



Nie kłaniaj się bólowi i nie ból się!

poradnik dla pacjenta i opiekuna

Bądź reżyserem swojego życia.

Nie kłaniaj się bólowi

i nie ból się!

REŻYSER

To dramat wzięty z życia.
Nie z teatru. Ból zniewala,
upokarza. A przecież dziś
medycyna potrafi skutecznie
z nim walczyć... Chorujesz? Cierpisz?
Domagaj się od lekarzy
specjalistycznej terapii przeciwbólowej.



Bądź wolny od bólu!

www.niebolsie.pl, www.facebook.com/niebolsie

PATRONAT HONOROWY

PARTNERZY

PATRONAT MERYTORYCZNY

PATRONAT



Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów



Stowarzyszenie Lekarzy Okulistów



PATRONAT MEDIALNY



W chorobie nowotworowej najtrudniejsze jest zmobilizowanie się do walki. Jednym się to udaje szybciej, drudzy mają z tym ogromny problem. Ale największym wrogiem w tej mobilizacji jest ból. W moim przypadku każde uśmierzanie bólu dawało nadzieję, a nadzieja, choćby jej skrawek, jest fundamentalną rzeczą, której trzeba się ucześcić w czasie choroby.

Jerzy Stuhr

NIE BÓL SIĘ

Prawo do ulgi w bólu jest zaliczane do podstawowych praw człowieka. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) 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; deklarujemy, 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.*

Pacjent powinien oczekiwać od lekarza i pielęgniarki właściwego uśmierzania bólu ostrego i leczenia w przypadku bólu przewlekłego. Zgodnie z zaleceniami Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu leczenie powinno być wielokierunkowe. Obecnie w Polsce mamy około 20 Poradni Leczenia Bólu spełniających te standardy i 200 z kontraktami NFZ, które nie stosują terapii wielokierunkowej. Konieczna jest poprawa jakości działania pozostałych ośrodków specjalistycznej opieki medycznej, do których trafiają pacjenci z powodu bólu.

We wszystkich ośrodkach opieki medycznej w Polsce leczy się ból różnego pochodzenia i stopnia natężenia.

prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski
Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

W OPRACOWANIU PORADNIKA UDZIAŁ WZIĘLI:

prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski

Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

prof. nadzw. dr hab. n. med. Jarosław Drobnik

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

dr n. med. Michał Graczyk

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Medycyny Paliatywnej

Województwa Kujawsko-Pomorskiego

dr n. med. Urszula Grata-Borkowska

Asystent w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

prof. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska

Kierownik Podyplomowego Studium Prawa Medycznego Uniwersytetu Łódzkiego,

Fundacja Eksperti dla Zdrowia

dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu,

Zakład Badania i Leczenia Bólu UJ CM w Krakowie

dr n. med. Małgorzata Malec-Milewska

Specjalista anestezjolog, Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii

CMKP w Warszawie i Poradni Leczenia Bólu

dr n. med. mgr piel. Małgorzata Pasek

Specjalista pielęgniarstwa onkologicznego

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Medycyny Paliatywnej

Województwa Opolskiego i Śląskiego

dr n. med. Maciej Skibiński

Psycholog, terapeuta, superwizor i trener Terapii Simontonowskiej,

psychoterapeuta poznawczo-behawioralny

dr n. med. Jarosław Woron

Klinika Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej UJ CM w Krakowie,

Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego UJ CM w Krakowie

SPIS TREŚCI

INFORMACJE OGÓLNE DLA PACJENTA

ROZDZIAŁ 1. CZYM JEST BÓL? PRAKTYKA LECZENIA BÓLU 8

dr n. med. Małgorzata Malec-Milewska

Wstęp

Definicja bólu

Podziały bólu

Epidemiologia bólu ostrego i przewlekłego

Ból nowotworowy

Praktyka leczenia bólu w poradni specjalistycznej – Poradnie Leczenia Bólu

Praktyka leczenia bólu w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Zasady leczenia bólu przewlekłego

ROZDZIAŁ 2. PRAWO DO ŁAGODZENIA BÓLU W CHOROBIE 12

prof. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska

INFORMACJE PRAKTYCZNE DLA PACJENTA

ROZDZIAŁ 3. KIEDY NALEŻY ZWRÓCIĆ SIĘ PO POMOC? 15

dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

Sygnaly ostrzegawcze. Co powinno nas skłonić do wizyty u lekarza?

Do kogo zwracamy się po pomoc?

Kiedy udać się do specjalistycznej poradni leczenia bólu?

Poradnie medycyny paliatywnej, hospicja

Kiedy udać się do opieki paliatywnej, hospicyjnej?

ROZDZIAŁ 4. GDZIE MOŻNA LECZYĆ BÓL? 18

prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski, dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

Cele projektu „Szpital bez bólu”

Linki z adresami do środków leczenia bólu

Lista poradni, które posiadają Certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

ROZDZIAŁ 5. PIERWSZA WIZYTA U LEKARZA W ZAKRESIE LECZENIA BÓLU 22

LEKARZ RODZINNY. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

prof. nadzw. dr hab. n. med. Jarosław Drobnik, dr n. med. Urszula Grata-Borkowska

Jak przygotować się do wizyty?

Co należy przynieść ze sobą?

Na czym polega pomiar bólu?

Jakie informacje otrzyma pacjent w trakcie trwania wizyty?

PORADNIA LECZENIA BÓLU

dr n. med. Małgorzata Malec-Milewska

Kto kieruje pacjenta do poradni leczenia bólu?

Jak się przygotować do wizyty. Co należy ze sobą zabrać?

Ile czasu trwa pierwsza wizyta w poradni?

Jakie pytania zada specjalista pacjentowi na pierwszej wizycie?

Jakie pytania może zadać pacjent lekarzowi?

PORADNIA MEDYCYNY PALIATYWNEJ

dr n. med. Michał Graczyk

Kto się kwalifikuje do poradni medycyny paliatywnej?

Jak się przygotować do wizyty?

Co należy przynieść ze sobą?

Ile czasu trwa wizyta?

Pytania jakie najczęściej zadają pacjenci

Pytania jakie najczęściej zadają lekarze

Na czym polega pomiar bólu?

ROZDZIAŁ 6. ŻYCIE BEZ BÓLU 29

DOSTĘPNE TERAPIE

dr n. med. Michał Graczyk

Co to jest drabina analgetyczna?

Niesteroidowe leki przeciwzapalne(NLPZ)

Paracetamol

Słabe opioidy

Silne opioidy

Rodzaje leków dostępnych w Polsce

Przyjmowanie leków

Działania niepożądane podczas stosowania leków przeciwbólowych

JAK RADZIĆ SOBIE Z DZIAŁANAMI NIEPOŻĄDANYMI PODCZAS STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH?

dr n. med. Jarosław Woroń

BARIERY SPOŁECZNE W LECZENIU BÓLU-OPIOIDOFOBIA

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

ROZDZIAŁ 7. WSPARCIE LECZENIA. WSKAZÓWKI DLA PACJENTÓW 35

OPIEKA NAD CHORYM. WSPARCIE W BÓLU

dr n. med. mgr piel. Małgorzata Pasek

Przebieg leczenia

Co może być pomocne w leczeniu bólu?

JAK RADZIĆ SOBIE Z BÓLEM? PORADY PSYCHOLOGA

dr n. med. Maciej Skibiński

Rola bólu

Psychologiczny mechanizm wzmagający odczuwanie przykrych dolegliwości

Co można zrobić, aby sobie pomóc?

STOWARZYSZENIA I ORGANIZACJE PACJENCKIE 40

SŁOWNICZEK POJĘĆ 45

INFORMACJE OGÓLNE DLA PACJENTA

ROZDZIAŁ 1. Czym jest ból? Praktyka leczenia bólu

dr n. med. Małgorzata Malec-Milewska

Specjalista anestezjolog, Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie i Poradni Leczenia Bólu

Wstęp

Ból jest zazwyczaj jednym z podstawowych objawów, który skłania pacjenta do wizyty u lekarza a znajomość jego rodzajów, sposobów i możliwości leczenia jest jedną z istotniejszych umiejętności każdego lekarza.

Definicja bólu

Ból zgodnie z definicją Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu jest doznaniem czuciowym, emocjonalnym i subiektywnym związanym z uszkodzeniem tkanek.

Podziały bólu

Ze względu na kryterium czasu ból dzielimy na: ostry (pooperacyjny, pourazowy, porodowy) i przewlekły (receptorowy: somatyczny i trzewny, niereceptorowy: neuropatyczny i psychogeny).

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 przewlekły utrzymuje się ponad 3 miesiące, traci funkcję ostrzegawczo-obronną i wymaga szerokiego postępowania terapeutycznego (leczenia).

Ze względu na patomechanizm ból dzielimy na receptorowy: fizjologiczny i kliniczny (somatyczny i trzewny) i niereceptorowy: neuropatyczny i psychogeny.

W **bólu fizjologicznym** bodziec drażniący nie doprowadza do uszkodzenia tkanek. Jest to rodzaj bólu, który od dzieciństwa uczy nas poruszania się w otaczającym świecie. Przemijający ból fizjologiczny, który pojawi się np., gdy dotknijemy gorącego przedmiotu spowoduje naszą natychmiastową reakcję, czyli usunięcie się z obszaru zagrożenia.

Jeżeli drażnienie receptorów spowoduje uszkodzenie tkanek mówimy o **bólu klinicznym**. Przykładem bólu klinicznego jest uraz kończyny, np. jej złamanie. Ból towarzyszący takiemu urazowi wymusi na nas ograniczenie aktywności, przez co zmniejszy ryzyko nasilenia zmian towarzyszących urazowi.



Jeżeli uszkodzenie dotyczy powłok naszego ciała jest to **ból somatyczny**. Jeżeli choroba dotyczy struktur położonych wewnątrz jamy brzusznej lub klatki piersiowej, jest to **ból trzewny**.

Ból neuropatyczny to ból będący wynikiem uszkodzenia układu nerwowego. Jeżeli choroba dotyczy obwodowego układu nerwowego mówimy o obwodowym bólu neuropatycznym, jeśli ośrodkowego o ośrodkowym bólu neuropatycznym. O bólu psychogennym można mówić dopiero po wykluczeniu organicznych przyczyn choroby.

Epidemiologia bólu ostrego i przewlekłego

Ból ostry dotyka 5% populacji. Ból przewlekły dotyczy ponad 20% populacji i procent ten wzrasta z wiekiem (50% > 65. roku życia). Najczęstsze zespoły przewlekłego bólu nienowotworowego to: choroba zwyrodnieniowa stawów (34%), bóle krzyża (18%), bóle głowy (15%), urazy (12%) i ból neuropatyczny 5–8% (neuralgia popółpaścowa – PHN, neuropatia cukrzycowa, przetrwały ból pooperacyjny, zespół wielobjawowego bólu miejscowego – ZWBM, neuralgia trójdzielna, ból fantomowy, ból neuropatyczny towarzyszący chorobie nowotworowej i zakażeniu wirusem HIV, ból wzgórzowy, ból rdzeniowy, ból w SM). Dużym problemem jest również ból, który towarzyszy chorobie nowotworowej.

Ból nowotworowy

Częstość występowania bólu u chorych na nowotwory nie zmieniła się na przestrzeni ostatnich 40 lat. W Polsce na podstawie analizy, że na nowotwór choruje około 1% populacji można założyć, że leczenie bólu nowotworowego wymaga rocznie ponad 200 tysięcy osób. Dlaczego chorobie nowotworowej towarzyszy ból?

