznego, ogólna liczba ludności według grup ekonomicznych z 2020 roku, wyniosła ponad 38 mln osób, z czego 59,5 proc. tj. prawie 23 mln. stanowiły osoby dorosłe w wieku produkcyjnym (18-59/64 lata) i 22,3 proc. osoby, tj. ponad 8,5 mln w wieku nieprodukcyjnym, co stanowiło liczbę ponad 31 mln. osób dorosłych w Polsce na dzień 31 grudnia 2020 roku.

Niniejsze dane w zestawieniu z epidemiologią bólu przewlekłego w Polsce (27 proc) świadczą, że w Polsce prawie 8, 5 mln. osób dorosłych może cierpieć na ból przewlekły.

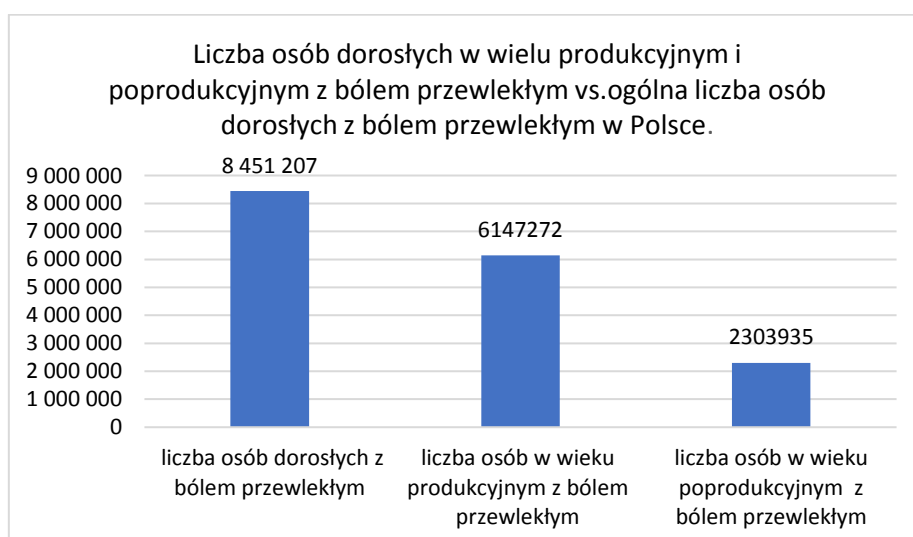
Liczba ta wskazuje na skalę problemu bólu przewlekłego, z jaką mierzy się codziennie ponad 8, 5 mln dorosłych osób oraz określa zarazem skalę obciążenia chorobowego w Polsce.

Rycina 2. Liczba osób dorosłych z bólem przewlekłym vs. liczba osób dorosłych w Polsce



Źródło: Polska w liczbach 2021, Główny Urząd Statystyczny

Rycina 3. Liczba osób dorosłych w wieku produkcyjnym z bólem przewlekłym vs. liczba osób w wieku poprodukcyjnym z bólem przewlekłym vs. ogólna liczba osób dorosłych w Polsce na dzień 31 grudnia 2020 roku.



Źródło: Polska w liczbach 2021, Główny Urząd Statystyczny

Z powyżej przytoczonych danych wynika, że w Polsce ponad 6 mln. pacjentów w wieku produkcyjnym i ponad 2 mln pacjentów w wieku poprodukcyjnym funkcjonuje na co dzień z bólem przewlekłym, będącym objawem choroby przewlekłej lub wynikającej ze zmian neuroplastycznych (np. przetrwały ból pooperacyjny) jako niezależne schorzenia.

Do najczęstszych przyczyn przewlekłych dolegliwości bólowych należą schorzenia mięśniowo-szkieletowe, m.in. choroba zwyrodnieniowa stawów (34%), bóle krzyża (18 %), bóle głowy (15% - w tym migrena 7%), urazy (12%) i obwodowy i ośrodkowy ból neuropatyczny. Ból przewlekły występuje u 50 % chorych na nowotwory. Należy podkreślić, że około 38% chorych na nowotwór odczuwa ból o nasileniu w skali NRS > 5, przy czym odsetek ten rośnie do ponad 50% u chorych w fazie terminalnej.

