

Co w praktyce lekarza zmienia nowy standard organizacyjny leczenia bólu



Fot. iStockphoto.com

RADOSŁAW TYMIŃSKI

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że z bólem przewlekłym zmagają się aż 8,5 mln Polaków. Ta liczba robi wielkie wrażenie, ponieważ nieleczone bóle przewlekłe prowadzi do zaburzeń poznawczych i niekontrolowanego przyjmowania wielu leków. Znaczna część pacjentów nie otrzymuje adekwatnej pomocy, ponieważ leczenie bólu wymaga zindywidualizowania wyboru leków przeciwbólowych oraz świadomości patomechanizmu jego powstawania¹.

Jak się wydaje, to właśnie przekonanie, że należy kompleksowo rozwiązać problem diagnostyki i leczenia

bólu przewlekłego legło u podstaw rozporządzenia ministra zdrowia z 6 lutego 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych² (dalej: r.s.l.b.). Weszło ono w życie 24 lutego 2023 r., z tym że podmioty wykonujące działalność leczniczą mają czas do 24 sierpnia na dostosowanie działalności do określonych w nim wymagań³.

Najważniejszą kwestią uregulowaną w tym rozporządzeniu jest to, że określa ono standard organizacyjny leczenia bólu przewlekłego oraz bólu stanowiącego istotny problem kliniczny w warunkach ambulatoryjnych. Z przepisów ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności

lecniczej⁴ wynika, że ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują:

- świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej,
- świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu.

Ze sformułowania „w warunkach ambulatoryjnych” wynika, że przepisy omawianego rozporządzenia należy stosować do każdej placówki ambulatoryjnej, niezależnie od tego, czy ma ona kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, czy nie. Tym samym standardy wynikające z tego rozporządzenia odnoszą się tak samo do: przychodni POZ, przychodni AOS, przychodni niepublicznych czy wszelkiego rodzaju praktyk lekarskich (np. specjalistycznych praktyk lekarskich).

W omawianym rozporządzeniu wyróżniono dwa rodzaje bólu, którymi każda ambulatoryjna placówka musi się zająć: ból stanowiący istotny problem kliniczny oraz ból przewlekły. Ból stanowiący istotny problem kliniczny zdefiniowano jako „ból wymagający leczenia w opinii pacjenta i lekarza”, zaś ból przewlekły zdefiniowano jako „ból bez oczywistej biologicznej wartości, który zwykle trwa dłużej niż 3 miesiące”⁵. Obie te definicje nie wydają się precyzyjne. W przypadku bólu stanowiącego istotny problem kliniczny można mieć wątpliwości co do tego, jak lekarz i pacjent mają ustalać wymagalność leczenia (no i pytanie, co w sytuacji rozbieżności opinii), zaś w przypadku bólu przewlekłego nie do końca wiadomo, czym jest „wartość biologiczna bólu”. Jak się wydaje, autorowi rozporządzenia chodziło o ból, który nas o czymś informuje (np. ból wykręcanej kończyny informuje o możliwości uszkodzenia tej kończyny czy określonego stawu). W tym znaczeniu każdy ból, który trwa powyżej określonego czasu (tutaj precyzyjnie przyjęto 3 miesiące), nie będzie miał wartości biologicznej.

W przypadku gdy pojawi się pacjent z bólem stanowiącym istotny problem kliniczny lub przewlekłym, należy dokonać oceny bólu na podstawie badań podmiotowego i przedmiotowego, badań pomocniczych (obejmujących ocenę zaburzeń czucia, badania obrazowe oraz laboratoryjne), a także numerycznej skali oceny bólu⁶. Następnie trzeba w przypadkach tego wymagających wdrożyć postępowanie terapeutyczne mające na celu uśmierzanie i leczenie bólu i monitorować jego skuteczność⁷. W przypadku podjęcia się leczenia bólu należy

sporządzić kartę oceny natężenia bólu, która stanowi łącznik do rozporządzenia.

Z przepisów omawianego rozporządzenia wynika również, że pacjenta można skierować do poradni leczenia bólu jedynie w określonych sytuacjach. Wskazano, że można to zrobić w przypadku:

- 1) wyczerpania możliwości diagnostycznych lub leczniczych dotyczących pacjenta z bólem,
- 2) trudności w postawieniu właściwego rozpoznania zespołu bólowego,
- 3) niewielkiej skuteczności dotychczasowego leczenia i utrzymywania się natężenia bólu powyżej 5 w skali numerycznej albo odpowiednika tej wartości w innych skalach,

4) wskazań do zastosowania inwazyjnych metod leczenia lub trudności w opanowaniu działań niepożądanych po zastosowanym leczeniu⁸.

Tym samym na skierowaniu do poradni leczenia bólu zawsze powinna być wskazana jedna z wymienionych przyczyn.

Podsumowując: z nowych przepisów jednoznacznie wynika, że lekarze działający w warunkach ambulatoryjnych muszą podejmować diagnostykę i leczenie bólu przewlekłego i bólu stanowiącego istotny problem kliniczny. Tym samym w dokumentacji medycznej zawsze powinna się pojawiać informacja o tym,

czy pacjent skarży się na dolegliwości bólowe. Należy pamiętać, że pacjent ma prawo do leczenia bólu, a każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności terapii⁹. Brak odpowiedniego leczenia bólu i dokumentowania go może się stać przyczyną roszczeń pacjentów, związanych z naruszeniem ich praw, i prowadzić do wypłacenia im zadośćuczynienia.

Radostaw Tymiński, radca prawny

„Lekarze działający w warunkach ambulatoryjnych muszą podejmować diagnostykę i leczenie bólu przewlekłego oraz bólu stanowiącego istotny problem kliniczny”

Przypisy:

¹ J. Woroń, K. Wojtasik-Bakalarz, J. Wordliczek, M. Siwek. Najczęstsze błędy w farmakoterapii bólu, „Medycyna po Dyplomie” 2022, nr 1, dostęp on-line, <https://podyplomie.pl/medycyna/37052,najczestsze-bledy-w-farmakoterapii-bolu>.

² Dz. U. poz. 271.

³ § 7 r.s.l.b.

⁴ T.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 633 ze zm.

⁵ § 2 r.s.l.b.

⁶ § 3 r.s.l.b.

⁷ § 3 r.s.l.b.

⁸ § 4 ust. 1 r.s.l.b.

⁹ Art. 20a ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1876 ze zm.).