PRZYCZYNY BÓLU W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ

- Rozrost w narządach posiadających torebkę (wątroba)
- Naciekanie tkanek miękkich
- Przerzuty do kości
- Naciekanie błon surowiczych (otrzewna, opłucna)
- Wywoływanie martwicy narządów litych (trzustka)
- Martwica narządów spowodowana zamknięciem naczyń uciśniętych naczyń
- Naciekanie nerwów
- Wyniszczenie nowotworowe
- Leczenie przeciwnowotworowe
- Choroby współistniejące

Ze względów praktycznych wyróżniamy następujące kategorie bólu:

- Spowodowane bezpośrednio przez rosnący nowotwór (41–97%)
- Związane z postępującym osłabieniem, wyniszczeniem (9–29%)
- Związane z leczeniem onkologicznym (5–18%)
- Współistniejące: zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów (9–18%)

Współczesne leczenie bólu w chorobie nowotworowej to leczenie wielokierunkowe. Podstawą jest zawsze farmakoterapia, która skuteczna jest u ponad 85%. Poza farmakoterapią stosujemy:

- Radioterapię, chemioterapię, hormonoterapię
- Inwazyjne techniki anestezyjologiczne i chirurgiczne
- Neurostymulację przezskórną i nardzeniową
- Psychoterapię

Wysoki procent ludzi, którzy odczuwają ból przewlekły wynika w dużym stopniu ze starzenia się populacji. Żyjemy dłużej – postęp medycyny znacznie wydłużył życie chorych z wieloma chorobami. Wraz z wiekiem proporcjonalnie rośnie zapadalność na przewlekłe choroby, których jednym z objawów jest ból. Żyjemy w ciągłym biegu, prowadzimy siedzący tryb życia, nie uprawiamy sportów, mamy nadwagę, co dodatkowo obciąża narząd ruchu i jest powodem przewlekłych dolegliwości bólowych. Wydłużenie życia chorych z tak częstą chorobą, jak np. cukrzyca sprawia, że pojawiają się późne powikłania tej choroby – polineuropatia. Z wiekiem rośnie również zapadalność na choroby, których dominującym objawem jest ból. Dobrym przykładem jest półpasiec – na chorobę tą zapadnie 10–20% populacji. Wiek w tej jednostce chorobowej jest największym czynnikiem ryzyka rozwinięcia się przewlekłego zespołu bólowego – PHN. U ludzi w wieku podeszłym powodem bólu jest najczęściej: narząd ruchu, nowotwór, PHN, polineuropatia cukrzycowa, neuralgia trójdzielna. U ludzi młodych powodem dolegliwości bólowych jest najczęściej ostry ból pourazowy, a z przewlekłych zespołów bólowych bóle głowy.

Praktyka leczenia bólu w poradni specjalistycznej – Poradnie Leczenia Bólu

Coraz więcej ludzi korzysta z poradni leczenia bólu, a tych w Polsce jest ponad 200, jednak tylko około 20 z nich to poradnie interdyscyplinarne posiadające certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, w których pracują specjaliści różnych dziedzin medycyny i stosowane są różne metody leczenia od farmakoterapii, poprzez techniki inwazyjne, rehabilitację do psychoterapii. Pamiętając o tym, że ból przewlekły dotyka ponad 20% populacji powoduje to, że problem bólu przewlekłego dotyczy w Polsce około 8 milionów ludzi, niemożliwe jest, aby wszyscy prowadzeni byli w poradniach leczenia bólu. Każdy chory ma prawo domagać się od swojego lekarza prowadzącego, poza leczeniem choroby zasadniczej, również leczenia bólu. Większość chorych dobrze poddaje się standardom leczenia bólu i nie wymaga leczenia specjalistycznego. Wskazania do leczenia specjalistycznego mają chorzy: nie poddający się standardowemu leczeniu, u których istnieją problemy z postawieniem właściwego rozpoznania, u których bardzo szybko narasta zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe, jak również tacy pacjenci, u których są wskazania do zastosowania inwazyjnych metod leczenia.

Praktyka leczenia bólu w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Problemy w leczeniu bólu wynikają najczęściej z braku czasu. Brak czasu prowadzi często do postawienia błędnego rozpoznania, a błędne rozpoznanie do niepodejmowania właściwego leczenia. Kolejnym problemem jest brak oceny natężenia bólu. Brak monitorowania natężenia bólu w czasie leczenia uniemożliwia odpowiednie dobranie leków oraz ocenę ich skuteczności. W leczeniu bólu, poza wieloma lekami tzw. adiuwantowymi mamy do dyspozycji trzy grupy leków przeciwbólowych: paracetamol, NLPZ i opioidy (słabe i silne). Leki te, odpowiednio wybrane, dawkowane i właściwie ze sobą połączone zapewniają dobrą kontrolę bólu u ponad 85% chorych niezależnie od rodzaju bólu. Leki należy wybrać indywidualnie dla każdego pacjenta, jego rodzaju bólu, uwzględniając również choroby współistniejące i leki, które pacjent przewlekłe przyjmuje.

Zasady leczenia bólu przewlekłego

W leczeniu bólu przewlekłego do dyspozycji mamy farmakoterapię (opisaną powyżej), inwazyjne metody leczenia (blokady, nerolizy, termolezje), rehabilitację, która ma szczególne znaczenie u chorych z chorobami narządu ruchu, a także metody, stymulujące nasze własne układy przeciwbólowe (akupunkturę, stymulację nerwów i wiele innych). W leczeniu bólu przewlekłego ogromną rolę odgrywa również psychoterapia. Pacjenci, którzy korzystają z pomocy psychoterapeuty wymagają około 1/3 mniej leków przeciwbólowych. Chory może mieć wskazania do łączenia wielu metod terapii. Naszym celem w wybrze leczenia powinna być poprawa – jakości życia pacjenta i zapewnienie mu zarówno skuteczności, jak i bezpieczeństwa terapii. Dlatego do każdego pacjenta musimy podchodzić indywidualnie. Standardem farmakoterapii jest wybór leków zgodny z drabiną analgetyczną WHO. Na pierwszym szczeblu drabiny analgetycznej znajdują się proste leki przeciwbólowe (paracetamol i niesteroidowe leki przeciwzapalne), na drugim słabe opioidy, a na trzecim opioidy silne. Do leków z każdego stopnia można dokładać leki wspomagające (nie będące lekami przeciwbólowymi, ale nasilające efekt przeciwbólowy).

Ból jest jednym z podstawowych problemów, z którym chory zgłasza się do lekarza.

ROZDZIAŁ 2. Prawo do łagodzenia bólu w chorobie

prof. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska

Kierownik Podyplomowego Studium Prawa Medycznego Uniwersytetu Łódzkiego,
Fundacja Eksperti dla Zdrowia

Łagodzenie wszelkich cierpień jest podstawowym warunkiem poszanowania godności ludzkiej.

Pozbawienie człowieka właściwego postępowania przeciwbólowego jest traktowaniem nieludzkim. Zgodnie ze stanowiskiem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka Rady Europy traktowanie powodujące poważne cierpienia fizyczne i psychiczne, mieści się w kategorii nieludzkiego traktowania, natomiast brak stosowania odpowiedniego leczenia przeciwbólowego, które jest konieczne ze względu na proces chorobowy, narusza ludzką godność i może być interpretowane jako poniżające traktowanie w rozumieniu art. 3 Konwencji o ochronie prawa człowieka i podstawowych wolności z 1950 r.

Godność jest dobrem osobistym chronionym przez prawo cywilne w art. 23 kodeksu cywilnego. Walka z bólem jest również etycznym obowiązkiem lekarza, w szczególności poprzez łagodzenie do końca cierpienia chorych w stanach terminalnych (art. 29 Kodeks Etyki Lekarskiej).

W Polsce istnieje niekwestionowany obowiązek władzy publicznej zapewnienia osobom chorym i cierpiącym realnego i równego dostępu niezależnie od ich sytuacji materialnej do działań medycznych, leków, wyrobów medycznych poprzez przyjęcie odpowiednich uregulowań prawnych (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). Zobowiązania władzy publicznej znalazły odzwierciedlenie w ustawach zwykłych i aktach wykonawczych, kreujących obowiązujące standardy postępowania medycznego w sytuacji pacjenta dotkniętego bólem.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta każdy pacjent ma prawo do stosowania metod, które odpowiadają aktualnie dostępnej wiedzy medycznej również w zakresie podejmowania działań uśmierzających ból. Przepis ten jednocześnie wyłącza możliwość stosowania metod zdezaktualizowanych, niezgodnych z wiedzą medyczną, czyli negatywnie ocenionych na gruncie nauk medycznych. W sposób szczególny ustawodawca podkreśla, iż pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień (art. 20 ust. 2 zdanie drugie u.p.p.). Taki stan prawny w świetle ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie oznacza, iż prawo do działań uśmierzających ból zostały ograniczone tylko to pacjentów w stanie terminalnym. W świetle przywołanej ustawy każdy pacjent ma prawo do działań przeciwbólowych, a w przypadku opieki terminalnej dopuszcza się dodatkowe uregulowania prawne związane ze szczególnym okresem w życiu człowieka. Potwierdzają to również inne przepisy prawa.

Gwarancją systemową realizacji prawa każdego pacjenta do działań przeciwbólowych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną jest zobowiązanie podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów leczenia



bólu niezależnie od jego przyczyny. Ma to pacjentowi zagwarantować prawo do leczenia bólu w trzech obszarach: bólu operacyjnego, bólu towarzyszącego diagnostyce oraz leczenia bólu. W tym celu podmiot leczniczy tworzy oddziały lub komórki organizacyjne leczenia bólu jakimi są poradnie leczenia bólu (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. poz. 15, 2013 r.) wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

Nie każdy jednak podmiot leczniczy musi przewidywać w swojej strukturze organizacyjnej tworzenie systemu opieki przeciwbólowej w ramach anestezji. Wówczas ustawodawca przewiduje dodatkowe regulacje w ramach szpitalnych świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Pacjent uprawniony do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z chwilą przyjęcia do szpitala lub innego podmiotu leczniczego wykonującego działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do tych świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, ma prawo do bezpłatnych leków i wyrobów medycznych, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Co oznacza, iż w trakcie trwania hospitalizacji do dnia wypisu włącznie, szpital jest zobowiązany uposażać pacjenta w niezbędne leki i wyroby medyczne, również w zakresie działania przeciwbólowego. Zakres realizacji tego prawa musi uwzględniać postanowienia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, jakie są zawierane pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami (art. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Prawo pacjenta do gwarantowanego szpitalnego działania przeciwbólowego w systemie publicznym musi być realizowane zgodnie z opracowaną i wdrożoną procedurą leczenia bólu i oceny skuteczności tego leczenia (zgodnie z § 5a. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz. U. 2013.1520).

Ustawodawca dodatkowe gwarancje przewiduje w systemie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wobec pacjentów objętych opieką paliatywną lub hospicyjną.

Zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 1347): „Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i społecznych”. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują m.in. leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia – drabina analgetyczna (§ 5 rozporządzenia). Natomiast porada w poradni medycyny paliatywnej lub w domu świadczeniobiorcy jest to świadczenie obejmujące m.in. ordynację leków, w tym leków przeciwbólowych (§ 7 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia).

Ponadto warto również podkreślić, iż wykonywanie każdej interwencji medycznej powinno przebiegać sprawnie, bez zbędnego wydłużenia w czasie oraz w miarę możliwości jak najmniej boleśnie. Naruszeniem godności człowieka jest również zadawanie nadmiernego i zbędnego bólu przez niestaranne, niedbałe wykonywanie czynności diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych czy rehabilitacyjnych.

Podmiotem, który stoi na straży przestrzegania prawa pacjenta i do którego należy zwrócić się w swojej sprawie jest Rzecznik Praw Pacjenta.

Natomiast zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poszkodowany pacjent w razie zawinionego naruszenia jego prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej albo przedstawiciel ustawowy w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umiędzierania w spokoju i godności, mogą wystąpić do sądu o przyznanie odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. artykuł 4 u.p.p. nie zastępuje ani nie wyklucza ogólnych instytucji prawa cywilnego służących do ochrony dóbr osobistych człowieka, w tym roszczeń niemajątkowych z art. 24 k.c. Pokrzywdzony może zatem skutecznie dochodzić roszczeń z tytułu naruszenia jego dóbr osobistych, odwołując się zarówno do instrumentów kodeksowych, jak i pozakodeksowych. Należy tu podkreślić, iż art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi *lex specialis* wobec art. 448 kodeksu cywilnego. Możliwość uzyskania zadośćuczynienia pieniężnego na podstawie art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta została ograniczona jedynie do zawinionego naruszenia prawa pacjenta. Wydaje się, że takiego ograniczenia nie zawiera dyspozycja art. 448 kodeksu cywilnego, co daje podstawę do przyjęcia, że w niektórych przypadkach wystarczającą przesłanką odpowiedzialności może okazać się bezprawność.

Ponadto, od prawomocnego orzeczenia sądowego wydanego w drugiej instancji przysługuje polskiemu obywatelowi prawo zwrócenia się do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka Rady Europy.