Tabela 7. Procent osób dorosłych cierpiących ból przewlekły vs. rodzaje chorób

RODZAJE CHORÓB	PROCENT OSÓB CIERPIĄCYCH BÓL PRZEWLEKŁY
choroby zwyrodnieniowe stawów	34 procent dorosłej populacji
bóle krzyża	18 procent dorosłej populacji
bóle głowy	15 procent dorosłej populacji, w tym migrena 7 procent
ból neuropatyczny	7 -10 procent dorosłej populacji
ból u chorych na nowotwór	50 proc. chorych na nowotwory, niezależnie od stadium choroby, z czego: 39 proc. po leczeniu choroby nowotworowej, u 55 proc. podczas leczenia nowotworu, u 66 proc. w terminalnej, rozsiaanej fazie nowotworu

Mając na uwadze skalę problemu dotyczącą ilości osób cierpiących ból przewlekły w Polsce (ponad 8, 5 mln) należy zastanowić się, jak ból przewlekły wpływa na obciążenie chorobowe w Polsce.

Badania wskazują, że ból przewlekły pogarsza jakość życia chorego, prowadzi do depresji, pogorszenia statusu społecznego, zawodowego, zerwania więzi

społecznych i osobistych, często prowadzi do niepełnosprawności. Należy więc zastanowić się, jaki wskaźnik może pokazać obciążenie danej choroby niepełnosprawnością.

Mianowicie, oszacowania obciążenia chorobowego populacji na świecie, opierają się na porównywalnym i wystandaryzowanym narzędziu, w ramach badania Global Burden of Disease (GBD).

Wskaźnikiem umożliwiającym wieloaspektowe szacowanie konsekwencji utraty zdrowia jest wskaźnik DALY, stanowiący sumę liczby utraconych lat życia (years of life lost, YLL) z powodu przedwczesnego zgonu oraz liczby lat przeżytych z niepełnosprawnością (years of life with disability, YLD).

W skrócie, jeden DALY oznacza utratę jednego roku w zdrowiu i przeżycia go w niepełnosprawności. Wskaźnik DALY pozwala więc dokładnie śledzić i rejestrować skutki chorób (urazy i niepełnosprawność).

Analizy dotyczące kluczowych problemów zdrowotnych w Polsce przedstawione poniżej pochodzą z map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia z roku 2020 i wykorzystują wskaźnik DALY, umożliwiając uzyskanie bardzo ważnych danych epidemiologicznych dla Polski w zakresie obciążenia chorobowego.

Mając na uwadze epidemiologię bólu przewlekłego oraz współistniejących z nim chorób, przyjrzyjmy się danym Ministerstwa Zdrowia. Otóż, jak wynika z danych map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia, wśród 10 najważniejszych TOP Problemów Zdrowotnych Polski (dane za 2019 rok) pod względem wskaźnika DALY (najwyższej liczby), znalazł się ból dolnego odcinka kręgosłupa, który zajął czwarte miejsce z wynikiem DALY równym aż 573 775.

Poniżej w tabeli przedstawiono 10 TOP problemów zdrowotnych w Polsce według wskaźnika DALY.

