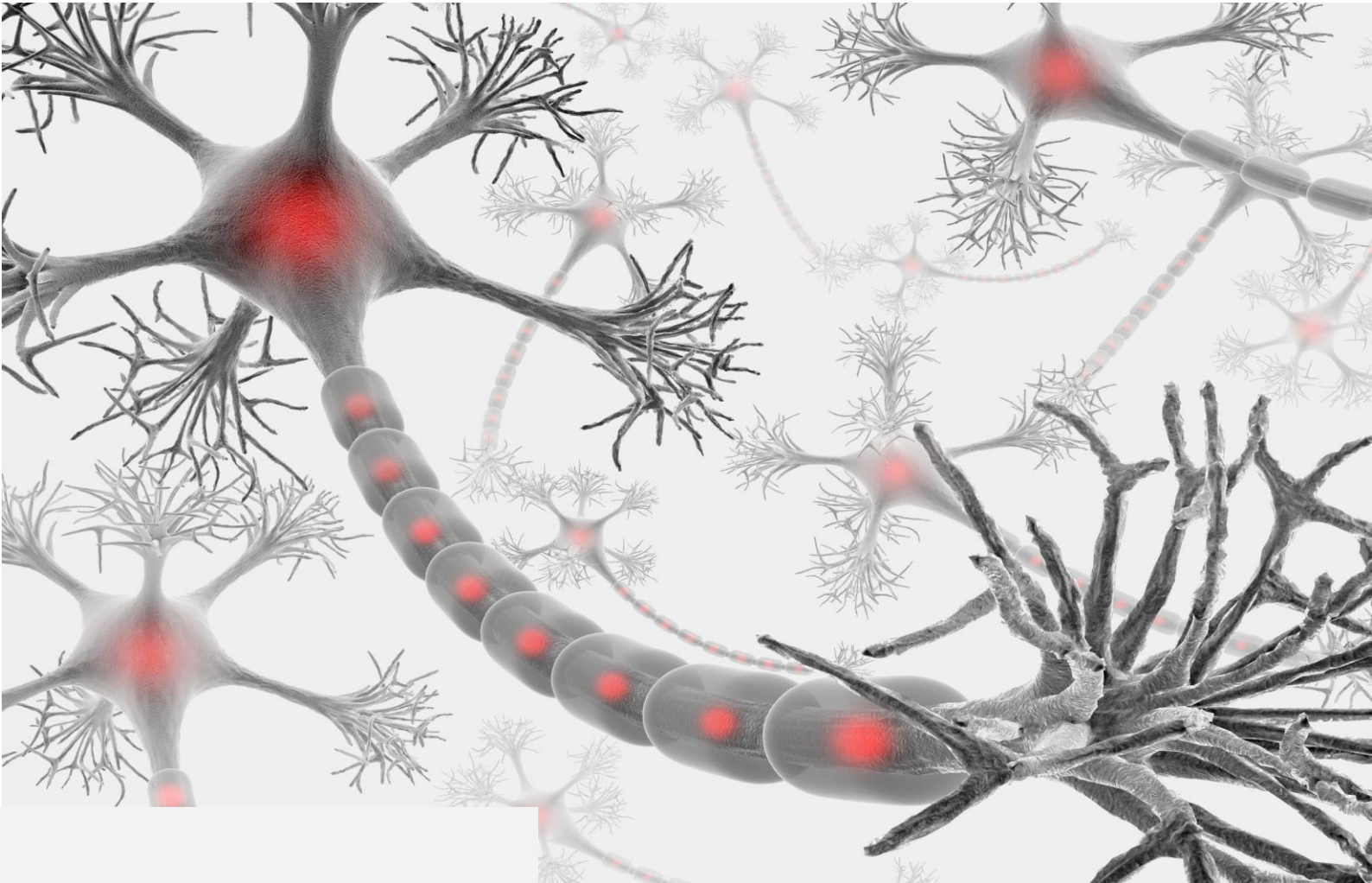




RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

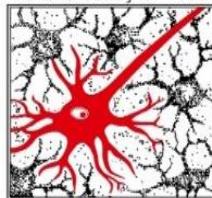
PARLAMENTARNY ZESPÓŁ DS. MEDYCZYNY BÓLU



ŚWIATOWY DZIEŃ WALKI Z BÓLEM

Rekomendacje ekspertów w zakresie
poprawy jakości opieki nad
pacjentem z bólem przewlekłym

Polskie Towarzystwo
Badania Bólu
Polish Association
for the Study of Pain



EFZ eksperci
dla zdrowia

Warszawa, 14 października 2024

Raport został opracowany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu i Fundację Ekspertów dla Zdrowia. Powstał w ramach kampanii NIE MUSI BOLEĆ z inicjatywy Parlamentarnego Zespołu ds. Medycyny Bólu.





„Z perspektywy misji systemu ochrony zdrowia centralnym ogniwem jest perspektywa Pacjenta. Dlatego jakość opieki przeciwbólowej nad pacjentem z bólem przewlekłym jest czułym miernikiem jakości ochrony zdrowia państwa”.

Elżbieta Polak

Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Medycyny Bólu

Posel na Sejm RP

AUTORZY RAPORTU

dr n.med. Magdalena Kocot- Kępska, EDPM

anestezjolog, Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski, EDPM

anestezjolog, Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

prof. dr n. med. Andrzej Kübler

anestezjolog, 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

farmakolog, 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

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

dr hab. n.med. Dariusz Kosson

anestezjolog, Przewodniczący Sekcji Interwencyjnej Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Nauczania Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr n.med. Marcin Kołacz

anestezjolog, Sekcja Interwencyjna Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Marzena Domańska - Sadyńca, MBA

ekspert ochrony zdrowia, Prezes Fundacji Eksperci dla Zdrowia, Członek Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

SPIS TREŚCI

WSTĘP/6
1. BÓL PRZEWLEKŁY/7
2. ANALIZA KLUCZOWYCH ASPEKTÓW BÓLU PRZEWLEKŁEGO W POLSCE/11
2.1. Epidemiologia jako problem zdrowotny na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia/11
2.2. Ocena dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia bólu/15
2.3. Ocena przestrzegania praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia bólu na podstawie Raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2024 roku/17
3. KOMPLEKSOWA ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM W AMBULATORYJNEJ OPIECE SPECJALISTYCZNEJ/19
3.1. Standard organizacyjny leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych/19
4. ŚCIEŻKA PACJENTA Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM/28
4.1. Pacjent z bólem przewlekłym w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/28
4.2. Pacjent z bólem przewlekłym w poradni leczenia bólu/33
4.3. Pacjent w poradni medycyny paliatywnej/ 35
5. BEZPIECZEŃSTWO STOSOWANIA FARMAKOTERAPII W BÓLU PRZEWLEKŁYM/37
5.1. Zrozumieć pacjenta z bólem/37
6. REKOMENDACJE POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADANIA BÓLU W ZAKRESIE POPRAWY JAKOŚCI LECZENIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO W POLSCE/41
Bibliografia, Spis Tabel i Rycin/46

WSTĘP

Światowy Dzień Walki z Bólem obchodzony jest co roku w dniu 17 października. Intencją tego wydarzenia jest zwrócenie uwagi na jakość życia osób cierpiących ból oraz możliwość jej poprawy. Data została ustalona w 2004 r. przez Światową Organizację Zdrowia, WHO (ang: *World Health Organization*). Należy podkreślić, że ból według nowej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób Zdrowotnych ICD - 11 stanowi odrębną jednostką chorobową. W Polsce klasyfikacja ICD-11 powinna zostać wdrożona w ciągu najbliższych lat. Raport Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Fundacji Eksperti dla Zdrowia pt.: „Światowy Dzień Walki z Bólem. Rekomendacje ekspertów w zakresie poprawy opieki nad pacjentem z bólem przewlekłym” prezentuje kluczowe aspekty bólu przewlekłego oraz przedstawia rekomendacje zmian.