INFORMACJE PRAKTYCZNE DLA PACJENTA

ROZDZIAŁ 3. Kiedy należy zwrócić się po pomoc?

dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu UJ CM w Krakowie

Ból jest najczęstszym objawem występującym w medycynie, skłania każdego z nas do poszukiwania pomocy lekarskiej. Ból ostry ma przede wszystkim funkcję ostrzegawczo-obronną, pozwala zachować integralność ustroju (nie tylko ludzkiego) poprzez unikanie niebezpiecznych, potencjalnie uszkadzających sytuacji. Ból jest także sygnałem i objawem choroby. Może sygnalizować nasilenie podstawowego schorzenia (np. zaostrzenie stanu zapalnego stawu) lub też sygnalizować pojawienie się zupełnie nowej choroby (np. inny rodzaj bólu głowy niż dotychczas w przebiegu udaru mózgu).

Odczucie bólu ma wielowymiarowy i subiektywny charakter, to nie tylko proces przewodzenia impulsu nerwowego, ale także emocje, postawa wobec bólu, cierpienie, wyrażanie bólu. Odczuwanie bólu ma więc charakter bardzo indywidualny dla każdego człowieka, wpływ na to mają zarówno nasze wcześniejsze doświadczenia związane z doznaniem bólówymi, jak i indywidualne zależności między psychiką a ciałem. Z tego względu jedyną osobą, która może podjąć trafną decyzję odnośnie udania się do specjalisty leczenia bólu jest sam chory.

Sygnaly ostrzegawcze

Jeśli ból pojawia się rzadko, kilka razy w roku, to można go uśmierzyć samemu, stosując lek przeciwbólowy, który zwykle w takich sytuacjach nam pomaga.

CO POWINNO NAS SKŁONIĆ DO WIZYTY U LEKARZA?

- Ból pojawia się częściej niż zwykle, kilka razy w miesiącu
- Ból zmienia swój dotychczasowy charakter
- Ból pojawia się w innym miejscu ciała niż dotychczas
- Ból ma większe nasilenie niż zwykle
- Nie pomagają leki przeciwbólowe, które zwykle pomagały
- Bólowi towarzyszą inne objawy np. nudności, krwawienie, zawroty głowy, nadmierna senność, zacerwienie stawu, ogólne osłabienie, niedowład kończyn, zaburzenia mowy
- Ból trwa pomimo wygojenia rany pooperacyjnej, wyleczenia choroby podstawowej np. pólpaśca
- Ból trwa dłużej niż 3 miesiące
- Ból pogarsza lub uniemożliwia codzienne funkcjonowanie (absencja w miejscu pracy, pogorszenie jakości snu, obniżony nastrój, kłopoty z wykonywaniem prostych domowych czynności)

Do kogo zwracamy się po pomoc?

Dolegliwości bólowe, będące objawem różnych chorób mogą być skutecznie rozpoznawane i leczone przez każdego lekarza. Każdy chory ma prawo domagać się od swojego lekarza prowadzącego: internisty, onkologa, reumatologa, ortopedy poza leczeniem choroby podstawowej, również leczenia bólu. Natomiast jeśli przede wszystkim istnieje potrzeba leczenia przyczyny bólu (np. zwyrodnienie stawów biodrowych, RZS) wówczas należy udać się lekarza pierwszego kontaktu, który skieruje pacjenta do odpowiedniego specjalisty.

***Pamiętaj**, że jeżeli ból trwa zbyt długo, to traci rolę ostrzegawczo-obronną, staje się niezależnym zespołem chorobowym i tym samym źródłem cierpienia, prowadzącym do obniżenia jakości życia. W leczeniu bólu przewlekłego poszukujemy zawsze możliwości leczenia przyczynowego. Choć nie zawsze jest to możliwe, podstawowym obowiązkiem lekarza wobec pacjenta jest usmierzanie bólu i niesienie ulgi w cierpieniu.*

Nie każdy pacjent 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).

Kiedy udać się do specjalistycznej poradni leczenia bólu:

- Brak lub niewielka skuteczność dotychczasowego leczenia bólu
- Trudności w postawieniu właściwego rozpoznania zespołu bólowego
- Szybkie narastanie zapotrzebowania na leki przeciwbólowe
- Wskazania do zastosowania inwazyjnych metod leczenia
- Wbjawy niepożądane po zastosowanym leczeniu

Ból przewlekły wymaga wielokierunkowego postępowania, obejmującego farmakoterapię, blokady terapeutyczne, zabiegi neurodestrukcyjne (np. termolezja), neuromodulację (akupunktura), rehabilitację, 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. 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.

Pacjent powinien mieć 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 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. Po zapoznaniu się z historią choroby i zbadaniu chorego lekarz proponuje postępowanie terapeutyczne.

Poradnie medycyny paliatywnej, hospicja

Według definicji opieka paliatywna i hospicyjna to wszechstronna, całościowa opieka nad osobami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich usmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Opieka taka może być sprawowana w warunkach stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej, domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci, ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

W ramach poradni opieki paliatywnej i opieki hospicyjnej zapewniana jest zawsze opieka lekarska, pielęgniarska oraz psychologiczna w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny.

Jakie schorzenia uprawniają do objęcia pacjenta tym rodzajem opieki:

- Nowotwory
- Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego
- Choroby wywołane przez wirus ludzki upośledzenia odporności (HIV)
- Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
- Kardiomiopatie (niewydolność krążenia)
- Niewydolność oddechowa
- Owrzodzenia odleżynowe

W ramach opieki paliatywnej, hospicyjnej prowadzone jest nie tylko leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna), ale także leczone są inne objawy somatyczne jak np. duszność. Pacjent i jego rodzina mają zapewnioną także opiekę psychologiczną, prowadzona jest także rehabilitacja według wskazań.

Kiedy udać się do opieki paliatywnej, hospicyjnej:

- Brak skuteczności dotychczasowego leczenia bólu
- Brak skuteczności dotychczasowego leczenia innych objawów somatycznych
- Szybkie narastanie zapotrzebowania na leki przeciwbólowe
- Objawy niepożądane po zastosowanym leczeniu
- Konieczność kompleksowej opieki nad pacjentem

Nie da się wyeliminować bólu z życia człowieka, jednak nadal podstawowym zadaniem medycyny jest takie postępowanie, by odczuwanie bólu nie powodowało niepotrzebnego cierpienia.

ROZDZIAŁ 4. Gdzie można leczyć ból?

prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski

Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu UJ CM w Krakowie

Pacjent powinien oczekiwać od lekarza i pielęgniarki właściwego uśmierzenia bólu ostrego i leczenia bólu przewlekłego. Zgodnie z zaleceniami Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu leczenie powinno być wielokierunkowe.

Ból ostry powinien być prawidłowo oceniany uśmierzany we wszystkich placówkach ochrony zdrowia:

- POZ, lekarz rodzinny – ból jest jednym z głównych powodów zgłoszenia się pacjentów do lekarzy rodzinnych
- Karetka pogotowia, SOR – ponad 70% pacjentów zgłasza umiarkowany lub silny ból
- Sale operacyjne szpitali
- Oddziały intensywnej terapii
- Sale porodowe
- Oddziały pooperacyjne

W Polsce ośrodki lecznictwa zamkniętego są poddane monitorowaniu leczenia bólu poprzez system akredytacji w ochronie zdrowia oraz prowadzony przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu projekt „Szpital bez bólu”.

Poniżej przedstawiono aktualne dane dotyczące wdrożenia tych standardów:

- Analizowana jest skuteczność i bezpieczeństwo leczenia bólu ostrego i pooperacyjnego – w ponad 50% szpitali.
- Pacjent otrzymuje informacje na temat metod możliwości uśmierzenia bólu ostrego – w ponad 50% szpitali.
- W szpitalach prowadzone są okresowe szkolenia personelu medycznego dotyczące leczenia bólu – w ponad 50% szpitali.
- Zespół zajmujący się oceną i leczeniem bólu jest obecny w 41% szpitali.
- Szpitale posiadające aktualną akredytację w ochronie zdrowia (Dz. U. 2009 r. nr 52 poz. 418 oraz Dz. U. 2009 r. nr 76 poz. 641) – 52%.
- Program „Szpital bez bólu” – certyfikat posiada 30% szpitali.

Cele projektu „Szpital bez bólu”

Program „Szpital bez bólu” ma się przyczynić do poprawy jakości uśmierzenia bólu w polskich szpitalach. Polega na nadawaniu certyfikatu „Szpital bez bólu” szpitalom, które spełnią kryteria określone przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, To-

warzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne.

Certyfikat otrzymują szpitale, które zapewniają pacjentom odpowiednio wysoki poziom jakościowy uśmierzania bólu pooperacyjnego i leczenia bólu przewlekłego w oddziałach szpitalnych.

Szpital, któremu przyznano certyfikat „Szpital bez bólu” musi spełniać następujące kryteria:

- Uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniach z zakresu uśmierzania bólu pooperacyjnego
- Prowadzenie pomiaru natężenia bólu u wszystkich operowanych pacjentów, co najmniej 4 razy na dobę
- Informowanie pacjentów o możliwości i metodach uśmierzania bólu pooperacyjnego przed zabiegiem
- Prowadzenie dokumentacji dotyczącej pomiarów bólu i zastosowanego postępowania zgodnie z rekomendacjami ekspertów dotyczących uśmierzania bólu
- Monitorowanie objawów niepożądanych zastosowanego leczenia
- Postępowanie zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami ekspertów dotyczącymi uśmierzania i leczenia bólu

Obecnie w Polsce mamy 144 szpitale i 32 oddziały szpitalne z certyfikatem „Szpital bez bólu”.

Osoby cierpiące z powodu bólu przewlekłego coraz częściej korzystają z poradni leczenia bólu, a w przypadku osób z chorobami nieuleczalnymi z poradni opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Teoretycznie ośrodków leczenia bólu w Polsce jest dużo, jednak tylko 24 z nich to poradnie interdyscyplinarne posiadające certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, w których pracują specjaliści różnych dziedzin medycyny i stosowane są różne metody leczenia od farmakoterapii, poprzez techniki inwazyjne (blokady, neurolizy, termolezje), rehabilitację do psychoterapii. Pozostałe poradnie (około 200) posiadają kontrakt z NFZ, ale nie stosują terapii wielokierunkowej. Wskazaniem do skierowania pacjenta do specjalistycznego ośrodka leczenia bólu są trudne sytuacje: ból niepoddający się standardowemu leczeniu, problemy z postawieniem właściwego rozpoznania, bardzo szybkie narastanie zapotrzebowania na leki przeciwbólowe, ciężkie objawy niepożądane po stosowanym leczeniu, wskazania do zastosowania inwazyjnych metod leczenia.

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 odbudowy aktywności ruchowej. Praca z pacjentem polega także na propozycji eliminowania, w miarę możliwości, niepożądanych zachowań bólowych. W wielu przypadkach udaje się wskazać kierunki i możliwości poprawy samopoczucia, nastroju, chęci współpracy i uzyskania większej niezależności. 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, psychologiczne aspekty bólu, znaczenie bólu. Ustala się z pacjentem realne cele zależne od jego dolegliwości, ukierunkowane na poprawę jakości życia mimo utrzymujących się dolegliwości bólowych. Istotne jest przywracanie aktywności społecznej i zawodowej. Istnieją także poradnie leczenia bólu ukierunkowane na wąską grupę zespołów bólowych np. bóle głowy, bóle kręgosłupa, leczenie dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego. Inne z kolei poradnie ukierunkowane są na wybraną metodę leczenia np. terapię manualną i masaż czy akupunkturę.

LINKI Z ADRESAMI DO OŚRODKÓW LECZENIA BÓLU

Poradnie leczenia bólu posiadające Certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

Pełna lista i opis poradni znajduje się na stronie **www.ptbb.pl**

<http://ptbb.pl/dzialalnosc/certyfikat-ptbb/poradnie-bez-bolu>

Poradnie Leczenia Bólu na stronie NFZ

<https://zip.nfz.gov.pl/GSL/GSL/PrzychodnieSpecjalistyczne>

Poradnie medycyny paliatywnej, hospicja domowe, hospicja stacjonarne

wykaz ośrodków znajduje się na stronie Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

(**www.medycynapaliatywna.org**) w zakładce konsultanci. Tam znajdują się adresy i nr tel. oraz mail.

Informacja jest zamieszczona również na stronach odpowiednich oddziałów NFZ

<https://zip.nfz.gov.pl/GSL/>

Szpitala

Lista szpitali posiadających aktualny Certyfikat „Szpital bez bólu” znajduje się na stronie

www.szpitalbezbolu.pl

LISTA PORADNI, KTÓRE POSIADAJĄ CERTYFIKAT POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADANIA BÓLU

„Stan z dnia 15.01.2016 r.”