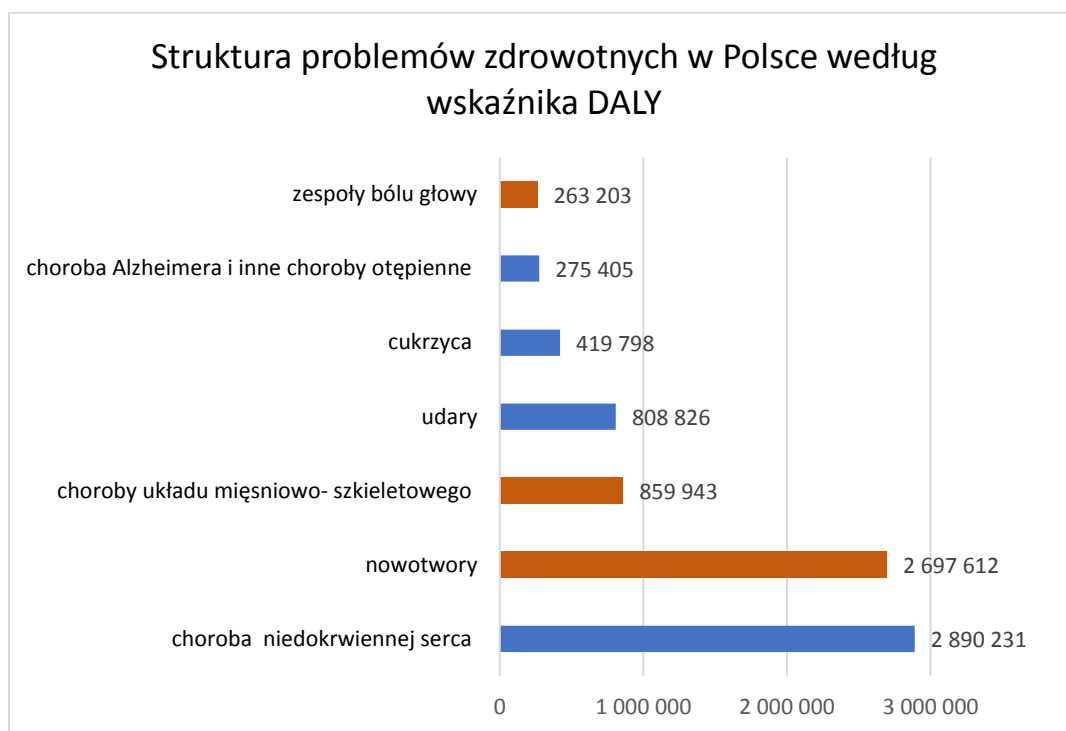
RYCINA 4. 10 TOP problemów zdrowotnych w Polsce według wskaźnika DALY



Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia za 2020 rok

Analiza struktury problemów zdrowotnych w Polsce pod kątem wskaźnika DALY (wszystkie grupy wiekowe) wskazała, że wśród wszystkich grup chorób niezakaźnych na drugim miejscu znalazły się nowotwory (DALY: 2 697 612), na trzecim, choroby układu mięśniowo - szkieletowego (DALY: 859 943), na siódmym, zespoły bólu głowy (DALY: 263 303).

Rycina 5. Struktura problemów zdrowotnych w Polsce według wskaźnika DALY



Źródło: mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia z 2020 roku

Z kolei, w grupie chorób układu mięśniowo - szkieletowego pod względem ilości lat przeżytych w niepełnosprawności, na pierwszym miejscu znalazł się ból odcinka dolnego kręgosłupa (DALY: 573 775), na drugim, zapalenie kości i stawów (DALY: 122 273,37), dalej, ból odcinka szyjnego kręgosłupa (DALY: 86 640,27), inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego (DALY: 41 970) i reumatoidalne zapalenie stawów (DALY: 28 807,97).

Jak wskazała analiza map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia z 2020 roku, z obszaru epidemiologii, do kluczowych problemów zdrowotnych i chorób wykazujących się najwyższym wskaźnikiem DALY należą choroby przebiegające z bólem przewlekłym, tj: choroby układu mięśniowo - szkieletowego (w tym ból dolnego odcinka kręgosłupa), nowotwory oraz zespoły bólu głowy, stanowiąc tym samym znaczne obciążenie chorobowe dla Polski.

3.2. ZMIANY STANU PRAWNEGO W ZAKRESIE UŚMIERZANIA BÓLU W POLSCE

„Leczenie bólu wynika z ochrony godności życia ludzkiego w sytuacji cierpienia i jest moralnym obowiązkiem lekarza każdej specjalności”. W prawodawstwie polskim, zgodnie z art. 68 ust.2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, istnieje obowiązek władzy publicznej zabezpieczenia osobom chorym i cierpiącym realnego i równego dostępu, niezależnie od ich sytuacji materialnej, do działań medycznych, leków, wyrobów medycznych poprzez przyjęcie odpowiednich uregulowań prawnych.