Analiza kluczowych aspektów bólu przewlekłego, w tym dostępności do świadczeń zdrowotnych na poziomie poradni leczenia bólu została przygotowana w oparciu o dane Głównego Urzędu Statystycznego i map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia. Na podstawie wyników Raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2024 roku został przedstawiony problem związany z nieprzestrzeganiem prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia bólu monitorowania, oceny i skuteczności leczenia bólu. W rozdziale dotyczącym bezpieczeństwa leczenia bólu przewlekłego przedstawiono przyczyny nieprawidłowości w leczeniu bólu, które w konsekwencji doprowadzają do chronifikacji bólu i pogorszenia funkcjonowania pacjenta. Podkreślono, że w bólu przewlekłym w którym jego natężenie przekracza wartość 4 w skali numerycznej istnieją wskazania do podania opioidów jako składowych racjonalnej polifarmakoterapii bólu. Wskazano na konieczność stosowania farmakoterapii kontekstowej, w której w wyborze leku przeciwbólowego postępujemy zgodnie z zasadą pacjent, jego ból, jednak w kontekście chorób współistniejących.

Zwieńczeniem raportu jest 10 REKOMENDACJI POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADANIA BÓLU W ZAKRESIE POPRAWY OPIEKI NAD PACJENTEM Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM.

1. BÓL PRZEWLEKŁY

MAGDALENA KOCOT-KĘPSKA

1. Zakład Badania i Leczenia Bólu KAiT UJ CM w Krakowie
2. Poradnia Leczenia Bólu, Szpital Uniwersytecki w Krakowie
3. Polskie Towarzystwo Badania Bólu

Ból według nowej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób Zdrowotnych ICD - 11 stanowi odrębną jednostką chorobową. Wdrożenie klasyfikacji ICD-11 nastąpiło po kilku latach konsultacji i zatwierdzeniu 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. Niezależnie od przyczyny, ból 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.

Tabela 1. Podział bólu

PODZIAŁ BÓLU	RODZAJE BÓLU
Ze względu na kryterium czasu	<ol style="list-style-type: none">1. <i>ostry</i>: pooperacyjny, pourazowy, porodowy.2. <i>przewlekły</i>: receptorowy (somatyczny i trzewny, niereceptorowy (neuropatyczny i psychogeny).
Ze względu na patomechanizm	<ol style="list-style-type: none">1. <i>receptorowy</i>:<ol style="list-style-type: none">a. fizjologiczny (ból przemijający, pojawia się np. przy dotknięciu gorącego żelazka, gdy bodziec drażniący nie doprowadza do uszkodzenia tkanek).b. kliniczny: somatyczny (uszkodzenie tkanek dotyczy powłok naszego ciała) i trzewny (uszkodzenie dotyczy struktur wewnątrz jamy brzusznej lub klatki piersiowej).

2. *niereceptorowy*:

- a. neuropatyczny (uszkodzenie układu nerwowego) jeżeli choroba dotyczy obwodowego układu nerwowego mówimy o obwodowym bólu neuropatycznym, jeśli ośrodkowego o ośrodkowym bólu neuropatycznym.
- b. psychogeny (manifestuje się długotrwałym, silnym i uporczywym bólem, którego pochodzenie nie jest wyjaśnione ani obecnością zaburzeń somatycznych ani procesami fizjologicznymi). O bólu psychogenym można mówić dopiero po wykluczeniu organicznych przyczyn choroby.

Źródło: opracowanie własne

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

Ból ostry trwa krótko (do 3 miesięcy), pełni funkcję ostrzegawczo-obronną i ustępuje wraz z wywołującą go chorobą. Wymaga leczenia choroby podstawowej oraz łagodzenia bólu.

Ból ostry dotyka 5% populacji.

Ból przewlekły, to 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. polineuropatii w cukrzycy, chorobie nowotworowej) lub może wynikać jedynie ze zmian strukturalnych neuroplastycznych (np. przetrwały ból pooperacyjny) jako niezależne schorzenie. Ból przewlekły może się rozwinąć po epizodzie bólu ostrego i trwać pomimo wygojenia tkanek.

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. Początkowo może to być ból zapalny, ale po pewnym czasie i przekroczeniu granic fizjologicznej regeneracji staje się bólem przewlekłym ze wszystkimi tego konsekwencjami. Odczuwanie bólu ma charakter bardzo indywidualny dla każdego człowieka, wpływ na to

mają zarówno wcześniejsze doświadczenia związane z doznaniem bólowymi, jak i indywidualne zależności między psychiką a ciałem. Z tego względu, jedyną osobą, która może podjąć decyzję co do wizyty u lekarza w odpowiednim czasie, kiedy jeszcze ból ostry nie przeszedł w ból przewlekły jest sam pacjent.

Ból jest wynikiem fizjologicznych procesów nocycepcji tj. procesu składającego się z odbioru bodźca bólowego, jego przewodzenia w postaci impulsu, następnie modulacji, percepcji 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.

Istotnym 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 leczenie bólu nowotworowego wymaga rocznie ponad 300 tysięcy osób. Ból u chorego na nowotwór ma złożoną etiologię, może wynikać z obecności samego guza lub przerzutu, 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.

Czynniki ryzyka powstawania bólu przewlekłego, to:

- płeć żeńska,
- starszy wiek,
- niższy poziom wykształcenia (OR 1,17),
- niższy poziom dochodów,
- bezrobocie, renta, emerytura,
- bycie samotnym (wdowieństwo, rozwód),
- otyłość (OR 1,89) lub niedowaga (OR 1,51),

- choroby układu sercowo-naczyniowego (OR 3,84) i układu oddechowego (przewlekła obturacyjna choroba płuc – POChP),
- praca fizyczna,
- palenie papierosów.

Najczęstszą przyczyną przewlekłych dolegliwości bólowych są:

- schorzenia mięśniowo-szkieletowe, w tym choroba zwyrodnieniowa stawów: 34%,
- bóle krzyża: 18 %,
- bóle głowy: 15% – w tym migrena 7%,
- urazy: 12% i obwodowy i ośrodkowy ból neuropatyczny.

Ból neuropatyczny:

Ból neuropatyczny występuje u 7–10% dorosłej populacji.

Zapadalność dla najczęstszych zespołów bólu neuropatycznego wynosi:

- neuralgia po półpaścu: 28,2–42,0/100 000/rok.
- neuralgia trójdzielna: 26,8–28,9/100 000/rok.
- bolesna polineuropatia cukrzycowa: 15,3–72,3/100 000/rok.
- ból fantomowy: 0,8–1,5/100 000/rok.
- neuralgia nerwu językowo-gardłowego 0,4–0,8/100 000/rok.

Ogólnie zapadalność dla bólu neuropatycznego można określić na około 8,2/1000/rok.

Ból u chorych na nowotwory występuje średnio u 50% chorych na nowotwór, niezależnie od stadium choroby, z czego:

- u 39% po leczeniu choroby nowotworowej.
- u 55% podczas leczenia nowotworu.
- u 66% w terminalnej, rozsianej fazie nowotworu.

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.

Dużym problemem jest również ból, który towarzyszy chorobie nowotworowej.

Na nowotwory choruje około 1% populacji na całym świecie, a dolegliwości bólowe odczuwa prawie 75 % tych chorych, co daje rocznie około 220 tysięcy pacjentów w Polsce, którzy wymagają leczenia bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej.