BIĄŁYSTOK	Poradnia Leczenia Bólu NZOZ Vitamed Centrum Medycznego Medifor	15-250 Białystok ul. Mickiewicza 44a/5
BIELSKO BIAŁA	Poradnia Leczenia Bólu, Beskidzkie Centrum Onkologii, Szpital Miejski im. Jana Pawła II	43-300 Bielsko Biała ul. Emilii Plater 17
	Poradnia Leczenia Bólu NZOZ DARMED	43-300 Bielsko Biała, ul. Prusa 61
BYTOM	NZOZ Neuron	41-908 Bytom, ul. Stolarzowicka 39
CHORZÓW	Poradnia Leczenia Bólu PPL NZOZ „ATOMED”	41-500 Chorzów, ul. Św. Pawła 11

ROZDZIAŁ 4. Gdzie można leczyć ból?

DĄBROWA GÓRNICZA	Poradnia Leczenia Bólu SN ZOZ „PANACEUM”	41-300 Dąbrowa Górnicza ul. Ludowa 7
GDYNIA	Poradnia Leczenia Bólu, Przychodnia Morska	81-326 Gdynia, ul. Morska 7/1-2
KATOWICE	Poradnia Leczenia Bólu NZOZ Centrum Medyczne Graniczna	40-018 Katowice, ul. Graniczna 45
	Poradnia Leczenia Bólu, Obwód Lecznictwa Katowice, OLK-MED Sp z o.o.	40-012 Katowice, ul. Dworcowa 3
KRAKÓW	Poradnia Leczenia Bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu Szpitala Uniwersyteckiego CM UJ w Krakowie	31-531 Kraków ul. Śniadeckich 10
MIELEC	Poradnia Leczenia Bólu NZOZ Lux-Med	39-300 Mielec, ul. Drzewieckiego 31/36
OLSZTYN	Poradnia Leczenia Bólu Przewlekłego Miejskiego Szpitala Zespołonego	10-045 Olsztyn, ul. Mariańska 4
RZESZÓW	Poradnia Leczenia Bólu Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego w Rzeszowie	35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60
RYBNIK	Poradnia Leczenia Bólu NS ZOZ „ALGOS”	44-200 Rybnik, ul. Łanowa 11
STAŁOWA WOLA	Poradnia Leczenia Bólu Przychodnia Specjalistyczna Medycyna w Ogrodach s.c.	37-450 Stalowa Wola ul. Narutowicza 3A/48
SZCZECIN	Poradnia Leczenia Bólu Zachodniopomorskie Centrum Onkologii	71-730 Szczecin ul. Strzałkowska 22
ŚWIDNICA	Poradnia Leczenia Bólu NZOZ 'MEDYK”	58-100 Świdnica, ul. Gdyńska 25a
TYCHY	Poradnia Leczenia Bólu Przewlekłego NZOZ	43-100 Tychy, ul. Andersa 6a
WARSZAWA	Poradnia Leczenia Bólu Centralnego Szpitala Klinicznego MON	04-141 Warszawa ul. Szaserów 12
	Poradnia Leczenia Bólu CMKP Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. W. Orłowskiego CMKP	00-416 Warszawa ul. Czerniakowska 231
	Poradnia Leczenia Bólu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Szpitala Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie	00-688 Warszawa ul. Emilii Plater 21
WŁOSZCZOWA	Poradnia Leczenia Bólu NZOZ „NOWE ŻYCIE”	29-100 Włoszczowa, ul. Mleczarska 11
WROCŁAW	Poradnia Przykliniczna Leczenia Bólu Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	50-556 Wrocław ul. Borowska 213
ZABRZE	Poradnia Leczenia Bólu SP Szpitala Klinicznego Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	41-800 Zabrze ul. 3-go Maja 13-15

ROZDZIAŁ 5. Pierwsza wizyta u lekarza w zakresie leczenia bólu.

Lekarz rodzinny. Podstawowa opieka zdrowotna

prof. nadzw. dr hab. n. med. Jarosław Drobnik

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

dr n. med. Urszula Grata-Borkowska

Asystent w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Jak przygotować się do wizyty?

Pacjent, który zamierza przyjść na pierwszą wizytę związaną z leczeniem bólu, powinien być poinformowany, że taka wizyta zajmie więcej czasu niż standardowo przewidziane dla pacjenta 15 minut. Powinien już na poziomie rejestracji zarezerwować sobie dwa miejsca na wizytę, czyli na przykład 30 minut.

Co należy przynieść ze sobą?

Na pierwszorazową wizytę ukierunkowaną na ból, pacjent 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?

Pacjent powinien zaznajomić się ze skalą oceny bólu, na przykład NRS (SKALA 0–10 PUNKTOW) – 0 oznacza całkowity brak bólu, punktacja 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 (na przykład średnie).

Do oceny bólu u dzieci można użyć skal obrazkowych (przedstawiających różne wyrazy twarzy). Powtórzenie skali oceny bólu przez pacjenta na kolejnych wizytach pozwoli na ocenę skuteczności leczenia.

Uzyskany za pomocą skali NRS wynik stanowi podstawę do opracowania schematu oceny bólu, który jest indywidualnie dostosowany do pacjenta i zależy również od chorób współistniejących.

Lekarz powinien przeprowadzić dokładny wywiad, w którym pacjent określi, w jakich okolicznościach powstaje ból, czy wpływa on na zmianę nastrojów, lęk, zaburzenia snu, powoduje brak radości życia, cieszenia się, czy powoduje np. duszność. Pacjent powinien poinformować lekarza, czy jest to ból ostry czy przewlekły, czy może dokładnie podać wielkość i lokalizację bólu. Lekarz powinien ustalić jakie sytuacje nasilają ból, czy występuje on w spoczynku czy w ruchu, gdzie jest zlokalizowany, gdzie promieniuje, czy ból jest stałe, czy występuje epizodycznie. Czy ból ogranicza codzienne funkcjonowanie pacjenta. Czy pacjent w związku z bólem odczuwa lęk, niepokój. Lekarz powinien zapytać, czy pacjent nie ma uczulenia na leki.

Jakie informacje otrzyma pacjent w trakcie trwania wizyty?

Pacjent powinien być poinformowany przez lekarza, jaka jest przyczyna bólu, czy ból uda się u niego opanować oraz czy choroba powodująca ból u pacjenta jest uleczalna.

Lekarz POZ w porozumieniu z pacjentem powinien ustalić plan leczenia. Powinien poinformować pacjenta, jakiego typu leki włącza do uśmierzania bólu. W przypadku bólu o natężeniu od 0–3 najczęściej wystarcza włączenie paracetamolu i niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ).

W przypadku bólu o większym natężeniu konieczne czasem jest włączenie opioidowych środków przeciwbólowych, rozpoczynając od Tramadolu. Lekarz powinien upewnić się, że nie ma przeciwwskazań do proponowanej terapii oraz omówić z pacjentem ewentualne działania uboczne tych leków. Pacjent powinien móc wyrazić w rozmowie z lekarzem wszystkie swoje obawy dotyczące przewidzianej dla niego terapii przeciwbólowej. Lekarz musi przekonać pacjenta, co do słuszności wybranej przez niego terapii przeciwbólowej.

Pacjent powinien podczas takiej wizyty zostać powiadomiony, 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.

Trzeba, aby lekarz uświadomił pacjenta, że włączenie opioidowych środków przeciwbólowych nie oznacza, że proces nowotworowy jest już aż tak bardzo zaawansowany, ale że tego typu środki przeciwbólowe pomogą polepszyć jakość życia. Pacjenci, mają obawy dotyczące stosowania leków opioidowych, boją się również stygmatyzacji. Lekarz POZ już na pierwszej wizycie powinien wytłumaczyć pacjentowi, na czym będzie polegać terapia bólu i rozwiązać obawy pacjenta.

Czasami do leczenia w trakcie terapii przeciwbólowej potrzebne jest dołączenie leków przeciwdepresyjnych czy przeciwdrgawkowych, ale to poprawia skuteczność bólu, a nie oznacza rozpoznania choroby psychicznej lub epilepsji.

Na końcu wizyty lekarz powinien upewnić się, czy pacjent dobrze zrozumiał jego zalecenia i czy 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 odnośnie stanu pacjenta.

PORADNIA LECZENIA BÓLU

dr n. med. Małgorzata Malec-Milewska

Specjalista anestezjolog, Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie i Poradni Leczenia Bólu

Kto kieruje pacjenta do poradni leczenia bólu?

Do poradni leczenia bólu może pacjenta skierować lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i każdy lekarz specjalista w przypadku jakichkolwiek trudności w uzyskaniu skutecznego leczenia bólu. Wskazaniem do poradni leczenia bólu może być również życzenie pacjenta.

Jak przygotować się do wizyty. Co należy ze sobą zabrać?

Do poradni leczenia bólu należy przygotować się tak jak na każdą wizytę u specjalisty. Chory musi mieć ze sobą skierowanie, dokument potwierdzający tożsamość i dokument potwierdzający ubezpieczenie. Niezbędne jest zabranie całej dokumentacji medycznej dotyczącej problemu, z którym chory zgłasza się do poradni (karty informacyjne z pobytów w szpitalu/sanatorium; konsultacje innych specjalistów podejmujących leczenie przeciwbólowe; wyniki badań zlecone przez specjalistów prowadzących dotychczasowe leczenie przeciwbólowe; informacje o dotychczasowym leczeniu farmakologicznym (spis leków, dawki stosowanych leków, czas terapii)). Chory powinien umieć odpowiedzieć lekarzowi, jaka była skuteczność dotychczasowej terapii i czy występowały po stosowanych lekach działania niepożądane. Chory powinien wiedzieć czy były u niego stosowane inne nefarmakologiczne metody leczenia i jaka była ich skuteczność. Pacjent powinien również posiadać dokumentację dotyczącą innych chorób współistniejących, łącznie ze stosowanymi przewlekle lekami. Pozwoli to specjalście leczenia bólu dobrać najbardziej optymalną terapię. Jeżeli chory ma problemy z pamięcią, powinien na wizytę przybyć z członkiem rodziny lub znajomym, który zorientowany jest w problemach chorego i pomoże następnie pacjentowi w realizacji zaleceń lekarza specjalisty.



Ile czasu trwa pierwsza wizyta w poradni?

Pierwsza wizyta w poradni zwykle trwa około jednej godziny. Jest to czas niezbędny do zebrania starannego wywiadu, zapoznania się z dokumentacją i wynikami badań chorego, zbadania pacjenta oraz do napisania i wytłumaczenia choremu zaleceń specjalisty. Starannie zebrany wywiad i badanie pacjenta pozwoli na ustalenie najbardziej prawdopodobnego rozpoznania i dobranie optymalnej terapii.

JAKIE PYTANIA ZADA SPECJALISTA PACJENTOWI NA PIERWSZEJ WIZYTCIE?

- Jaka jest lokalizacja bólu i gdzie ból promieniuje?
- Od jak dawna ból występuje?
- Czy początek bólu był nagły, czy ból narastał stopniowo?
- Czy chory wiąże z jakąś konkretną sytuacją początek odczuwania dolegliwości bólowych?
- Czy ból ma charakter: napadowy, stały czy nawracający?
- Jakiego bólu ma cechy: ostry, tępy, kłujący, piekący, pulsujący...?
- Jakiego jest natężenie bólu: w chwili, kiedy rozmawiamy z pacjentem, w chwili największego nasilenia bólu, w momencie pojawienia się bólu? Natężenie bólu oceniamy najczęściej w 11 punktowej skali numerycznej, w której 0 oznacza zupełny brak bólu a 10 ból najsilniejszy do wyobrażenia. Na każdej kolejnej wizycie oceniane jest natężenie bólu, co pozwala ocenić skuteczność terapii.
- Co ból nasila?
- Co ból łagodzi?
- Czy ból budzi chorego w nocy?
- W jakim stopniu ból zaburza choremu normalne funkcjonowanie (w skali 11 stopniowej od 0 do 10)?
- Jak chory był dotychczas leczony i jak leczenie to było skuteczne oraz czy po jakimś leku lub metodzie u chorego wystąpiły działania niepożądane – jeśli tak to jakie?
- Na jakie choroby przewlekłe pacjent choruje?
- Jakie leki przewlekłe chory stosuje?

Jakie pytania może zadać pacjent lekarzowi?