Niemniej jednak, kluczowym warunkiem realizacji powyższych zapisów prawa jest wprowadzenie w Polsce odpowiednich rozwiązań systemowych w zakresie właściwego zabezpieczenia leczenia bólu. W obszarze leczenia bólu dokonały się na przestrzeni ostatnich kilku lat zasadnicze zmiany legislacyjne. Jeszcze do 2017 roku w Polsce funkcjonował zapis w *ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta*, który gwarantował prawo łagodzenia bólu jedynie pacjentom w stanie terminalnym. Konsekwencją tejże ustawy były nagminne zaniedbania w obszarze leczenia bólu na każdym etapie choroby pacjenta. Przełomowa zmiana w ustawodawstwie dotyczącym leczenia bólu nastąpiła 23 marca 2017 roku dzięki nowelizacji w *Ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta*, wskazując wymiar obowiązującej praktyki w zakresie leczenia bólu: „Art. 20a. 1. Pacjent ma prawo do leczenia bólu. 2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia”. Jednak aktem wykonawczym dającym dopiero pełną gwarancję realizacji uprawnień pacjenta związanych z leczeniem bólu na każdym etapie choroby, stało się Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych. Rozporządzenie określi standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu

świadczeń zdrowotnych z zakresu rozpoznawania, leczenia, monitorowania bólu. Będzie stanowiło gwarancję skutecznej realizacji prawa do leczenia bólu, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszystkim chorym, którzy cierpią z powodu bólu, w ramach świadczeń opieki zdrowotnej, bez względu na źródło tego bólu, wiek pacjenta oraz placówkę, w której jest leczony.

Projekt rozporządzenia określi metody oceny bólu, to jest: po pierwsze - badanie podmiotowe i przedmiotowe, skale oceny bólu, badania pomocnicze: po drugie - monitorowanie leczenia bólu, to jest: ocena nasilenia bólu, ocena osiągnięcia ulgi w bólu w wyniku zastosowanego leczenia, ocena stopnia stosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych, ocena wystąpienia działań niepożądanych po zastosowaniu wdrożonego leczenia, ocena skuteczności leczenia działań niepożądanych, rozważenie modyfikacji leczenia w odpowiedzi na wystąpienie działań niepożądanych, ocena stopnia satysfakcji pacjenta z leczenia przeciwbólowego: po trzecie - obowiązek prowadzenia postępowania terapeutycznego mającego na celu łagodzenie i leczenie bólu.

Rozporządzenie nałoży obowiązek mierzenia stopnia natężenia bólu, leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej, poradniach specjalistycznych podstawowym narzędziem z zakresu rozpoznania, leczenia, monitorowania bólu będzie Karta Oceny Nasilenia.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia został wypracowany we współpracy Ministerstwa Zdrowia z Polskim Towarzystwem Badania Bólu i Fundacją Eksperci dla Zdrowia.

Poprawa jakości leczenia bólu oraz monitorowanie skuteczności tego leczenia, zostało uznane w Polsce jako priorytet zdrowotny rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z dnia 2 marca 2018 r. poz. 469). Zgodnie z § 1 pkt 9) ww. rozporządzenia. Należy

podkreślić, że uwzględnienie działań związanych z bólem w priorytetach zdrowotnych państwa, zostało uzasadnione uwzględnieniem przesłanek wynikających z aktualnej wiedzy, analiz w zakresie stanu zdrowia obywateli, uzyskiwanych efektów zdrowotnych oraz z potrzeby zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z danych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych.

3.3. OCENA LECZENIA BÓLU NA PODSTAWIE WYNIKÓW RAPORTU NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

Dokumentem, wskazującym na konieczność zmian w organizacji leczenia bólu w Polsce, stał się Raport Najwyższej Izby Kontroli z lipca 2017 roku, który zwrócił uwagę na ogromną skalę zaniedbań w leczeniu bólu w polskich szpitalach oraz społeczne znaczenie problemu.

Najwyższa Izba Kontroli (NIK) przeprowadziła po raz pierwszy kontrolę dostępności terapii przeciwbólowej w polskich szpitalach. Celem kontroli było sprawdzenie czy podmioty lecznicze prowadzące szpitale skutecznie leczą chorych z bólem, tj. czy personel szpitali stosuje ustalone reguły, zasady i wytyczne dotyczące oceny natężenia bólu.