2. ANALIZA KLUCZOWYCH ASPEKTÓW BÓLU PRZEWLEKŁEGO W POLSCE

MARZENA DOMAŃSKA-SADYNICA

1. Fundacja Eksperti dla Zdrowia
2. Polskie Towarzystwo Badania Bólu

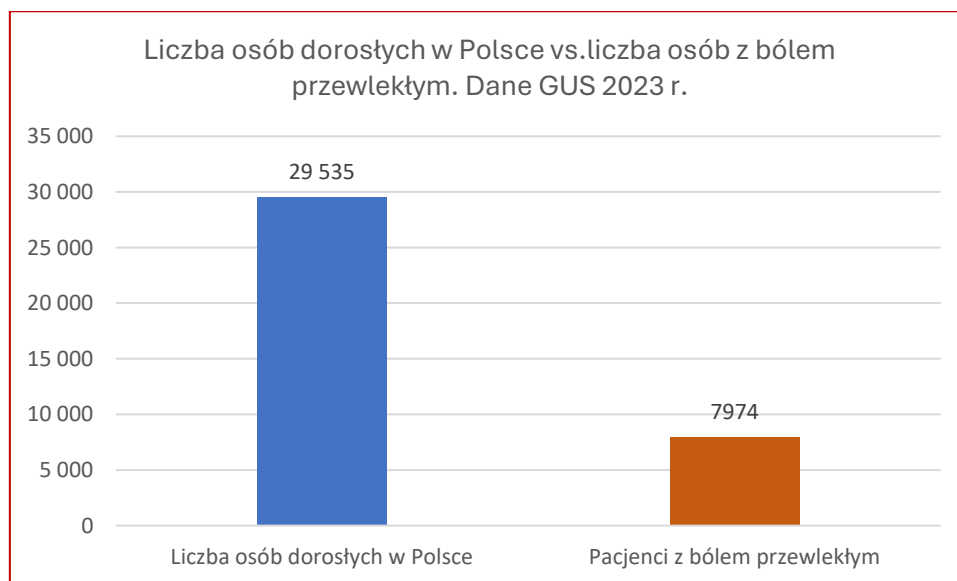
2.1. Epidemiologia jako problem zdrowotny na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia

Ból przewlekły, niezależnie od etiologii, dotyczy około 20% dorosłej populacji krajów rozwiniętych, a w Polsce – 27%. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2023 roku, ogólna liczba osób dorosłych w Polsce wyniosła ponad 29 mln. na dzień 31 grudnia 2023 roku.

Niniejsze dane w zestawieniu z epidemiologią bólu przewlekłego w Polsce (27 proc) świadczą, że w Polsce prawie 7,83 mln. osób dorosłych może cierpieć na ból przewlekły.

Liczba ta wskazuje na skalę problemu bólu przewlekłego, z jaką mierzy się codziennie ponad 7,83 mln dorosłych osób oraz określa zarazem skalę obciążenia chorobowego w Polsce.

Rycina 1. Liczba osób dorosłych z bólem przewlekłym vs. liczba osób dorosłych w Polsce



Źródło: Polska w liczbach 2023, Główny Urząd Statystyczny

Do najczęstszych przyczyn przewlekłych dolegliwości bólowych należą schorzenia mięśniowo-szkieletowe, m.in. choroba zwyrodnieniowa stawów, która dotyczy 2,66 mln dorosłej populacji, bóle krzyża - 1,41 mln. dorosłej populacji, bóle głowy - 1,17 mln. dorosłej populacji - w tym migrena 0,55 mln dorosłej populacji, urazy - 0,94 mln. dorosłej populacji i obwodowy i ośrodkowy ból neuropatyczny - od 0,55 mln. do 0,78 mln. dorosłej populacji. 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.

Mając na uwadze skalę problemu dotyczącą ilości osób cierpiących ból przewlekły w Polsce (ponad 7,83 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.

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 niesprawnością (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. Jak wynika z danych, wśród 10 najważniejszych TOP Problemów Zdrowotnych Polski (dane za 2019 rok) na czwartym miejscu znalazł się ból dolnego odcinka kręgosłupa z wynikiem DALY równym aż 573 775.

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

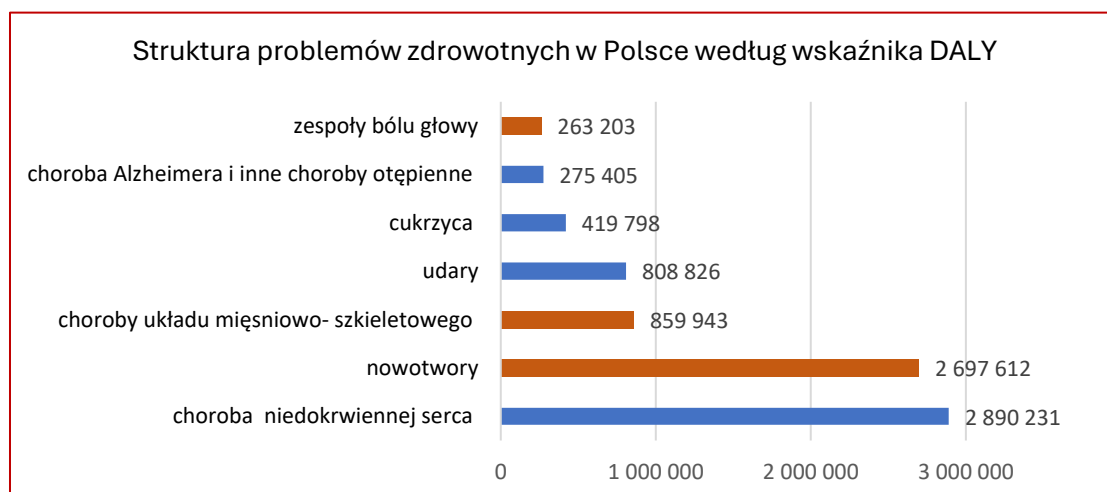
RYCINA 2. 10 TOP problemów zdrowotnych w Polsce według wskaźnika DALY



Źródło: opracowanie własne na podstawie map 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 3. Struktura problemów zdrowotnych w Polsce według wskaźnika DALY



Źródło: opracowanie własne na podstawie map 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.

2.2. Ocena dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia bólu

Dane z map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia wskazują, że w roku 2023 w Polsce liczba poradni leczenia bólu wyniosła 189. Należy mieć na uwadze, że większość tych poradni to indywidualne praktyki lekarskie, w których pacjent może uzyskać jedynie farmakoterapię. Liczba poradni leczenia bólu z 2023 roku spadła w stosunku do roku 2016 o ponad 11 procent.

Rycina 4. Liczba poradni leczenia bólu w Polsce w latach 2016-2023

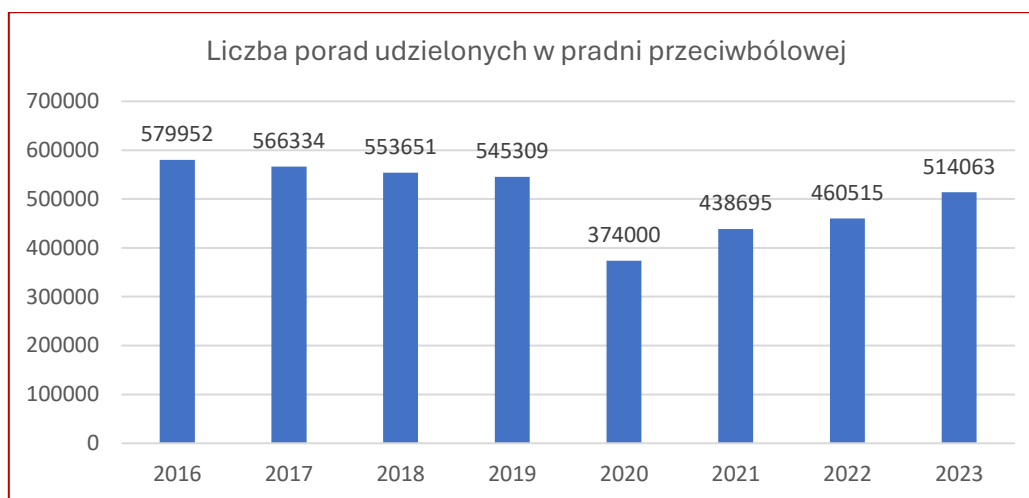


Źródło: opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia z 2020 roku

Wśród 189 poradni leczenia bólu, funkcjonuje tylko 17 specjalistycznych poradni leczenia bólu posiadających certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu (PTBB), w których pacjent może skorzystać z wielokierunkowego leczenia bólu. Należy podkreślić, że w stosunku do roku 2016 liczba poradni z certyfikatem PTBB spadła o 65 procent.

Liczbę porad udzielonych w poradni leczenia bólu w latach 2016 – 2023 przedstawiono na Rycinie 5.