Chory może zadać lekarzowi każde pytanie dotyczące swojego stanu zdrowia, możliwości terapii i rokowania, co do wyleczenia lub złagodzenia dolegliwości bólowych. Lekarz ma obowiązek wytłumaczyć choremu powód odczuwania jego dolegliwości i szczegółowo wytłumaczyć wszystkie aspekty zaproponowanej terapii.

PORADNIA MEDYCYNY PALIATYWNEJ

dr n. med. Michał Graczyk

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Medycyny Paliatywnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Kto się kwalifikuje do 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:

- zarówno Ci, u których stwierdzono chorobę nowotworową i są w trakcie aktywnego leczenia przeciwnowotworowego (po zabiegach; w trakcie lub po chemioterapii lub radioterapii)
- oraz Ci, którzy zostali zdyskwalifikowani z leczenia przyczynowego przez onkologów
- lub nie wyrazili zgody na proponowane leczenie (z różnych powodów).

Jak się przygotować do wizyty?

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.

Sprawdź czy poradnia, którą wybrałeś, przyjmuje pacjentów w dniu rejestracji czy trzeba umówić się z wyprzedzeniem!

Co należy przynieść ze sobą?

Upewnij się, że masz ze sobą skierowanie do poradni medycyny paliatywnej, to pierwsza rzecz, o jaką zapyta się osoba rejestrująca wizytę.

Lekarz będzie chciał podczas zbierania wywiadu zapoznać się z historią choroby (dokumentacją medyczną), więc należy mu ją okazać. Przydatne mogą się okazać wszystkie dodatkowe informacje o stanie zdrowia i chorobach współistniejących. Wszystko może mieć wpływ na odczuwane dolegliwości i możliwość zastosowania odpowiedniego leczenia objawowego np. bólu. Pacjent powinien wiedzieć, jakie leki aktualnie przyjmuje z uwzględnieniem dawek i nazw preparatów – może pokazać przygotowaną wcześniej listę lub przyniesione ze sobą opakowania. Jeśli stosowane są leki w postaci plastrów przeciwbólowych przyklejanych na skórę, należy o tym poinformować lekarza.



Ile czasu trwa wizyta?

Wizyta 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 zeszytcie (zależy od placówki), objaśnia jak przyjmować leki, z jaką częstotliwością i często proponuje rozwiązania, jeśli terapia nie przyniesie spodziewanych rezultatów lub pojawiają się przewidywalne objawy niepożądane (np. nudności lub sennaść po opioidach w leczeniu bólu).

Pytania jakie najczęściej zadają pacjenci

CZY ZASTOSOWANE LECZENIE POMOŻE?

Najczęściej spodziewamy się poprawy w zakresie kontroli objawów np. bólu. Istnieje szereg możliwości w leczeniu tego objawu, poza typowymi lekami przeciwbólowymi (analgetykami) istnieją też tzw. koanalgetyki (leki wspomagające, nie są typowymi lekami przeciwbólowymi), których mechanizm działania umożliwia kontrolować i łagodzić ból neuropatyczny (spowodowany uszkodzeniem nerwu lub nerwów w przebiegu nowotworu lub po chemioterapii czy radioterapii).

CO SIĘ STANIE JAK MORFINA PRZESTANIE DZIAŁAĆ?

Morfina, podobnie jak inne silne opioidy, nie ma maksymalnej dawki, jaką można podać pacjentowi. Ograniczeniem są ewentualne objawy niepożądane lub brak efektu leku pomimo szybkiego podnoszenia jej dawki – wówczas należy zweryfikować zarówno leczenie jak i rodzaj bólu, który jest leczony. Może okazać się, że koanalgetyki będą konieczne.

CZY NEUROPATIA PO CHEMIOTERAPII USTĄPI?

Niestety często są to już zmiany nieodwracalne. Wówczas trzeba ustalić z chorym, jakie są jego oczekiwania i jakie jest powodzenie takiej terapii. Może się okazać, że zmniejszenie bólu o charakterze palenia, pieczenia, mrowienia ustąpią tylko w niewielkim stopniu np. 30%.

CZY MORFINA UZALEŻNIA?

Jeśli silne leki przeciwbólowe są wykorzystywane w medycznym celu, stosowane w odpowiednich dawkach, zgodnie z zaleceniem i mają przynieść ulgę w bólu, to ryzyko jest naprawdę znikome. Strach przed uzależnieniem nie powinien ograniczać dostępu do leku i niepotrzebnego cierpienia.



PYTANIA JAKIE NAJCZĘŚCIEJ ZADAJĄ LEKARZE

- Od kiedy występują dolegliwości bólowe?
- Jaka jest lokalizacja bólu?
- Jakie jest natężenie bólu (obecnie, średnie i najsilniejsze w czasie ostatniej doby)?
- Jaki jest charakter bólu (jego cechy – takie jak promieniowanie, czy jest napadowy czy stały, czy wybudza w nocy)?
- Co go wywołuje, co nasila?
- Czy stosowane były już jakieś leki przeciwbólowe? Jeśli tak to, jaki był efekt?
- Czy występuje zaparcie stolca? Jeśli tak to, od kiedy i czy ma związek czasowy z leczeniem lekami przeciwbólowymi?

Na czym polega pomiar bólu? Ocena jego natężenia i monitorowanie tego natężenia.

Ból według definicji zaproponowanej przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu jest to nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne związane z podrażnieniem lub uszkodzeniem tkanek lub też opisywanym, jako takie. Ból jest zawsze dokładnie tym, jak opisuje go pacjent!

Do oceny natężenia i monitorowania prowadzonej terapii przeciwbólowej stosuje się różne skale, np. 11-stopniową skalę numeryczną (liczbową – NRS) od „0” do „10”. Chory za pomocą słów, a dokładniej liczb ocenia swój ból. Przyjmuje się, że „0” oznacza brak bólu, a „10” to najsilniejszy, trudny do wyobrażenia ból. Jeśli zastosujemy 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 jednak najczęściej 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 skuteczności zaleconej i prowadzonej terapii, np. podczas kontrolnej wizyty u lekarza. Często ocenia się ból w danym momencie, największe nasilenie w ciągu ostatniej doby oraz średnie nasilenie w ciągu dnia. W tym celu można prowadzić dzienniczek kontroli bólu.

ROZDZIAŁ 6. Życie bez bólu

Dostępne terapie

dr n. med. Michał Graczyk

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Medycyny Paliatywnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Leczenie bólu obecnie opiera się na kilku dość prostych zasadach. Leki przeciwbólowe powinny być stosowane, jeśli to tylko możliwe, drogą doustną. Odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami zależą od tego jak długo działa dany lek – przyjmujemy je niemalże z zegarkiem w rękę. Siłę działania leków określa drabina analgetyczna, czyli schemat stosowania leków przeciwbólowych w celu zmniejszenia doznań bólowych chorego w zależności od jego natężenia. Leczenie powinno być dobierane indywidualnie do danego pacjenta ze zwróceniem uwagi na szczegóły, tzn. z uwzględnieniem typu bólu (niejednokrotnie więcej niż jednego), objawów niepożądanych, interakcji z innymi stosowanymi lekami oraz chorób współistniejących.

Co to jest drabina analgetyczna?

Jest to hierarchia mocy leków, od najsłabszych do najsilniejszych. Składa się z 3 stopni/szczebli. Na pierwszym znajdują się leki nieopioidowe (paracetamol i niesteroidowe leki przeciwzapalne – NLPZ). Na drugim szczeblu słabe opioidy (kodeina, dihydrokodeina i tramadol). Na najwyższym, trzecim znajdują się silne opioidy (morfina, oksykodon, metadon, buprenorfina, fentanyl). Na każdym szczeblu można skorzystać z koanalgetyków (leków uzupełniających) w celu łagodzenia dolegliwości i złożonym charakterze (np. z komponentem neuropatycznym). Podobnie też na każdym etapie terapii przeciwbólowej można skorzystać z inwazyjnych metod leczenia, najczęściej w poradni leczenia bólu.

Drabina została stworzona przez ekspertów w leczeniu bólu i stanowi swoisty drogowskaz kolejnych etapów leczenia. Należy zapamiętać, że drabina działa w obie strony. Najczęściej „wchodzi się” po niej sięgając po silniejsze leki, o innych mechanizmach działania, ale można też „zejść” niżej do słabszych leków, jeśli np. wykonany zabieg operacyjny czy radioterapia zmniejszą dolegliwości bólowe.

Leki z I i II stopnia mają określone maksymalne dawki, jakie możemy zastosować w ciągu dnia (efekt pułapowy), natomiast leki z III stopnia podajemy w dawkach skutecznych (nie ma maksymalnych).

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)

To bardzo licznie reprezentowana na rynku farmaceutycznym grupa leków i równie chętnie stosowana przez pacjentów. Głównie w bólach o niewielkim nasileniu. Poza działaniem przeciwbólowym i przeciwgorączkowym wykazują także, co wynika z nazwy, efekt przeciwzapalny. Leki z tej grupy będą z wyboru przy bólach kostnych (także przy przerzutach do kości), zapalnych, mięśniowo-powięziowych. Należy jednak pamiętać, że mają wiele działań niepożądanych. Wpływają na błonę śluzową przewodu pokar-

mowego (powodując stan zapalny, nadżerki, owrzodzenia i krwawienia), zmniejszają filtrację w kłębuszkach nerkowych (pogorszenie funkcji nerek, obrzęki, wzrost ciśnienia tętniczego), wywierają wpływ na wiele leków kardiologicznych (zmniejszając ich działanie i pogarszając wyniki leczenia).

Paracetamol

Lek przeciwbólowy i przeciwgorączkowy. Maksymalna dawka dobową to 4 gramy. U osób starszych 3 gramy. Najczęściej podawany, co 8 godzin regularnie w celu łagodzenia bólu. Może być przydatny, jako lek w razie nasilenia istniejącego bólu, jeśli stosowane są inne leki takie jak NLPZ lub opioidy.

Słabe opioidy

Leki te skutecznie łagodzą ból o średnim nasileniu. Wykazują moc działania około 10 razy słabszą od morfiny. W tej grupie tramadol, jako jedyny ma dwa mechanizmy działania, wykazuje działanie na znajdujące się w rdzeniu kręgowym zstępujące drogi odpowiedzialne za hamowanie bólu. Na początku leczenia mogą wystąpić nudności/wymioty i senność, później mogą powodować zaparcia – ale są to objawy przewidywalne, o których lekarz przy włączaniu terapii powinien poinformować pacjenta. Należy zachować ostrożność w przypadku upośledzonej czynności nerek.

Silne opioidy

Skutecznie łagodzą ból o średnim i dużym nasileniu. Różnią się od siebie siłą działania. Jeśli morfinę uznamy za 1 to pozostałe leki będą silniejsze i tak np. oksykodon jest 1,5–2 x silniejszy, buprenorfina i fentanyl około 100 x silniejsze od niej. Mają działania uboczne takie jak słabe opioidy. Różnica zasadnicza poza siłą działania to fakt, że nie mają dawek maksymalnych tylko dawki skuteczne (dopasowane w trakcie indywidualnego miareczkowania – poszukiwania najmniejszej skutecznej dawki dla pacjenta).

Rodzaje leków dostępnych w Polsce

W Polsce mamy prawie wszystkie opioidy, jakich używa się obecnie w innych częściach Europy i świata. Dla pacjenta z rozpoznaną chorobą nowotworową większość z nich jest refundowana, co nie pozostaje bez znaczenia, (jako potencjalna bariera w stosowanym leczeniu). Leki przeciwbólowe w Polsce są dostępne w różnych formach, od tabletek (morfiny, oksykodon, oksykodon + nalokson) po plastry przeciwbólowe (fentanyl, buprenorfina) po spray donosowy na szybko narastające bóle dodatkowe (przebijające).