Kontrolą objęto w szczególności wywiązywanie się świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z obowiązku opracowania i wdrożenia procedury leczenia bólu oraz odnotowania w dokumentacji medycznej informacji na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia.

Sprawdzeniem objęto także dostępność leczenia w poradniach leczenia bólu, funkcjonujących w strukturach skontrolowanych podmiotów leczniczych.

NIK zwrócił uwagę, że obecnie w polskim prawie nie ma systemowych standardów postępowania medycznego względem pacjenta cierpiącego z powodu bólu. Tylko w jednym szpitalu powołano zespół do spraw leczenia bólu.

Według raportu, tylko w jednym ze skontrolowanych szpitali opracowano i wdrożono procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, zarówno u pacjentów operowanych, jak i pacjentów nieoperowanych. Pozostałe szpitale bądź nie opracowały takich procedur, bądź ograniczyły ich stosowanie jedynie do pacjentów operowanych. Ponadto, kontrola wykazała, że w szpitalach nie prowadzono powszechnie monitoringu natężenia bólu innego niż pooperacyjny.

NIK w dokumencie pokontrolnym pokreślił, że dostęp do odpowiedniej opieki medycznej, w tym do terapii przeciwbólowej jest istotnym elementem realizacji zobowiązań państwa z zakresu podstawowych praw i wolności. Niezapewnienie skutecznego systemu leczenia bólu oznacza niewywiązanie się państwa z ciążącego na nim obowiązku wynikającego między innymi z Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Uwagę na to, również w odniesieniu do Polski, zwróciła Organizacja Narodów Zjednoczonych.

Jak podaje NIK, nałożony na szpitale obowiązek leczenia i monitorowania skuteczności leczenia bólu u wszystkich pacjentów - nie tylko tych po operacjach - zwrócił uwagę na problem, ale go nie rozwiązał.

Większość skontrolowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli szpitali nadal nie wprowadziła regulacji dotyczących leczenia bólu i nie dokumentuje procedur. Ta sytuacja pozbawia pacjentów gwarancji, że zachowane będzie ich prawo do leczenia bólu, odpowiednio do stopnia jego natężenia.

Nie we wszystkich szpitalach chorzy byli rzetelnie informowani o możliwych terapiach, korzyściach i zagrożeniach związanych z uśmierzaniem bólu.

W większości skontrolowanych szpitali nie opracowano i nie wdrożono zasad postępowania, zapewniających leczenie i monitorowanie skuteczności leczenia bólu u wszystkich pacjentów, którzy odczuwają ból, bez względu na charakter tego bólu. W 38 proc. szpitali nie przygotowano takiej procedury w ogóle lub opracowano ją z opóźnieniem, a w przypadku 31 proc. szpitali dotyczyła ona tylko pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, brak wdrożenia sformalizowanych zasad postępowania personelu medycznego dotyczących leczenia bólu, poza naruszeniem wymogu prawnego, pozbawił pacjentów gwarancji realizowania ich prawa do działań przeciwbólowych w czasie hospitalizacji.

W efekcie pacjenci nie zawsze mieli zapewniony dostęp do leczenia bólu, które byłoby adekwatne do stopnia jego natężenia. Procedury leczenia bólu i oceny skuteczności tego leczenia u pacjentów nieoperowanych odczuwających ból opracowano i wdrożono tylko w 33 procentach skontrolowanych szpitali. W pozostałych placówkach, nawet jeśli procedury ustalono, nie zawsze były one stosowane.

Tylko niecałe 6,5 procent szpitali miało ustalone zasady ujęte w wewnętrznej procedurze leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu i w pełni je stosowały. U pacjentów tych prowadzono systematyczne pomiary natężenia bólu oraz dokonywano regularnej oceny efektów wdrożonego leczenia przeciwbólowego, co rzetelnie odnotowywano w dokumentacji medycznej.