Rycina 5. Liczba porad udzielonych w poradni leczenia bólu w Polsce w latach 2016-2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia z 2020 roku

Mapy potrzeb zdrowotnych zawierają dane w zakresie struktury porad udzielonych w poradniach leczenia bólu. Liczba porad udzielonych w poradni leczenia bólu świadczeniobiorcom z chorobami układu szkieletowo-mięśniowego wyniosła 263 158, co stanowi ponad 51,19 procent wszystkich porad udzielonych pacjentom w poradni leczenia bólu. Na drugim miejscu w liczbie porad 132 336 znalazły się choroby układu nerwowego, co stanowi 25,75 procent udzielonych porad, nowotwory stanowią 3,19 procent wszystkich porad.

Ważnym parametrem, określającym różnice w dostępności do poradni leczenia bólu jest liczba udzielonych porad w przeliczeniu na 1 tysiąc mieszkańców. Najwięcej porad w roku 2023 udzielono w województwie śląskim – 41,73 porad/tys. mieszkańców, małopolskim – 20,58 porad/tys. mieszkańców, pomorskim – 14,46 porad/tys. mieszkańców i podkarpackim 13,96 – porad/tys. mieszkańców. Jednocześnie najmniej porad udzielono w województwie świętokrzyskim (2,01), łódzkim (4,01), dolnośląskim.

2.3. Ocena przestrzegania praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia bólu na podstawie Raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2024 roku

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych jest podstawowym prawem pacjenta. Istotą bowiem wszelkich interwencji medycznych jest podejmowanie działań mających na celu poprawę, ratowanie oraz przywracanie stanu zdrowia pacjentów, a więc właśnie udzielanie świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Według specjalistów z różnych dziedzin medycyny, systematyczne pomiary natężenia bólu i ocena efektów leczenia są niezbędne dla skutecznego procesu uśmierzania bólu. Monitorowanie jego skuteczności powinno się odbywać od rozpoczęcia do zakończenia leczenia, bez względu na charakter występującego bólu.

Kluczowa dla zastosowania odpowiedniego leczenia bólu jest odpowiednia komunikacja z pacjentem i jego edukacja. Jak wynika z Raportu z lipca 2024 roku *Informacji o wynikach kontroli* Najwyższej Izby Kontroli pt.: „Przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia” nie było przestrzegane prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia bólu monitorowania oceny i skuteczności leczenia bólu w 35 % podmiotów, w których nie było prowadzone, bądź dokumentowane, w pełni rzetelnie.

Brakowało niektórych ocen natężenia bólu i skuteczności zastosowanego leczenia, co było niezgodne z wewnętrznymi procedurami i mogło świadczyć o niewystarczającej opiece nad pacjentem.

Naruszono w ten sposób prawo pacjenta określone w art. 20a ust. 2 ustawy o *prawach pacjenta*. Ustalenia kontroli NIK wskazują więc, iż nadzór nad prawidłowością funkcjonowania procedur wewnętrznych dotyczących oceny i skuteczności leczenia bólu, sprawowany przez kierujących kontrolowanymi podmiotami leczniczymi, był niewystarczający.

Analizowana dokumentacja medyczna pacjentów nie zawierała wpisów potwierdzających monitoring leczenia bólu i wdrożenie leczenia. Nie zamieszczano w sposób usystematyzowany informacji na temat stopnia natężenia bólu, działań

podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności zastosowanego leczenia oraz skuteczności zastosowanego leczenia, co jest niezgodne z dyspozycją & 16 ust.2 pkt. Rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

Uniemożliwiło to sprawdzenie czy pacjenci byli leczeni przeciwbólowo zgodnie z art.20a ust.2 ustawy o prawach pacjenta oraz prześledzenie procesu monitorowania przez personel medyczny skuteczności zastosowanej terapii. Ponadto nie przestrzegano obowiązującej procedury leczenia bólu.

W niektórych szpitalach została wprowadzona procedura leczenia bólu w 2023 roku, tymczasem & 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego nakładał obowiązek jej ustalenia do 1 stycznia 2015 roku.

Ponadto w przedłożonej dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych po jej wdrożeniu brak było w szczególności informacji wskazujących na skuteczną ocenę działania leczenia przeciwbólowego.

3. KOMPLEKSOWA ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM W AMBULATORYJNEJ OPIECE SPECJALISTYCZNEJ

MAGDALENA KOCOT-KĘPSKA 1,2,3 MARZENA DOMAŃSKA-SADYNICA 3,4.

1. Zakład Badania i Leczenia Bólu KAiT UJ CM w Krakowie
2. Poradnia Leczenia Bólu, Szpital Uniwersytecki w Krakowie
3. Polskie Towarzystwo Badania Bólu
4. Fundacja Ekspertów dla Zdrowia

3.1. Standard organizacyjny leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych

Standard organizacyjny leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych określa metody oceny bólu, wprowadza monitorowanie skuteczności leczenia bólu i obowiązek prowadzenia postępowania terapeutycznego mającego na celu łagodzenie i leczenie bólu (*rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych z dnia 6 lutego 2023*).

Warunkiem właściwego rozpoznania zespołów bólowych oraz towarzyszących im problemów (np. niesprawność, depresja, bezsenność) jest możliwie najbardziej wielowymiarowa ocena wszelkich czynników biomedycznych, psychologicznych i społecznych, które mogą wpływać na nasilenie bólu, jego charakter, czas trwania, sprawność fizyczną i codzienne funkcjonowanie pacjenta.

Właściwa ocena ma wpływ na podjęcie efektywnego leczenia ukierunkowanego na mechanizm powstawania dolegliwości bólowych. Ocenę bólu powinno się przeprowadzać wielokrotnie: w trakcie pierwszej wizyty, następnie należy ją powtarzać w celu określenia zmian w dolegliwościach i skuteczności zaproponowanej terapii.

Ponieważ ból jest doznaniem subiektywnym i wielowymiarowym, jego ocena w głównej mierze opiera się na informacjach uzyskiwanych od pacjenta.

Informacje jakie powinien uzyskać lekarz w trakcie oceny chorego z bólem przewlekłym:

- lokalizacja bólu (pierwotna i wtórna, promieniowanie) – określenie przez pacjenta obszaru odczuwania bólu, jego promieniowanie,
- okoliczności związane z wystąpieniem bólu (początek choroby, ewolucja w czasie),
- charakter bólu (opis bólu słowami pacjenta, np. kłujący, tępy); występowanie komponentów bólu neuropatycznego,
- nasilenie bólu: w spoczynku, w ruchu, maksymalne nasilenie,
- charakterystyka czasowa: czas trwania bólu, charakter ciągły/przerywany/napadowy (jeśli ból napadowy – czas trwania epizodu bólu),
- czynniki nasilające lub zmniejszające ból,
- objawy towarzyszące (np. nudności, zawroty głowy),
- wpływ bólu na codzienną aktywność (poruszanie się, samoobsługa, praca zawodowa), nastrój i sen,
- dotychczasowe leczenie: aktualnie i wcześniej zażywane leki przeciwbólowe – skuteczność, działania niepożądane; inne stosowane metody leczenia bólu,
- elementy historii medycznej pacjenta mogące mieć związek z dolegliwościami bólowymi: wcześniejsze i/lub współwystępujące dolegliwości/zespoły bólowe, schorzenia współistniejące, konsultacje u lekarzy specjalistów, stosowane leki,
- czynniki psychologiczne wpływające na doświadczanie bólu i leczenie: aktualny stan psychiczny pacjenta, towarzysząca psychopatologia i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresja), przekonania dotyczące przyczyny bólu, oczekiwania i preferencje odnośnie do leczenia bólu, oczekiwania odnośnie do wyniku leczenia, uzależnienia w wywiadzie,
- ocena zachowań bólowych (postawa ciała, aktywność ruchowa, artykulacja dźwięków, sposób poruszania się, relacje słowne, usposobienie).

Standard organizacyjny leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych określa rodzaje bólu, to jest:

- ból stanowiący istotny problem kliniczny – ból wymagający leczenia w opinii pacjenta lub lekarza,

- ból przewlekły – ból bez oczywistej biologicznej wartości, który zwykle trwa dłużej niż trzy miesiące.