Przyjmowanie leków

Podstawowe zasady leczenia bólu przewlekłego, czyli takiego, który trwa powyżej 3 miesięcy to:

- Lek podawany jest doustnie – jeśli tylko taka droga jest możliwa
- Leki podawane są „według zegarka” tzn. w odpowiednich odstępach czasu, w zależności jak długo działa stosowany lek
- Leki podawane są „według drabiny” analgetycznej – tzn. od najsłabszych do najsilniejszych (trzy stopnie drabiny: nieopioidy, słabe oraz silne opioidy)
- Lek dostosowany jest indywidualnie do pacjenta (często konieczność miareczkowania)

Działania niepożądane podczas stosowania leków przeciwbólowych

Stosowanie opioidów wiąże się z występowaniem objawów niepożądanych, ale zwykle przewidywalnych (zaparcie, nudności). Objawy, jeśli nawet są nasilone to dość łatwo poddają się leczeniu. Występują, ponieważ opioidy zwalniają perystaltykę całego przewodu pokarmowego. W górnym jego odcinku powodują uczucie pełności w żołądku, wolniejsze jego opróżnianie, nudności i/lub wymioty. W dolnym odcinku natomiast zwalniają perystaltykę jelit, zatem wystąpienie zaparcia wydaje się wręcz nieuniknione i występuje u ok. 90% pacjentów. Lekarze wiedzą jak radzić sobie z tym działaniem niepożądanym, dlatego nie należy się wstydzić tego tematu i zawsze podjąć rozmowę z lekarzem, jeśli pojawią się problemy z wypróżnianiem.

Poważne, zagrażające życiu efekty uboczne w trakcie prawidłowego leczenia bólu opioidami zdarzają się bardzo rzadko i to w większości przypadków z braku przewidywania lub niedopatrzenia lekarza.

JAK RADZIĆ SOBIE Z DZIAŁANAMI NIEPOŻĄDANYMI PODCZAS STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH?

dr n. med. Jarosław Woron

Klinika Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej UJ CM w Krakowie, Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego UJ CM w Krakowie

Farmakoterapia bólu wiąże się ze stosowaniem leków o różnych mechanizmach działania oraz wskazaniach do stosowania w praktyce klinicznej. Po to, aby leczenie bólu było jak najbardziej skuteczne i nie wiązało się z nadmiernym wzrostem ryzyka wystąpienia działań niepożądanych, bezwzględnie wskazana jest indywidualizacja wyboru leku przez lekarza, która powinna uwzględniać zarówno cechy bólu oraz choroby współistniejące i inne w związku z nimi stosowane leki.

Jeżeli u pacjenta występuje ból o niewielkim nasileniu w leczeniu mogą być stosowane nieopiodowe leki przeciwbólowe (NLPB), do których zaliczamy niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), paracetamol oraz metamizol. NLPZ wykazują wysoką skuteczność w leczeniu bólu, głównie receptorowego i zapalnego, jednak warto pamiętać, że wykazują one skuteczność jedynie, jeżeli natężenie bólu nie przekracza wartości 4 w skali numerycznej (NRS, gdzie 0 = brak bólu, a wartość 10 to ból najgorszy, jaki możemy sobie wyobrazić). Leki te charakteryzują się tzw. „efektem pułapowym”, co oznacza, że powyżej pewnej dawki nie obserwujemy przyrostu działania przeciwbólowego i przeciwzapalnego, a jedynie skutkuje to wzrostem ryzyka występowania działań niepożądanych. Warto pamiętać, że jeżeli lekarz przepisał leki z tej grupy nigdy nie należy samodzielnie zwiększać stosowanej dawki. NLPZ z uwagi na mechanizm działania mogą indukować objawy niepożądane, w tym ciężkie ze strony układu sercowo-naczyniowego, przewodu pokarmowego, wątroby oraz nerek. W wyniku zastosowania NLPZ może dochodzić do poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Pamiętaj! Poinformuj zawsze lekarza, jeżeli leczysz się w związku z chorobami układu krążenia, przewodu pokarmowego, nerek czy wątroby. Pozwoli to na wybór najodpowiedniejszego leku dla Ciebie.

Podczas stosowania NLPB może pojawić się ból brzucha, zgaga, rzadziej nudności i wymioty. Jeżeli wystąpi jakikolwiek z opisanych objawów poinformuj lekarza. Ma on możliwość zastosowania leków, które będą zmniejszały natężenie objawów niepożądanych. Musisz pamiętać, że jeżeli wystąpią u Ciebie wymioty treścią fusowatą lub pojawi się krew w stolcu, powinieneś bezzwłocznie skontaktować się z lekarzem.

Podczas stosowania tej grupy leków powinieneś przyjmować odpowiednią ilość płynów. Zwróć uwagę i poinformuj lekarza, jeżeli stwierdzisz zmniejszenie objętości wydalanego moczu lub jeżeli mocz przybierze ciemne zabarwienie.

Pamiętaj! Nie kupuj i nie stosuj samodzielnie leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty, ich samodzielne stosowanie może zwiększyć ryzyko powikłań. Podczas stosowania NLPB nie ekspozuj się na światło słoneczne. Skontaktuj się także z lekarzem, jeżeli w trakcie terapii wystąpi wysypka skórna lub uczucie duszności.

Jeżeli natężenie Twojego bólu będzie umiarkowane do silnego (4-10 w skali NRS) lekarz zaleci stosowanie opioidowych leków przeciwbólowych, nazywanych niekiedy niesłusznie i żargonowo narkotycznymi lekami przeciwbólowymi. Do leków opioidowych należą tramadol, kodeina i dihydrokodeina (są to słabe opioidy z tzw. efektem pułapowym) i silne opioidy bez efektu pułapowego, takie jak morfina, oksykodon, fentanyl, buprenorfina i metadon.

Nie obawiaj się leki te będą dostosowane do lokalizacji oraz natężenia Twojego bólu, a ich dawka zostanie tak skalkulowana, aby korzyści efektu przeciwbólowego przekraczały ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Twój lekarz przedstawi także schemat dawkowania, który jest inny w przypadku doustnego (tabletki, krople, syrop, roztwór), przezskórnego (plasty) i pozajelitowego stosowania (zastrzyki podskórne lub dożylny, spray donosowy, tabletki podjęzykowe lub dopoliczkowe). Jeżeli w związku z zastosowaną terapią pojawiają się pytania, nie wahaj się i poproś o szczegółowe wyjaśnienie także w formie pisemnej, aby nie doszło do pomyłki. Jeżeli równocześnie stosujesz inne leki, leki roślinne, suplementy diety czy odżywki poinformuj szczegółowo swojego lekarza tak, aby nie doszło do niekorzystnych interakcji pomiędzy lekami.

Pamiętaj, że podczas stosowania opioidów, szczególnie drogą doustną nie należy spożywać jakichkolwiek napojów zawierających alkohol. Ustal także ze swoim lekarzem czy możesz w trakcie stosowania tych leków prowadzić pojazd, pływać czy też przebywać na słońcu. Twoje uwagi umożliwią optymalny dobór leku, a równocześnie nie spowodują, że będziesz musiał rezygnować z różnych aktywności.

Działaniami niepożądanymi, które występują często u pacjentów leczonych analgetykami opioidowymi są: senność, nudności, niekiedy wymioty oraz trudności w oddawaniu stolca (poopiodowe zaburzenia funkcji jelit i zaparcia poopiodowe). O ile po kilku, kilkunastu dniach stosowania leków będzie dochodziło w większości przypadków do zmniejszenia nudności, wymiotów i senności, o tyle trudności w oddawaniu stolca mogą się utrzymywać podczas całego okresu leczenia. Zaparcia poopiodowe miną tylko wtedy, gdy będą skutecznie leczone. Znaczne ich natężenie może prowadzić do braku skuteczności przeciwbólowej podawanych leków. Na pewno od swojego lekarza otrzymasz także zalecenia przyjmowania leków przeczyszczających, stosuj je nawet, jeżeli u Ciebie aktualnie problem ten nie występuje. Nie pozwól, aby jakiegokolwiek działania niepożądane wpłynęły na skuteczność leczenia bólu. Jeżeli występujące działania niepożądane nie ustępują lub wręcz się nasilają, poinformuj o tym swojego lekarza i poproś o korektę leczenia.

Pamiętaj, aby:

- Codziennie pić 8–10 szklanek płynów
 - Jeść codziennie owoce, warzywa i inne produkty bogate w błonnik
 - Staraj się jak najwięcej ruszać
 - Zawsze skontaktuj się ze swoim lekarzem, jeżeli nie uda Ci się wypróżnić ponad 3 dni
- Jeżeli zastosowane leczenie przeciwzaparciowe będzie nieskuteczne, powiedz o tym lekarzowi

Aby uniknąć problemów z przewodem pokarmowym można zastosować dostępny w Polsce i refundowany lek zawierający w swoim składzie połączenie opioidu, jakim jest oksykodon z naloksonem w jednej tabletkie. Składniki tego leku wzajemnie wspomagając swoje działanie pozwalają na skuteczne i bezpieczne leczenie bólu, zmniejszając równocześnie nasilenie zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, niwelując także zaparcia poopiodowe. Do rzadziej występujących objawów niepożądanych, jakie mogą pojawić się u pacjentów stosujących analgetyki opioidowe zaliczamy: senność, zaburzenia orientacji, problemy z oddawaniem moczu oraz świąd skóry.

Pamiętaj! *Jeżeli, któryś z tych objawów powoduje, że nie możesz normalnie funkcjonować poinformuj o tym swojego lekarza. Natychmiast skontaktuj się z lekarzem, jeżeli nagle wystąpi wzmożona senność i/lub zmniejszy się ilość oddechów na minutę.*

Poinformuj także lekarza, jeżeli podczas przyjmowania leków przeciwbólowych wystąpią zaostrzenia bólu (tzw. „bóle przebijające”), które mogą również pojawiać się podczas kaszlu, oddawania stolca czy zmiany opatrunku. Ten rodzaj bólu można skutecznie leczyć za pomocą tabletek lub roztworu szybko działających, donosowych, podjęzykowych lub podpoliczkowych form szybko i krótko działających leków przeciwbólowych.

Dla poprawy skuteczności i bezpieczeństwa leczenia bólu oraz z powodu złożonego mechanizmu jego powstawania lekarz może zalecić jednoczesne stosowanie kilku leków.

Pamiętaj! Zawsze stosuj się do zaleceń. Jeżeli pomimo zastosowanego leczenia ból nie ustępuje, nie stosuj samodzielnie leków przeciwbólowych, szczególnie dostępnych bez recepty. Zawsze poinformuj swojego lekarza o problemie i poproś o konsultację.



BARIERY SPOŁECZNE W LECZENIU BÓLU – OPIOIDOFOBIA

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Medycyny Paliatywnej Województwa Opolskiego i Śląskiego

Opioidofobię określa się, jako obawę przed uzależnieniem od leków przeciwbólowych.

Zgodnie z wiedzą medyczną opioidy są to naturalne, jak i uzyskiwane syntetycznie leki, wykazujące powinowactwo do receptorów opioidowych, co w efekcie prowadzi do złagodzenia bólu u pacjenta.

Lęk przed rozwojem uzależnienia na skutek leczenia morfiną i innym opioidem jest podstawową przyczyną niedostatecznego lub nieskutecznego leczenia przewlekłego, silnego bólu. Przy prawidłowo prowadzonej terapii przeciwbólowej lęk taki jest całkowicie bezzasadny. Przy odpowiednio prowadzonym leczeniu bólu, praktycznie nie dochodzi do rozwoju uzależnienia psychicznego! Przy odpowiednio, indywidualnie dobranej terapii bólu wysokimi dawkami opioidów, niebezpieczeństwo uzależnienia psychicznego jest tak niewielkie, że można nie brać go pod uwagę. Wstrzymanie się od podania analgetyków opioidowych z lęku przed rozwojem uzależnienia jest nieuprawnione.

Szczególnie leczenie bólu lekami doustnymi według stałego schematu godzinowego (tzw. drabina analgetyczna WHO) zapobiega rozwojowi uzależnienia, w przeciwieństwie do podawania leku na żądanie czy w razie silniejszego bólu. Pacjent leczony przewlekle może wymagać indywidualnie dobrego dawkowania, podobnie jak chory na cukrzycę wymaga indywidualnej insulinoterapii.

Opioidy należy stosować w dawkach, których wysokość zależy od nasilenia bólu, a nie od rodzaju choroby czy rokowania długości przeżycia.

ROZDZIAŁ 7. Wsparcie leczenia. Wskazówki dla pacjentów.

Opieka nad chorym. Wsparcie w bólu.

dr n. med. mgr piel. Małgorzata Pasek
Specjalista pielęgniarstwa onkologicznego

Doświadczając intensywnego i/lub długotrwałego bólu, trudno nam uwierzyć w zapewnienia fizjologów, że odczuwanie bólu ma zbawienny dla naszego organizmu charakter i jest gwarantem zachowania równowagi.

Silny ból pozbawia człowieka możliwości codziennego życia według lubianych rytuałów, zasad, obowiązków. Człowiek nie powinien pozostawać sam ze sobą w bólu i cierpieniu.