Raport NIK wskazuje na nieprawidłowości związane z systematycznym mierzeniem i notowaniem pomiarów bólu. Odpowiednie wpisy na temat pomiaru bólu w kartach wszystkich pacjentów odnotowano tylko w dwóch skontrolowanych szpitalach.

Nieprawidłowości dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej nieoperowanych pacjentów odczuwających ból, stwierdzono w przypadku niemal 94 proc. skontrolowanych szpitali.

W ponad 34 proc. szpitali nie odnotowano w dokumentacji żadnego z pacjentów, usystematyzowanych informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności zastosowanego leczenia.

W 59 proc szpitali informacje takie odnotowano tylko w odniesieniu do części pacjentów odczuwających ból, a w dokumentacji pozostałych chorych bądź takich informacji nie odnotowano, bądź odnotowywano je niesystematycznie.

W ocenie NIK, brak w dokumentacji medycznej informacji na temat stopnia natężenia bólu uniemożliwiał lub znacznie utrudniał rzetelną ocenę skuteczności zastosowanego leczenia. Stan ten był również niezgodny z wymogami rozporządzeń Ministra Zdrowia, regulującymi zasady prowadzenia dokumentacji medycznej.

Personel medyczny w ograniczonym zakresie stosował zalecenia ekspertów, m.in. z dziedziny leczenia bólu, dotyczące informowania pacjentów o możliwościach, korzyściach i zagrożeniach związanych z uśmierzaniem bólu. Informacje te powinny być przekazywane nie tylko ustnie, ale również pisemnie, co ma ułatwić ich zrozumienie.

W 69 proc. szpitali pacjentom przekazywano tylko słowną informację o bólu i metodach jego leczenia. W 22 proc. szpitali przekazywano pisemną informację o bólu tylko pacjentom operowanym. Jedynie 9 proc. szpitali udostępniło wszystkim pacjentom ulotki informacyjne o bólu i metodach jego leczenia.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę, że rośnie liczba pacjentów oczekujących na specjalistyczną poradę dotyczącą leczenia bólu. Zgodnie ze stanem na dzień 31 marca 2016 roku, łącznie w sześciu skontrolowanych poradniach w kolejce do specjalisty z zakresu leczenia bólu czekało 738 pacjentów, a pięć miesięcy później już 851 (31 sierpnia 2016 r). W skrajnym przypadku, czas oczekiwania na wizytę wynosił cztery miesiące. Jednocześnie mieszkańcy tylko 1/3 powiatów w Polsce mogą skorzystać ze specjalistycznej porady dot. leczenia bólu na obszarze własnego powiatu. Na terenie 70 procent powiatów (266 z 380) mieszkańcy nie mieli możliwości skorzystania z bezpłatnej wizyty u specjalisty w poradni leczenia bólu.

W oparciu o ustalenia kontroli, Najwyższa Izba Kontroli zwróciła się do Ministra Zdrowia

1. O rozważenie wprowadzenia obowiązku dokumentowania pomiarów natężenia bólu we wszystkich podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych.

2. O konieczność podjęcia działań w celu zwiększenia nacisku w procesie nauczania przyszłych lekarzy i pozostałej kadry medycznej na zagadnienia związane z leczeniem bólu i stałe podnoszenie kwalifikacji w tym zakresie.

W oparciu o ustalenia kontroli, Najwyższa Izba Kontroli zwróciła się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

1. O celowość przeanalizowania przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dostępności świadczeń zdrowotnych w poradniach leczenia bólu i dostosowanie nakładów finansowych na te świadczenia, adekwatnie do zdiagnozowanych potrzeb.

IV. REKOMENDACJE W ZAKRESIE POPRAWY JAKOŚCI LECZENIEM BÓLU PRZEWLEKŁEGO W POLSCE

Ogromne obciążenie, jakie generuje ból przewlekły powinno być zmniejszone przez wdrażanie strategii pozwalających na poprawę w zakresie zapobiegania bólowi oraz skutecznego leczenia. Inwestycje w strategię leczenia bólu, które mają na celu nie tylko uśmierzenie bólu, ale również, gdy jest to możliwe, rehabilitację pacjentów, tak aby mogli powrócić do aktywnego życia społecznego i zawodowego, zaprocentują mniejszym cierpieniem ludzi oraz redukcją kosztów socjoekonomicznych.