W oparciu o standard świadczenia zdrowotne w poradni leczenia bólu są realizowane w przypadku:

- wyczerpania możliwości diagnostycznych i leczniczych pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej,
- w sytuacji trudności w postawieniu właściwego rozpoznania,
- braku lub niewielkiej skuteczności dotychczasowego sposobu leczenia,
- wskazania do zastosowania inwazyjnych metod leczenia,
- trudności w opanowaniu działań niepożądanych po terapii.

Pierwszym elementem standardu postępowania jest ocena bólu, która odbywa się poprzez:

- przeprowadzenie wywiadu lekarskiego z pacjentem.
- badanie przedmiotowe.
- badanie wykonywane za pomocą oceny skali bólu i badań pomocniczych.

Przeprowadzenie wywiadu lekarskiego z pacjentem

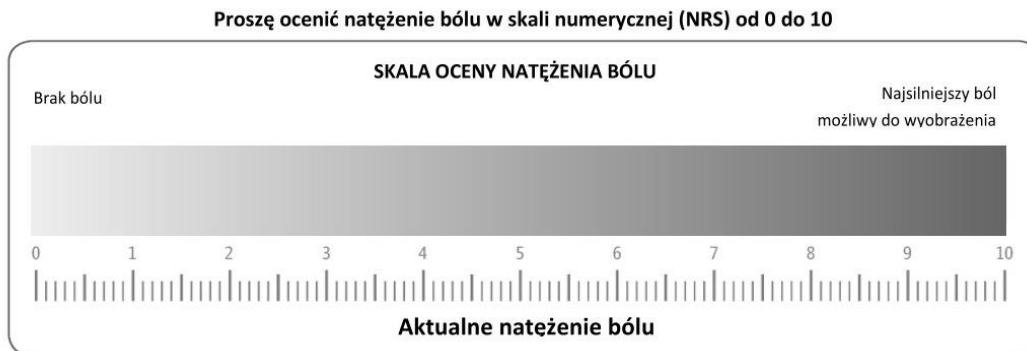
Wywiad powinien skupiać się na przyczynach i natężeniu bólu, charakterze i okolicznościach jego występowania, informacjach o dotychczasowym leczeniu, wpływie dolegliwości na jakość życia pacjenta oraz o dolegliwościach mogących wynikać bezpośrednio z bólu.

Pacjent jest podstawowym źródłem informacji o dolegliwościach, wobec tego wywiad powinien być przeprowadzany skrupulatnie, z użyciem skal natężenia bólu określonych rozporządzeniem.

Standard wyróżnia cztery skale natężenia bólu:

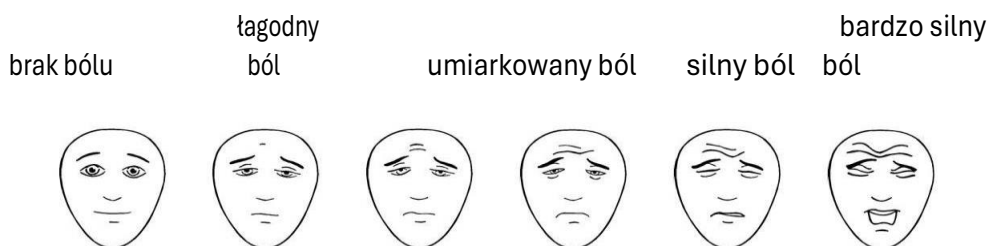
- Skala numeryczna (numerical rating scale – NRS) – 11-punktowa skala od 0 do 10 punktów, kolejne cyfry uszeregowane są wzdłuż poziomej linii, punkt 0 położony na lewym końcu oznacza „brak bólu”, punkt 10 znajdujący się na prawym końcu określa stwierdzenie: „najsilniejszy ból, jaki można sobie wyobrazić”. Skala numeryczna NRS jest łatwa w zastosowaniu i rozumiana przez większość

pacjentów. Należy poprosić pacjenta, żeby określił nasilenie bólu, wskazując odpowiednią cyfrę na skali, gdzie „0” oznacza „brak bólu”, a „10” a „10” – „najgorszy ból, jaki mogę sobie wyobrazić”. Łatwość używania NRS sprawia, że jest ona najczęściej stosowaną skalą w ocenie zarówno bólu przewlekłego, jak i ostrego.



Rysunek.1. Skala numeryczna (numerical rating scale – NRS) w karcie oceny nasilenia bólu

- skala obrazkowa (faces pain scale – FPS) – przedstawiająca kilka wyrazów twarzy za pomocą których ocenia się stopień nasilenia bólu. Przeznaczona jest przede wszystkim dla dzieci, ale także dla pacjentów w wieku podeszłym z niewielkimi lub średnimi deficytami poznawczymi, zaburzeniami wzroku, chorych niepiśmiennych, dyslektycznych i porozumiewających się w innym języku.



Rysunek 2. Faces pain scale – FPS. International Association for the Study of Pain

- skala słowna (verbal rating scale – VRS) – składająca się z kolejno ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określeniami stopnia nasilenia bólu: 0 – brak, 1 – lekki, 2 – umiarkowany, 3 – silny, 4 – nie do zniesienia.

Wadą tej skali jest to, że określenia w niej zawarte mogą być różnie rozumiane przez pacjentów.

- skala wzrokowo-analogowa (visual analogue scale – VAS) – ma postać linijki o długości 10 cm, pozwala na ocenę w skali od 0 (zupełny brak bólu) do 10 (najsilniejszy wyobraźalny ból). W przypadku skali VAS należy poprosić pacjenta o zaznaczenie stopnia nasilenia bólu na odcinku długości 10 cm (100 mm). Wynik uzyskuje się w centymetrach lub milimetrach. Jeżeli wzdłuż przebiegu linii rozmieszczone są określenia słowne dotyczące stopnia nasilenia bólu, nazywa się ją graficzną skalą opisową. W porównaniu ze skalą numeryczną dla około 10% chorych nie jest ona zrozumiała i nie potrafią oni wybrać odpowiedniego dla siebie punktu na linii.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Brak bólu		Łagodny		Umiarkowany			Mocny			Ból nie do wytrzymania

Rysunek 3. Verbal rating scale – VRS.

Oceniając zmiany w nasileniu bólu i efektywność stosowanego leczenia, należy przy każdym kolejnym badaniu korzystać z tej samej skali.

Badanie przedmiotowe

Równie istotne jest badanie przedmiotowe, w którym lekarz może znaleźć potwierdzenie w objawach bólowych opisywanych przez pacjenta w wywiadzie.

Z punktu widzenia lekarza oceniającego ból szczególną uwagę należy zwrócić na:

- postawę pacjenta, napięcie mięśni, punkty spustowe, tkliwość uciskową,
- zakres ruchów czynnych i biernych w stawach,
- chodzenie na palcach, chodzenie na piętach,
- ruchomość kręgosłupa w poszczególnych odcinkach,
- podstawowe badanie neurologiczne (ocena nerwów czaszkowych, obwodowych, odruchów rdzeniowych, siły mięśniowej).

Badania pomocnicze:

Badania pomocnicze mają na celu uzupełnienie informacji przekazanych przez pacjenta w wywiadzie, są zależne od schorzenia i stanu zdrowia pacjenta. Badaniami pomocniczymi stosowanymi w ocenie pacjentów bólowych są: badanie radiologiczne, tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (RM), ultrasonografia (USG), badania neurofizjologiczne i inne.

Wnioski z przeprowadzonego badania i analizy wykonanych badań pomocniczych uzupełniają zebrany wywiad i służą potwierdzeniu i uzupełnieniu ustalonego wcześniej rozpoznania lub do postawienia innej diagnozy.

Standard organizacyjny leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych zakłada obowiązkowe prowadzenie postępowania terapeutycznego mającego na celu łagodzenie i leczenie bólu.

Istotnym elementem kompleksowości standardu jest obowiązek monitorowania skuteczności tego leczenia. Odbywa się to między innymi na podstawie:

- oceny 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,
- rozważenie modyfikacji leczenia w odpowiedzi na wystąpienie działań niepożądanych,
- ocenę stopnia satysfakcji pacjenta z leczenia przeciwbólowego.

Ważnym elementem standardu jest [obowiązkowe dla lekarza dołączenie do historii choroby pacjenta karty oceny natężenia bólu](#).