Szukajmy pomocy. Pozwólmy sobie pomóc. Dostrzeżmy drugiego człowieka, który jest obok nas i chce być nam potrzebny. Nie czujmy się upokorzeni przyjmując wsparcie w słabości i bólu.

Dajmy sobie zgodę na bycie potrzebującym.

Ból jest objawem subiektywnym. Tylko chorzy, odczuwający dolegliwości bólowe, trafnie i właściwie mogą ocenić ich natężenie. Każdy człowiek inaczej odczuwa ból i nawet wcześniejsze doświadczenie bólu nie upoważnia do wydawania sądów i opinii o tym, jak kogoś boli i że można wytrzymać taki ból bez interwencji farmakologicznej. Dlatego pielęgniarki mogą pytać o siłę odczuwania bólu, używając skali od 0, które oznacza brak dolegliwości bólowych, do 10, kiedy ból określony jest jako nie do wytrzymania. Czasem wydaje się, że pytania te są zbyt częste podczas pobytu w szpitalu. Ale właśnie taka procedura pozwala na właściwe zlecenie kompleksowego działania przeciwbólowego, przygotowanego specjalnie dla pacjenta.

Przebieg leczenia

Leczenie przeciwbólowe przebiega według określonych standardów terapii. Może polegać na przyjmowaniu jednego leku, a może składać się z kilku preparatów, które przyjmowane w ściśle określonych dawkach i czasie pozwolą zlikwidować lub złagodzić ból. Leki przeciwbólowe mogą czasami powodować objawy uboczne np. zaparcia. Koniecznie trzeba o tym powiedzieć, aby otrzymać dodatkowe leki, które zniwelują te dolegliwości.

Pamiętajmy! Dlatego nie boli, bo bierzemy leki. Gdybyśmy jednak stwierdzili, że dawki leków są za duże, to zanim cokolwiek zmienimy, najpierw skontaktujemy się z lekarzem prowadzącym (nie należy zapomnieć wziąć na wizytę dzienniczka obserwacji natężenia bólu i przyjmowanych leków przeciwbólowych).

Każdy człowiek ma prawo do najlepszego dla siebie leczenia przeciwbólowego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Ma prawo do wyboru właściwego, najlepszego, według osoby cierpiącej ból, lekarza specjalisty, który zaleci odpowiednie leczenie przeciwbólowe i nie będzie obawiał się zastosować właściwego leku z obawy przed uzależnieniem.

Niezwykle pomocne jest poznanie wpływu niektórych sytuacji na występowanie bólu. Stres, zdenerwowanie, bezsenność, zmęczenie, zamknięcie się w sobie, lęk, smutek, niepokój, depresja mogą nasilać dolegliwości bólowe i obniżać próg bólowy. Korzystne jest dbanie o podwyższenie progu bólowego, czyli optymalizację warunków zewnętrznych i wewnętrznych, mających wpływ na zmniejszanie dolegliwości bólowych – łagodzenie objawów, sen, odpoczynek, życzliwość, zrozumienie, obecność innych, spokój, dobra muzyka, książka.

Istnieją metody, które mogą wspomagać leczenie przeciwbólowe. Należą do nich techniki relaksacyjne i wyobrazeniowe, głębokie oddychanie, wizualizacja a także psychoterapia poznawczo-behawioralna. W niektórych sytuacjach, po wcześniej zasięgniętej poradzie u lekarza prowadzącego, można stosować metody fizykalne, tj. termoterapię, krioterapię, masaż, gimnastykę leczniczą.

CO MOŻE BYĆ POMOCNE W LECZENIU BÓLU?

- Przekonanie, że mamy prawo do skutecznego leczenia bólu. Sformułowania medyków, którzy twierdzą, że musi boleć, albo że niemożliwe, żeby przy takiej chorobie aż tak bolało, itp. są nieprawdziwe, a posiadanie medycznego wykształcenia nie nadaje prawdziwości tym sformułowaniom
- Systematyczne przyjmowanie leków przeciwbólowych, zgodnie ze wskazówkami lekarza
- Prowadzenie dzienniczka, w którym będą zapisy dolegliwości bólowych, np. kiedy mają najmocniejsze natężenie, po jakim czasie od przyjęcia leków przeciwbólowych ból zmniejsza się lub zupełnie ustępuje – informacje te mogą pomóc lekarzowi dobrać właściwe leczenie przeciwbólowe
- Podnoszenie „progu bólowego”
- Uszanowanie swoich niedomagań, zaopiekowanie się sobą
- Zaproszenie do pomocy sobie osób najbliższych, wśród których mamy poczucie bezpieczeństwa
- Właściwe odżywianie i nawodnienie
- Odpoczynek, jeżeli jest to możliwe to połączony z aktywnością np. spacer (może spowodować wytworzenie endorfin, a przez to zmniejszenie dolegliwości bólowych)
- Korzystanie z psychoterapii indywidualnej i grupowej

JAK RADZIĆ SOBIE Z BÓLEM? PORADY PSYCHOLOGA

dr n. med. Maciej Skibiński

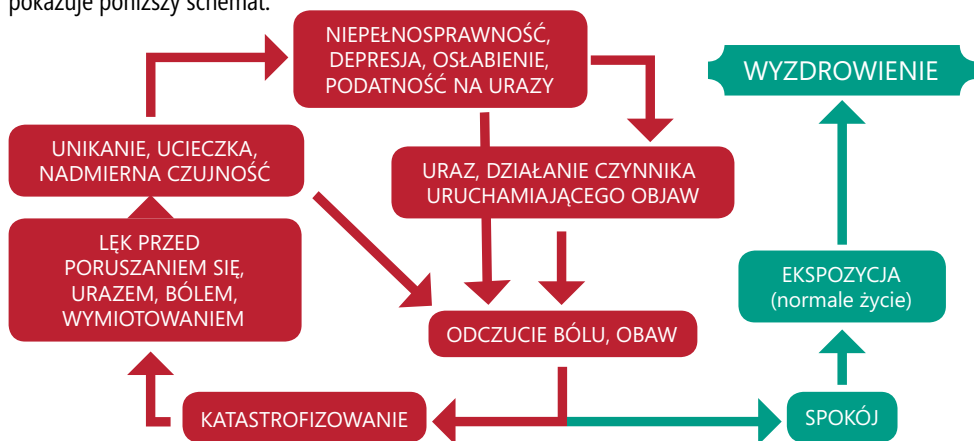
Psycholog, terapeuta, superwizor i trener Terapii Simontonowskiej, psychoterapeuta poznawczo-behawioralny. Pracuje z osobami przewlekle chorującymi od 2002 roku. Terapię dla pacjentów i szkolenia prowadzi w ramach działalności fundacji "Simontonowski Instytut Zdrowia" i Stowarzyszenia Wspierania Onkologii UNICORN.

Rola bólu

Wszelkie dolegliwości nie są dla nas stanem przyjemnym. Nie lubimy ich mieć, ale z punktu widzenia praw ewolucji, gdybyśmy ich nie mogli odczuwać, ludzkość zniknęłaby z powierzchni Ziemi. Ból, nudności czy zmęczenie sygnalizują nam, że coś niedobrego dzieje się z naszym ciałem i powodują, że zaczynamy odpowiednio działać, np. zgłaszamy się do lekarza czy unikamy pokarmów, po których przydarzyły się nam wymioty czy biegunka.

Psychologiczny mechanizm wzmagający odczuwanie przykrych dolegliwości

Zależności pomiędzy stanem psychicznym a nasileniem dolegliwości fizycznych (na przykładzie bólu) pokazuje poniższy schemat:



Odkryto, że pewne stany psychiczne (np. lęk, depresja) wzmagają odczuwanie bólu. Dzięki tej wiedzy sformułowano pewne zalecenia:

Co można zrobić, aby sobie pomóc?

Celem stosowania niżej opisanych technik jest uzyskanie maksimum sprawności i aktywności pomimo objawów. Opisane poniżej techniki najczęściej zmniejszają nasilenie dolegliwości (czasem likwidują je całkowicie), ale nie zawsze jest to osiągalne. Chodzi o to, by zachować maksimum sprawności, niezależnie od okoliczności.

1 Nie wahaj się przed skorzystaniem z zaleconych przez lekarza środków przeciwbólowych, czy przeciwwymiotnych lub przeciwgorączkowych.

2 Pozwól sobie na aktywność, która pomoże Ci w odwróceniu uwagi od objawu. Wyczuwaj ostrożnie swoje granice, „nie rzucaj się z motyką na słońce”. Jeśli czujesz, że aktywność Ci pomaga, możesz trochę zwiększyć jej zakres lub intensywność, dopóki nie poczujesz pierwszych, delikatnych zwiastunów przeeforsowania (to znaczy, że właśnie udało się znaleźć tę granicę). Bardzo pomocne jest wykonywanie takich czynności, które przynoszą radość – wtedy wydzielają się endorfiny, które osłabiają odczuwanie bólu. Utrzymywanie aktywności, pomimo objawu, chroni przed depresją i fizycznym osłabieniem. Jeśli np. boisz się wyjść z domu ze względu na odczuwanie nudności, a masz ochotę na spacer, to weź do kieszeni kilka woreczków foliowych i wyjdź. Jeśli poczujesz potrzebę zwymiotowania, to użyj woreczka. Proste, prawda? Jeśli wracasz do aktywności po dłuższym okresie wycofania, dawkuj sobie ją małymi krokami, aby się nie przeciążyć.

3 Jeśli zauważysz, że pojawiają Ci się katastroficzne myśli, to zacznij je zmieniać (przykład poniżej):

PRZYKŁADY MYŚLI KATASTROFICZNYCH	ZDROWE MYŚLI
To jest straszne i nigdy mi się nie polepszy.	W tej sekundzie swojego życia mogę to wytrzymać, w kolejnej również. Chcę się wyleczyć i godzę się z tym, że leczenie ma swoje działania niepożądane. Jeśli się czymś zajmę, będzie mi łatwiej znosić tę dolegliwość.
Kiedy wreszcie przestanie (niech wreszcie przestanie).	Przestanę to odczuwać najpóźniej po zakończeniu leczenia. Moja dolegliwość nie słucha moich poleceń, więc bardziej mi się oplota odwrócić od niej uwagę.
Ten objaw jest sygnałem groźnej choroby.	Ten objaw jest działaniem niepożądanym leczenia (UWAGA, należy skonsultować z lekarzem) , jestem bezpieczny.
Z tego powodu zaniedbałam dzieci / żonę / męża.	Pewne rzeczy mogę robić wolniej. Moim bliskim przyda się trening samodzielności, dzięki temu lepiej będą sobie radzić w życiu. Jeśli nie dają rady wykonać danej czynności, mogę poprosić o pomoc kogoś z dalszej rodziny lub przyjaciół. Osoby, którym kiedyś pomogłam/em mają teraz okazję się odwdziżyć.
Jestem obciążeniem dla rodziny (jestem niepotrzebna/ny).	W rodzinie naturalne jest, że osoby sprawniejsze pomagają mniej sprawnym. Członkowie rodziny mogą czerpać radość i poczucie sensu życia z tego, że mnie czasem wspierają.

STOWARZYSZENIA I ORGANIZACJE PACJENCKIE

POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHOONKOLOGICZNE

ul. Dębinki 2, 80-2011 Gdańsk
tel/fax: (58) 349 15 73
mail: office@ptpo.org.pl
www.ptpo.org.pl



Pomaga pacjentom i ich rodzinom w opiece psychoonkologicznej.
Aby uzyskać bezpośredni kontakt z psychoonkologiem, osoby potrzebujące pomocy prosimy o e-mail na adres galuszko@ptpo.org.pl

CENTRUM PSYCHOONKOLOGII UNICORN

ul. Zielony Dół 4, 30-228 Kraków
tel: (12) 425 11 02
mail: unicorn@unicorn.org.pl
www.unicorn.org.pl
www.centrumpsychoonkologii.pl



Stowarzyszenie Wspierania Onkologii

Stowarzyszenie Wspierania Onkologii UNICORN prowadzi swoją działalność od 1999 roku. Wiemy, jak ważne jest psychologiczne wsparcie, które pomaga wykorzystywać psychikę w leczeniu, a także pomagać chorym i ich bliskim w dążeniu do poprawy zdrowia i jakości życia.