Kluczowe jest 8 priorytetowych obszarów działania, poprawy w zakresie właściwego leczenia chorych z bólem przewlekłym w Polsce.

1. POPRAWA W ZAKRESIE OCENY, LECZENIA I MONITOROWANIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO W POLSCE W OPIECE AMBULATORYJNEJ I OPIECE PRZEDSZPITALNEJ.

Wdrożenie standardu organizacyjnego leczenia bólu w opiece ambulatoryjnej rozporządzeniem Ministra Zdrowia (projekt z 16 stycznia 2020 roku po konsultacjach).

Opracowanie zaleceń w zakresie postępowania z pacjentem dorosłym z zaostrzeniami bólu przewlekłego w Zespołach Ratownictwa Medycznego „P i S”, Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym.

2. ZAPEWNIENIE ODPOWIEDNIEGO POZIOMU EDUKACJI PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA I SPOŁECZEŃSTWA

Już w roku 2007 utworzono studia podyplomowe Medycyna Bólu w Medycznym Centrum Kształcenia Podyplomowego w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dotychczas studia ukończyło ponad 1000

lekarzy różnych specjalności medycznych Ponadto PTBB we współpracy z innymi towarzystwami naukowymi prowadzi kursy, szkolenia i wykłady dotyczące medycyny bólu, publikuje podręczniki i zalecenia kliniczne, oparte na aktualnej wiedzy naukowej. Edukacja pacjentów i społeczeństwa jest prowadzona przez odpowiednie strony internetowe oraz materiały drukowane dostępne dla pacjentów, oferując informacje oparte na dowodach naukowych

3. ZAPEWNIENIE DOSTĘPU PACJENTOM DO ODPOWIEDNIEJ, ZINDYWIDUALIZOWANEJ TERAPII PRZECIWBÓLOWEJ.

Poprawa dostępności do leczenia bólu odbywa się przez uproszczenie i ujednolicenie zasad refundacji analgetyków opioidowych i koanalgetyków, niezależnie od rodzaju bólu.

4. ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI DO WIELOKIERUNKOWEGO LECZENIA CHORYCH Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM.

Leczenie wielokierunkowe obejmuje nie tylko farmakoterapię, lecz również zabiegi interwencyjne rehabilitację, neuromodulację oraz psychoterapię. Konieczne jest uwzględnienie w ramach poradni leczenia bólu terapii psychologicznej oraz jej odpowiednia wycena.

5. PODNIESIENIE WYCENY PROCEDUR ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH PORADNI LECZENIA BÓLU.

Obecna wycena procedur nie oddaje realistycznych kosztów wielokierunkowego leczenia pacjenta z bólem przewlekłym, co sprawia, że organizatorzy opieki zdrowotnej nie są zainteresowani tworzeniem nowych poradni leczenia bólu.

6. UTWORZENIE 4 ODDZIAŁÓW LECZENIA BÓLU W POLSCE.

Utworzenie 4 Oddziałów Leczenia Bólu w Polsce (16- 20 łóżek) zapewni możliwość szczegółowej diagnostyki i leczenia pacjentów w kryzysie bólowym, oraz wymagających zastosowania interwencyjnych technik leczenia

bólu, takich jak zabiegi neurodestrukcyjne w zakresie układu nerwowego (np. termolezja zwoju Gassera, neurolizy układu współczulnego), i metody dokanałowej podaży leków przeciwbólowych.

7. UTWORZENIE UMIEJĘTNOŚCI MEDYCYNĄ BÓLU.

Polska jest jedynym z nielicznych krajów w Unii Europejskiej nie posiadających takiej umiejętności czy specjalizacji.