Karta oceny nasilenia bólu jest obowiązkowym elementem dokumentacji medycznej i umożliwia pełne monitorowanie dolegliwości bólowych.

Standard organizacyjny leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych ma niezwykle duże znaczenie dla podniesienia jakości leczenia bólu oraz poprawy standardu życia osób zmagających się z bólem.

Kartę oceny natężenia bólu przedstawiono poniżej:

Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia (poz....)

WZÓR
„Karta oceny natężenia bólu”

Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Nazwisko i imię pacjenta

CZĘŚĆ A

1. WIZYTA PIERWSZA – OCENA BÓLU Data

Proszę ocenić natężenie bólu w skali numerycznej (NRS) od 0 do 10

SKALA OCENY NATĘŻENIA BÓLU

Brak bólu Najsilniejszy ból możliwy do wyobrażenia

Aktualne natężenie bólu

1. Aktualne natężenie bólu w skali numerycznej od 0 do 10:

2. Natężenie bólu w ciągu ostatniego tygodnia w skali numerycznej od 0 do 10:

**w przypadku braku możliwości zastosowania skali numerycznej proszę ocenić natężenie bólu w odpowiedniej skali – słowna , obrazkowa, wzrokowo-analogowa(nazwa skali oraz natężenie bólu)*

3. Proszę ocenić wpływ bólu na podstawowe elementy jakości życia:

Czy ból wpływa na nastrój:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> umiarkowanie	<input type="checkbox"/> znacznie
Czy ból wpływa na sen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> umiarkowanie	<input type="checkbox"/> znacznie
Czy ból wpływa na codzienne funkcjonowanie:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> umiarkowanie	<input type="checkbox"/> znacznie
Czy ból wpływa na pracę zawodową:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> umiarkowanie	<input type="checkbox"/> znacznie

1

CZĘŚĆ B (NIEOBOWIĄZKOWA)

1. Proszę określić lokalizację bólu który wymaga leczenia
(można zastosować numerację w przypadku wielu miejsc):

2. Proszę opisać charakter bólu:

- tępy, ostry, piekący/palący, kłujący, jak rażenie prądem
 stały, nawracający, napadowy

3. Czy stosuje Pani/Pan leki przeciwbólowe?

- tak – jakie? W jakich dawkach? nie

4. Czy stosowane leki przeciwbólowe zmniejszają ból?

- tak nie

Opinia lekarza:

1. Rozpoznanie zespołu bólowego

2. Zalecenia terapeutyczne – nazwa leku przeciwbólowego, dawka, częstość stosowania, inne metody leczenia

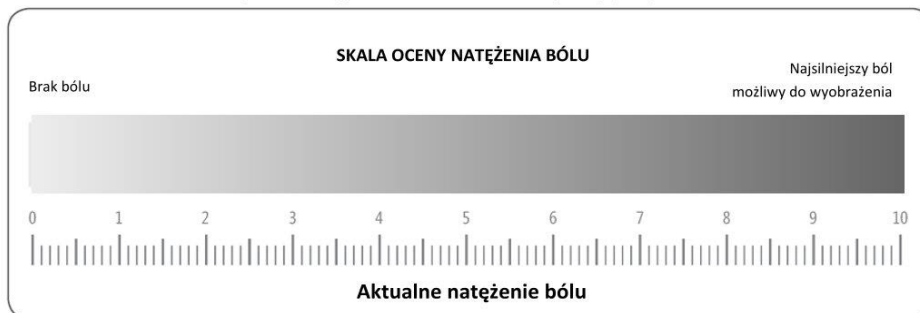
Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) tytuł zawodowy;
- 3) uzyskane specjalizacje;
- 4) numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy;
- 5) podpis.

2. WIZYTA KOLEJNA – KONTROLA BÓLU

Data

Proszę ocenić natężenie bólu w skali numerycznej (NRS) od 0 do 10



1. Aktualne natężenie bólu w skali numerycznej od 0 do 10:

2. Natężenie bólu w ciągu ostatniego tygodnia w skali numerycznej od 0 do 10:

**w przypadku braku możliwości zastosowania skali numerycznej proszę ocenić natężenie bólu w odpowiedniej skali-słowna, obrazkowa, wzrokowo-analogowa (nazwa skali oraz natężenie bólu)*

3. Proszę ocenić natężenie bólu w spoczynku i w ruchu:

4. Proszę ocenić ulgę w bólu jaką Pani/Pan odczuła po zastosowaniu leczenia przeciwbólowego:

- całkowita ulga
- umiarkowana ulga
- mała ulga
- brak ulgi w bólu

5. Czy ból jest dobrze kontrolowany pomiędzy dawkami leku przeciwbólowego?

- tak
- nie

4. ŚCIEŻKA PACJENTA Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM

MAGDALENA KOCOT-KĘPSKA

3. Zakład Badania i Leczenia Bólu KAiT UJ CM w Krakowie
4. Poradnia Leczenia Bólu, Szpital Uniwersytecki w Krakowie
5. Polskie Towarzystwo Badania Bólu

4.1. Pacjent z bólem przewlekłym w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

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. pódpaśca
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 chorób zapalnych stawów. 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 uśmierzenie 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).

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 zależy 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 przeciwbólwe 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.

4.2. 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 ból, 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.

4.3. 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 MEDYCYNYPALIATYWNEJ
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 zeszytce, 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?

5. BEZPIECZEŃSTWO STOSOWANIA FARMAKOTERAPII W BÓLU PRZEWLEKŁYM

JAROSŁAW WORONÍ

1. Szpital Uniwersytecki w Krakowie ,Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Gabinet Konsultacyjny Farmakologii Klinicznej
2. Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego UJ CM Kraków
3. Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

5.1. Zrozumieć pacjenta z bólem

Ból u polskiego pacjenta jest leczony w znacznej części przypadków w sposób nieprawidłowy. Brak aktualnej wiedzy, niewłaściwa ocena pacjenta z bólem i własne przekonania terapeutyczne prowadzą nierzadko do stosowania leków, które nie tylko, że nie pomagają to dodatkowo promują chronifikację bólu.

Ból nadmiarowy w rozumieniu biologicznym, do tego nieprawidłowo leczony powoduje utratę funkcji substancji szarej w mózgu, z to z kolei prosta droga do inwalidyzacji i niepełnosprawności. Nie jest prosty do zrozumienia fakt, że w kraju o tak wysokim spożyciu analgetyków nie opioidowych mamy do czynienia z tak dużą populacją pacjentów ze schronifikowanym bólem.

Nie trzeba nikogo przekonywać, że pacjent z bólem przewlekłym generuje w systemie opieki zdrowotnej znacznie wyższe koszty. Nieprawidłowo dobrana farmakoterapia to wzrost ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych w tym ciężkich, których leczenie niestety kosztuje z czego nie zawsze wszyscy zdają sobie sprawę.

Ból jest nieprzyjemnym doznaniem czuciowym i emocjonalnym co oznacza, że współistniejący lęk, zaburzenia nastroju czy bezsenność niekorzystnie modyfikują skuteczność farmakoterapii bólu, a co za tym idzie ból mogą chronifikować.

Przyczyny nieprawidłowości w leczeniu bólu, które w konsekwencji doprowadzają do chronifikacji bólu i pogorszenia funkcjonowania pacjenta przedstawiono w tabeli nr 7.

Tabela 7. Przyczyny nieprawidłowości w leczeniu bólu

PRZYCZYNY NIEPRAWIDŁOWOŚCI W LECZENIU BÓLU	
Nieprawidłowy wybór analgetyków	Typowym przykładem jest stosowanie paracetamolu w bólu zapalnym i bólu trzewnym. Lek nie wykazuje działania w bólu zapalnym, trzewnym i w nerwobólach w których jest nierzadko rekomendowany. Lek jest dostępny bez recepty, co powoduje, że ofiarą tych rekomendacji staje się nieświadomy pacjent.
Obawy przed koanalgetykami	Leki te często są zarejestrowane ze wskazaniami do leczenia depresji i padaczki, co u niektórych pacjentów wzbudza niechęć i podejrzliwość do wskazań jakimi są różne rodzaje bólu niereceptorowego.
Farmakoterapia nieprawidłowo dobrana w leczeniu bólu	Farmakoterapia nie kontekstowa prowadzi często do nieprawidłowego wyboru leków, co w konsekwencji nie tylko prowadzi do braku skuteczności, ale także do chroniczności bólu.
Samoleczenie bólu	Najczęściej wybór leku do terapii bólu przez pacjenta jest nieprawidłowy. Wynika to z faktu, że pacjent czerpie informacje o lekach przeciwbólowych z reklam, a nierzadko staje się ofiarą promocji różnych leków w aptece, które nie są właściwe w bólu u niego występującym.
Farmakoterapia indukująca ból	Leki takie jak fenotiazyny, leki antycholinergiczne o działaniu ośrodkowym, leki przeciwdepresyjne hamujące wychwyty zwrotny serotoniny czy mianseryna, mogą powodować nasilenie dolegliwości bólowych i/lub zmianę ich charakteru.
Niewłaściwe skojarzenia leków w farmakoterapii bólu	Farmakoterapia nieprawidłowo skojarzona może w wyniku niekorzystnych interakcji pomiędzy jednocześnie stosowanymi lekami doprowadzać do redukcji skuteczności nieprawidłowo skojarzonych leków np. jednoczesne stosowanie 2 NLPZ, kojarzenie słabych i silnych analgetyków opioidowych.
Zespół BBLD- ból-bezsenność-lęk-depresja	Ból, bezsenność, lęk, depresja to wzajemnie hiperalgetyzujące choroby, które nieprawidłowo leczone doprowadzają do chroniczności bólu. Szczególnie niekorzystne jest nadużywanie, przewlekłe stosowanie benzodiazepin i leków Z, czyli niebenzodiazepinowych leków nasennych.

<p>Painsomnia czyli bolesny sen jako konsekwencja farmakoterapii bólu nieprawidłowo skojarzonej</p>	<p>Bolesny sen jest najczęściej konsekwencją stosowania leków o działaniu antycholinergicznym i histaminolitycznym ośrodkowym w połączeniu z lekiem przeciwbólowym. Typowym przykładem absurdalnego, generującego painsomnie połączenia leku dostępnego bez recepty jest skojarzenie paracetamolu i difenhydraminy. Jest to lek mający w swojej nazwie własnej NOC , co oznacza , że jest zalecany na noc. Problem w tym, że jeżeli ból nasila się w nocy to jest to ból zapalny, w którym stosowanie paracetamolu jest błędem.</p>
<p>Farmakoterapia inwalidyzująca w leczeniu bólu</p>	<p>Polega na stosowaniu farmakoterapii, która z uwagi na zastosowane leki przyczynia się do wzrostu ryzyka chroniczności bólu, redukuje jakość życia i powoduje pogorszenie sprawności.</p>
<p>Obawa przed stosowaniem leków przeciwbólowych</p>	<p>Opioidofobia to typowy przykład obawy przed stosowaniem skutecznych i bezpiecznych pod warunkiem ich prawidłowego stosowania leków przeciwbólowych.</p>
<p>Stosowanie suplementów diety w „leczeniu” bólu</p>	<p>Suplementy diety nie leczą ich stosowanie w celu „leczenia” bólu jest błędem i jest bezwzględnie przeciwwskazane.</p>

Analgetyki opioidowe to leki skuteczne i bezpieczne w leczeniu bólu pod warunkiem, że..

Nie da się mówić o racjonalnym leczeniu pacjenta z bólem bez stosowania analgetyków opioidowych. **W bólu w którym jego natężenie przekracza wartość 4 w skali numerycznej istnieją wskazania do podania opioidów jako składowych racjonalnej polifarmakoterapii bólu.** Warto przypomnieć, że bezwzględnym warunkiem skuteczności i bezpieczeństwa jest personalizacja wyboru opioidu, w tej grupie leków nie ma efektu klasy co oznacza, że indywidualizacja wyboru zapewnia optymalną skuteczność i bezpieczeństwo stosowania. Dawka opioidów musi być miareczkowana czyli dostosowana do natężenia bólu. Prawidłowo stosowane opioidy zapewniają skuteczną ulgę w bólu nie zwiększając nadmiarowo ryzyka uzależnienia jak i występowania innych objawów niepożądanych tej terapii. Pacjent musi być monitorowany pod kątem skuteczności, objawów niepożądanych, ale także zużycia opioidów i potencjalnego nieprawidłowego ich stosowania. Nie należy także

jednocześnie przyjmować innych leków, które mogą indukować uzależnienie. Warto przypomnieć, że opioidy w większości to leki o działaniu plejotropowym. Rozumiemy przez to, że oprócz wpływu na receptory opioidowe efekt analgetyczny plus realizują także poprzez inne kompatybilne z działaniem receptorowym mechanizmy działania.

Szczególnymi przykładami opioidów o działaniu plejotropowym są tramadol, tapentadol czy metadon. Warto zauważyć, że analgetyki opioidowe mogą być kojarzone z innymi grupami analgetyków i koanalgetyków, co potencjalizuje ich działanie w farmakoterapii bólu.

Oligofarmakoterapia w leczeniu bólu – dlaczego ?

Oligofarmakoterapia to stosowanie leków, tylko tych które są niezbędne w leczeniu określonego pacjenta z bólem. Powoduje to redukcję ryzyka występowania zarówno działań niepożądanych jak i interakcji leków, w sposób bezpośredni i pośredni. Oligofarmakoterapia zmniejsza także ryzyko nieprawidłowego użycia leków stosowanych w leczeniu bólu.

Wybór leków stosowanych w farmakoterapii bólu nie może być przypadkowy

W farmakoterapii bólu nadal funkcjonuje przekonanie „dajmy przeciwbólowe i problem zniknie”. Nic bardziej błędnego. Racjonalna farmakoterapia bólu to farmakoterapia kontekstowa. Oznacza to, że w wyborze leku postępujemy zgodnie z zasadą pacjent, jego ból, jednak w kontekście chorób współistniejących. Wielochorobowość, może modyfikować przebieg bólu, co więcej może modyfikować także, w tym niekorzystnie skuteczność leczenia bólu. W wyborze leku przeciwbólowego warunkami minimum jakie należy uwzględnić są cechy pacjenta, lokalizacja bólu, patomechanizm jego powstawania, a także natężenia. Bezwzględnie należy ustalić listę aktualnie stosowanych leków, suplementów diety oraz leków medycyny alternatywnej jeżeli takie pacjent stosuje.

Kannabinoidy w leczeniu bólu przewlekłego – tak czy nie ?

Moda jaka zapanowała na stosowanie tych produktów leczniczych nie ma nic wspólnego z racjonalnymi wskazaniami do ich podawania. Wskazania w leczeniu bólu poparte danymi wynikającymi z EBM są ograniczone. Kannabinoidy powinny być stosowane jedynie jako składowa multimodalnej terapii bólu, jeżeli dla tych leków są wskazania.

6. REKOMENDACJE POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADANIA BÓLU W ZAKRESIE POPRAWY JAKOŚCI LECZENIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO W POLSCE

1. Umożliwienie lekarzom poradni leczenia bólu kontynuacji analgetyków opioidowych w ramach teleporady AOS.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia, zmieniającego rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje.

Wnioskujemy o zmianę treści rozporządzenia jak poniżej:

Wymogu osobistego zbadania pacjenta, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, nie stosuje się do lekarza udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza poradni leczenia bólu oraz poradni medycyny paliatywnej i domowej opieki paliatywnej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem umowy dotyczącej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w zakresie kontynuacji leczenia preparatem, o którym mowa w ust. 2a pkt.

2. Zapewnienie dostępu pacjentom do odpowiedniej, zindywidualizowanej terapii przeciwbólowej.

Koanalgetyki stosowane i rekomendowane w leczeniu bólu neuropatycznego np. neuralgii popółpaścowej nie są refundowane, co w konsekwencji ogranicza zagwarantowany prawem dostęp pacjenta do leczenia.