8. STWORZENIE SYSTEMU REFERENCYJNEGO KONTRAKTOWANIA ŚWIADCZEŃ W OPARCIU WYMAGANĄ OCENĘ JAKOŚCI LECZENIA PACJENTA Z BÓLEM

Bibliografia:

1. Ból pod redakcją Dobrogowski J., Wordliczek J., Kocot-Kępska M. Termedia Wydawnictwo Medyczne Poznań 2020
2. Ból w Europie - priorytet zdrowia publicznego, Brevik H., Eisenberg E., Hanna M., O'Brien T., Grupa Robocza ds. Białej Księgi, Wielka Brytania, wrzesień 2011.
3. Dostępność Terapii Przeciwbólowej. Najwyższa Izba Kontroli. Warszawa lipiec 2017
4. O bólu do bólu. Niedokończona rozmowa. Marek Hilgier. Wydawnictwo Lekarskie. PZWL, Warszawa 2008.
5. Poradnik dla Pacjenta i opiekuna. Fundacja Wygrajmy Zdrowie, Koalicja na Rzecz Walki z Bólem „ Wygrajmy z Bólem”. Warszawa 2016.
6. Priorytety w zakresie leczenia bólu w Polsce. Koalicja na Rzecz Walki z Bólem” Wygrajmy z Bólem, Fundacja Eksperti dla Zdrowia, Warszawa 2015-2016.
7. Propozycje systemowych rozwiązań prawnych w zakresie leczenia bólu w Polsce. Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Fundacja Wygrajmy z Bólem Fundacja Eksperti dla Zdrowia, Warszawa 2016. Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów, Sejm RP.
8. Propozycje systemowych rozwiązań w zakresie uśmierzania bólu w Zespołach Ratownictwa Medycznego. Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Koalicja na rzecz Walki z Bólem „ Wygrajmy z Bólem”, Fundacja Eksperti dla Zdrowia. Warszawa, czerwiec 2016. Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów. Sejm RP.
9. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych
dostęp z dnia 20 listopada 2022 roku
<https://legislacja.gov.pl/projekt/12329201/katalog/12656901#12656901>

Spis tabel i rycin:

Tabela 1. Najczęstsze zespoły przewlekłego bólu nienowotworowego vs. procent pacjentów z bólem nienowotworowym/22

Tabela 2. Sytuacje w których pacjent z bólem powinien zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej /29

Tabela 3. Ocena nasilenia bólu według skali numerycznej NRS/32

Tabela 4. Wskazania do wizyty w Poradni Leczenia Bólu/35

Tabela 5. Wskazania do zgłoszenia się do Poradni Medycyny Paliatywnej/38

Tabela 6. Zestaw najczęściej zadawanych pytań przez pacjenta lekarzowi w Poradni Medycyny Paliatywnej/39

Tabela 7. Procent osób dorosłych cierpiących ból przewlekły vs. rodzaje chorób/55

Rycina 1. Proces nocyciepcji/26

Rycina 2. Liczba osób dorosłych z bólem przewlekłym vs. liczba osób dorosłych w Polsce/54

Rycina 3. Liczba osób dorosłych w wieku produkcyjnym z bólem przewlekłym vs. liczba osób w wieku poprodukcyjnym z bólem przewlekłym vs. ogólna liczba osób dorosłych w Polsce na dzień 31 grudnia 2020 roku/54

RYCINA 4. 10 TOP problemów zdrowotnych w Polsce według wskaźnika DALY/57

Rycina 5. Struktura problemów zdrowotnych w Polsce według wskaźnika DALY/58

RAPORT JEST CHRONIONY PRAWEM AUTORSKIM, POWSTAŁ W RAMACH KAMPANII NIE MUSI BOLEĆ!



KAMPANIA 	PATRONAT HONOROWY  Minister Zdrowia Patronat Honorowy  Rzecznik Praw Pacjenta  NACZELNA IZBA LECYKÓW  Polish Society of Pain Medicine	ORGANIZATOR  Polish Society of Pain Medicine  eksperti dla zdrowia  FUNDACJA MEDYCyny BOLEU
	PATRONAT  Polish Society of Pain Medicine  Polish Society of Pain Medicine  Polish Society of Pain Medicine  Polish Society of Pain Medicine  Polish Society of Pain Medicine  Polish Society of Pain Medicine	PARTNER WSPIERAJĄCY  BAUSCH+Health  BERLIN-CHEMIE MENARINI  STADA