Rekomenduje się uproszczenie i ujednoczenie zasad refundacji koanalgetyków (leki przeciwpadaczkowe, przeciwdepresyjne). Od 1.10.2024 analgetyki opioidowe uzyskały jednolitą refundację, zarówno u chorych z bólem nienowotworowym, jak i towarzyszącym nowotworom.

3. Właściwe postępowanie z pacjentem z ostrym pólpaścem i neuralgią popólpaścową.

Neuralgia popólpaścowa to najdroższe i najbardziej dokuczliwe powikłanie pólpaśca. Ból często trwa do końca życia pacjenta. Najskuteczniejszym sposobem zmniejszenia ryzyka pólpaśca i neuralgii jest profilaktyka w postaci szczepień. Odpowiednie leczenie bólu w ostrej fazie pólpaśca zmniejsza ryzyko bólu przewlekłego.

Rekomenduje się realizację standardu postępowania z pacjentem z ostrym pólpaścem i neuralgią popólpaścową poprzez wprowadzenie bezpłatnych szczepień przeciwko pólpaścowi na listę senioralną 65 plus.

4. Nowelizacja rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej świadczeń w zakresie układu nerwowego w Poradni Leczenia Bólu.

Proponowane zmiany dotyczą:

Załącznik nr 3 - Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku procedur zabiegowych ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji. A. Zabiegi w zakresie układu nerwowego. Podpunkt 1 dotyczący procedury 04.21 - zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego, podpunkt 2 dotyczący procedury 04.24 - zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą oraz podpunkt 3 dotyczący procedury 04.25 - zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą.

Proponujemy następujące zmiany w kolumnie 4 - Warunki realizacji świadczeń:

a. W punkcie 2, dotyczącym wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną w lokalizacji w podpunkcie 1) termolezja jest - aparat RTG z torem wizyjnym oraz aparat do termolezji; wnioskujemy o zmianę na - aparat RTG z torem wizyjnym lub aparat USG oraz aparat do termolezji.

b. W opisie zabiegu termolezji jest: prawidłowość położenia elektrody potwierdza się radiologicznie przy użyciu kontrastu oraz przy użyciu stymulacji ruchowej i/lub czuciowej. Wnioskujemy o zmianę na: Iglę termolezyjną lub sondę do kriolezji wprowadza się z wykorzystaniem punktów anatomicznych, obrazowania USG lub RTG. Prawidłowość położenia igły potwierdza się stymulacją czuciową i/lub ruchową.

5. Nowelizacja rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej świadczeń w zakresie układu nerwowego w Poradni Leczenia Bólu.

Proponowane zmiany dotyczą:

Załącznik nr 3 - Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku procedur zabiegowych ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji. A. Zabiegi w zakresie układu nerwowego. Podpunkt 1 dotyczący procedury 04.21 - zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego, podpunkt 2 dotyczący procedury 04.24 - zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą oraz podpunkt 3 dotyczący procedury 04.25 - zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą.

Proponujemy następujące zmiany w kolumnie 4 - Warunki realizacji świadczeń:

c. Wskazania do zabiegu neurolyzy, termolezji i kriolezji powinny być rozszerzone o wszystkie neuropatie i neuralgie obwodowe oraz o przewlekłe zespoły bólowe, w których możliwe jest zastosowanie zabiegu neurodestrukcyjnego na gałęziach czuciowych nerwów obwodowych jak np. choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych i kręgosłupa, ból mięśniowo-powięziowy, ból trzewny.

6. Podniesienie wyceny procedur świadczeń zdrowotnych w 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.

Rekomenduje się urealnienie wyceny wszystkich procedur świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach poradni leczenia bólu, w szczególności procedur interwencyjnych (np. kriolezja, termolezja).

7. Stworzenie systemu referencyjnego kontraktowania świadczeń w oparciu o wymaganą ocenę jakości leczenia pacjenta z bólem.

Poradnie Leczenia Bólu posiadające certyfikację Polskiego Towarzystwa Badania Bólu powinny rozliczać się z Narodowym Funduszem Zdrowia za udzielane świadczenia zdrowotne dodatkowym współczynnikiem korygującym w wysokości 1,30.

8. Zwiększenie dostępności do wielokierunkowego leczenia chorych z bólem przewlekłym.

Leczenie wielokierunkowe obejmuje indywidualnie dobraną farmakoterapię, zabiegi interwencyjne, rehabilitację, neuromodulację oraz psychoterapię.

Rekomenduje się uwzględnienie w ramach poradni leczenia bólu terapii psychologicznej oraz jej odpowiednią wycenę.

9. Utworzenie Specjalistycznych Oddziałów Leczenia Bólu w Polsce.

Utworzenie Specjalistycznych Oddziałów Leczenia Bólu w Polsce. Utworzenie Oddziałów zapewni możliwość szczegółowej diagnostyki i leczenia pacjentów w kryzysie bólowym, oraz pacjentów 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. ***Obecnie pacjenci znajdujący się w kryzysie bólowym pozostają bez właściwej opieki medycznej.***

10 . Rozszerzenie listy zawodów medycznych uprawnionych do udzielania świadczeń w poradni leczenia bólu o lekarzy z umiejętnością medycyna bólu oraz finansowania tych świadczeń w ramach umów z NFZ.

Rozszerzenie listy zawodów medycznych uprawnionych do udzielania świadczeń w poradni leczenia bólu o lekarzy z umiejętnością medycyna bólu oraz finansowania tych świadczeń w ramach umów z NFZ.

Rekomenduje się rozszerzenie listy zawodów medycznych uprawnionych do udzielania świadczeń w poradni leczenia bólu o lekarzy z umiejętnością medycyna bólu oraz finansowania.

Bibliografia:

1. Ból pod redakcją Dobrogowski J., Wordliczek J., Kocot-Kępska M. Termedia Wydawnictwo Medyczne Poznań 2020.
2. Informacja o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli pt.: Przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia. Z dnia 2 lipca 2024 roku. KZD.430.1.2024.
3. Mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia: dostęp z dnia 10 października 2024 roku.
4. Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Fundacja Ekspertów dla Zdrowia, Raport pt.: Sytuacja pacjentów z bólem przewlekłym w Polsce. Kluczowe aspekty i rekomendacje zmian, Warszawa, 22 listopada 2022.
5. Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Fundacja Ekspertów dla Zdrowia, Raport pt.: Ścieżka pacjenta z bólem przewlekłym w Polsce, Warszawa, 17 lipca 2023.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych z dnia 6 lutego 2023 roku.
7. Polska w liczbach 2023, Główny Urząd Statystyczny.

Spis tabel:

Tabela 1. Podział bólu/7

Tabela 2. Sytuacje w których pacjent z bólem powinien zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/28

Tabela 3. Ocena nasilenia bólu według skali numerycznej NRS/31

Tabela 4. Wskazania do wizyty w Poradni Leczenia Bólu/33

Tabela 5. Wskazania do zgłoszenia się do Poradni Medycyny Paliatywnej/35

Tabela 6. Zestaw najczęściej zadawanych pytań przez pacjenta lekarzowi w Poradni Medycyny Paliatywnej/36

Tabela 7. Przyczyny nieprawidłowości w leczeniu bólu/38-39

Rycina 1. Liczba osób dorosłych z bólem przewlekłym vs. liczba osób dorosłych w Polsce/11

Rycina 2. 10 TOP problemów zdrowotnych w Polsce według wskaźnika DALY /13

Rycina 3. Struktura problemów zdrowotnych w Polsce według wskaźnika DALY/13

Rycina 4. Liczba poradni leczenia bólu w Polsce w latach 2016-2023/15

Rycina 5. Liczba porad udzielonych w poradni leczenia bólu w Polsce w latach 2016-2023/16

Rysunek 1. Skala numeryczna (numerical rating scale – NRS) w karcie oceny nasilenia bólu/22

Rysunek 2. Faces pain scale – FPS. International Association for the Study of Pain/22

Rysunek 3. Verbal rating scale – VRS/23.

Raport jest chroniony prawem autorskim. Powstał w ramach kampanii NIE MUSI BOLEĆ!



KAMPANIA



PATRONAT HONOROWY



Patronat Honorowy



ORGANIZATOR



PATRONAT



PARTNER WSPIERAJĄCY