KOALICJA NA RZECZ WALKI Z BÓLEM „WYGRAJMY Z BÓLEM”

ul. Piękna 28/34 lok. 53, 00-547 Warszawa
tel: (22) 658 23 61
mail: koalicja@wygrajmyzbolem.pl
www.wygrajmyzbolem.pl
www.facebook.com/wygrajmyzbolem



Koalicja na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem” skupia różne organizacje pacjenckie oraz towarzystwa naukowe w celu propagowania tematu leczenia bólu wśród pacjentów, mediów oraz lekarzy.

Celem Koalicji jest obalenie tabu związanego z leczeniem przeciwbólowym oraz pomoc osobom cierpiącym.

FEDERACJA STOWARZYSZEŃ „AMAZONKI”

ul. Piastowska 38, 61-555 Poznań
tel: (61) 833 36 65
mail: amazonki@amazonki.poznan.pl
www.amazonkifederacja.pl



16 lutego 1993 r. – w Centrum Onkologii w Warszawie odbyło się zebranie założycielskie Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki” utworzonej przy Polskim Komitecie Zwalczania Raka. Federacja jest związkiem stowarzyszeń i klubów działających na rzecz osób dotkniętych rakiem piersi. Realizuje szkolenia centralne profesjonalistów i liderek ochotniczek – kluby zaś samodzielnie szkolą lokalne ochotniczki, organizują oraz finansują warsztaty z zakresu rehabilitacji psychofizycznej.

FUNDACJA „DOBRCZE ŻE JESTEŚ”

Aleja Lipowa 21 lok. 6, 53-124 Wrocław
tel. 506 108 912
mail: fundacja@dobrzezejestes.pl
www.dobrzezejestes.pl



Fundacja powstała po to, by wspierać ludzi dotkniętych chorobą krwi i szpiku kostnego, mobilizować rodziny do wzajemnej pomocy, po to, by z godnością stawić czoła chorobie, a kiedy to konieczne – śmierci. W tym momencie Fundacja działa na oddziałach onkologicznych i hematologicznych w sześciu miastach w Polsce: we Wrocławiu, Warszawie, Krakowie, Łodzi, Poznaniu i Gdańsku.

FUNDACJA WYGRAJMY ZDROWIE

ul. Piękna 28/34 lok. 53, 00-547 Warszawa
tel. (22) 658 23 61
mail: fundacja@wygrajmyzdrowie.pl
www.wygrajmyzdrowie.pl



Fundacja „Wygrajmy Zdrowie” jest organizacją pożytku publicznego (OPP) – wspólną inicjatywą pacjentów onkologicznych oraz lekarzy z Instytutu Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Fundacja ma na celu promowanie problematyki onkologicznej, działań legislacyjnych oraz systemowych w ochronie zdrowia. Prowadzi działania edukacyjne w zakresie onkologii zorientowanej na wszystkie środowiska, w tym: młodzieży, osób dorosłych a także starszych. Misją Fundacji jest podnoszenie wiedzy społeczeństwa na temat nowotworów oraz promocja badań profilaktycznych pozwalających na wczesne wykrycie raka, skuteczne leczenie oraz wsparcie pacjentów onkologicznych i ich bliskich.

POLSKA KOALICJA PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

ul. Piękna 28/34 lok. 53, 00-547 Warszawa
tel. (22) 428 36 31
mail: info@pkopo.pl
www.pkopo.pl

Polska Koalicja 
Pacjentów Onkologicznych

Koalicja to wspólny głos ponad 100 tysięcy pacjentów onkologicznych w Polsce zrzeszonych w 34 organizacjach z terenu całego kraju. Wspólnie działamy na rzecz poprawy sytuacji wszystkich chorych onkologicznie, dzieci i dorosłych (ok. 2,5 mln osób). Misją Koalicji jest poprawa statystyk dotyczących przeżycia chorych z chorobami nowotworowymi w Polsce, dzięki wdrożeniu najwyższych standardów diagnostyki i terapii nowotworów.

POLSKIE TOWARZYSTWO STOMIJNE POL-ILKO

ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań
tel: 660 479 242
mail: polilko@polilko.pl, andrzejpiwowarski@wp.pl
www.polilko.pl

POLKO

Powstało w 1987 r. w Poznaniu pod nazwą Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią. Obecnie posiada 20 oddziałów regionalnych i kilka klubów w całej Polsce, zrzeszając ok. 1500 członków i reprezentując ponad 35.000 pacjentów ze stomią. Organizacja jest stowarzyszona w Europejskim (EOA) oraz Światowym Stowarzyszeniu Stomijnym (IOA). Jest także członkiem European Cancer Patient Coalition (ECPC), jak również członkiem założycielem Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych (PKPO).

STOWARZYSZENIE KOBIEC Z PROBLEMAMI ONKOLOGICZNO-GINEKOLOGICZNYMI „MAGNOLIA”

ul. 3 Maja 1-3, 62-500 Konin
tel. 601 729 249, 783 533 200
mail: biuro@stowarzyszenie-magnolia.org
pulceralina@onet.eu
www.stowarzyszenie-magnolia.org

magnolia 
STOWARZYSZENIE KOBIEC Z PROBLEMAMI
ONKOLOGICZNO-GINEKOLOGICZNYMI

Celem stowarzyszenia jest działanie na rzecz ogółu społeczności poprzez:

- Wszechstronną pomoc kobietom w trakcie leczenia i po leczeniu onkologiczno-ginekologicznym i innych chorobach kobiecych.
- Podniesienie świadomości kobiet i ich rodzin na temat chorób nowotworowych.
- Zintegrowanie środowisk lekarskich z organizacjami pozarządowymi, rodzinami kobiet dotkniętych chorobą i samych chorych na schorzenia onkologiczno-ginekologiczne.

STOWARZYSZENIE NA RZECZ WALKI Z CHOROBYMI NOWOTWOROWYMI SANITAS

ul. Kościuszki 15, 38-500 Sanok
tel. 888 654 925
mail: sanitas@onet.eu
www.sanitas.sanok.pl



Działa od 2011 roku, a od 2014 posiada status OPP. Głównym celem Stowarzyszenia jest edukacja szeroko pojętej profilaktyki nowotworowej oraz wsparcie dla osób będących w trakcie lub po chorobie i ich rodzinom, niezależnie od umiejscowienia choroby.

STOWARZYSZENIE POMOCY CHORYM NA GIST

ul. Potocka 14, 01-652 Warszawa
tel: (22) 832 21 03, 503 158 624
mail: stowarzyszenie@gist.pl
www.gist.pl



Stowarzyszenie wszechstronnie wspiera osoby chore na GIST (nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego), ich rodziny i opiekunów we wszystkich istotnych aspektach ich życia, aby zwiększyć szanse chorych na wyleczenie i powrót do normalnego życia oraz dąży do zapewnienia wszystkim chorym na GIST w Polsce leczenia zgodnego z europejskimi standardami.

STOWARZYSZENIE POMOCY CHORYM NA MIĘSAKI SARCOMA

ul. Malborska 14/5, 03-286 Warszawa
tel: 600 355 457
mail: kamil.dolecki@sarcoma.pl
www.sarcoma.pl



Stowarzyszenie powstało w 2007 r. w Warszawie. Z inicjatywą założenia Stowarzyszenia wystąpili pacjenci i personel warszawskiej Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie. Celem Stowarzyszenia jest inicjowanie, propagowanie i realizowanie działań na rzecz ochrony zdrowia obywateli.

STOWARZYSZENIE WALKI Z RAKIEM PŁUCA

ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk,

tel: (58) 349 24 44

mail: stowarzyszenie@rakpluca.org.pl

www.rakpluca.org.pl



Stowarzyszenie zostało założone w 1994 r. przez grupę lekarzy, pielęgniarek oraz pacjentów chcących pomóc chorym na raka płuca. Celem Stowarzyszenia jest walka o lepszy byt osób wyleczonych i chorych na raka płuca. Stowarzyszenie chce, aby chorzy i ich bliscy nie byli pozostawieni sami sobie, aby mogli uzyskać pomoc i wsparcie. Zachęca do zakładania oddziałów w całej Polsce, aby wsparcie docierało do chorych w każdym regionie.

Misją Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca jest poprawa sytuacji pacjentów chorych na raka płuca. Stowarzyszenie zwraca również uwagę społeczeństwa na zagrożenia wpływające na zwiększoną zachorowalność na nowotwór płuca w Polsce oraz jednocy pacjentów, opiekunów, specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia, polityków i przedstawicieli środków masowego przekazu w walce przeciwko tej chorobie.

Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca udziela praktycznego i emocjonalnego wsparcia pacjentom i ich bliskim poprzez przekazywanie niezbędnych informacji na temat raka płuca, profilaktyki i dostępnych możliwości terapeutycznych.

FUNDACJA SOS ŻYCIE

ul. Tańskiego 2, 39-300 Mielec

tel: (17) 582 40 60, (17) 582 40 61

mail: fundacja@sos-zycie.pl

www.sos-zycie.pl



Swoją działalność Fundacja skupiła szczególnie na ratowaniu życia i zdrowia kobiet chorych na raka piersi i raka szyjki macicy. Dzięki działalności w ochronie zdrowia rocznie ratuje życie ponad 50 kobiet. Działalność NZOZ Ośrodka Diagnostycznego Chorób Nowotworowych Fundacji SOS Życie ułatwia prowadzenie programów profilaktycznych wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy. Prowadzi także program edukacji dziewcząt w wieku 15-19 lat w celu zwiększania wiedzy i umiejętności samobadania piersi. Celem Fundacji jest niesienie pomocy chorym dzieciom i młodzieży potrzebującym operacji transplantacji szpiku kostnego oraz potrzebującym pomocy w leczeniu innych schorzeń.

SŁOWNICZEK POJĘĆ

Nazwy stowarzyszeń i instytucji

- PTBB** – Polskie Towarzystwo Badań Bólu
PTMP – Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej
PTMR – Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
PTPO – Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna
SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy

Słowniczek medyczny

- NLPZ** – Niesteroidowe leki przeciwzapalne
NLPB – Nieopiodowe leki przeciwbólowe
Opioidy – Naturalne substancje obecne w przyrodzie. Swoją nazwę zawdzięczają jednemu z najstarszych leków znanych ludziom, czyli opium. Używane jest ono od około 3500 lat i polecane było już przez ojca medycyny – Hipokratesa. Opioidy występują zarówno w roślinach (w takim przypadku nazywane są opiatami, np. kodeina, morfina), jak i w organizmie człowieka (peptydy, takie jak endorfiny czy enkefalin). We współczesnej medycynie szeroko stosowane są jednak opioidy zsyntetyzowane w laboratoriach farmaceutycznych. Działają one przeciwbólowo poprzez łączenie się z receptorami opioidowymi.

Terapia Simontonowska – Współczesna terapia simontonowska jest nowoczesną psychoonkologią interwencyjną i definiowana jest jako całościowy i wszechstronny program interwencji psychoterapeutycznej dla chorych na nowotwory złośliwe i odnoszący się do wszystkich podstawowych sfer ludzkiego życia.

Leki adiuwentowe – to leki uzupełniające, stosowane w przebiegu chorób nowotworowych obok analgetyków nieopiodowych, słabych i silnych opioidów. Do leków adiuwantowych zaliczymy:

- Leki przeciwdepresyjne – trójpierścieniowe np. amitryptylina. W bólach neuropatycznych, może być kojarzona z opioidami i lekami przeciwdrgawkowymi. Możliwe objawy uboczne (suchość w jamie ustnej, senność, zaparcie)
- Leki przeciwdrgawkowe np. karbamazepina. W bólach opisywanych jako palące, szarpiące, napadowe
- Kortykosteroidy, np. deksametazon. Wskazania ból neuropatyczny, wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, rozsiały nowotworowy ból kostny
- Ketamina, dożylnie lub podskórną. W bólach neuropatycznych, niedokrwienne, zapalnych opornych na leczenie dużymi dawkami morfiny. Lek może być stosowany wyłącznie przez specjalistów medycyny paliatywnej

Inwazyjne metody leczenia:

Blokady – metoda leczenia polegająca na oddziaływaniu na elementy obwodowego układu nerwowego za pomocą wstrzykiwania różnych roztworów środków znieczulających, przede wszystkim nowokainy. Rozróżnia się blokadę lędźwiową, okrężną (na kończynach) i zwojów nerwowych. Działanie blokady, poza miejscowym usuwaniem bólu, polega na zmniejszaniu stanu zapalnego, usuwaniu skurczów porazowych i przykurczów mięśniowych, skurczów naczyniowych i innych zaburzeń naczynioruchowych. Blokady stosuje się w przypadkach uszkodzeń i wstrząsów urazowych oraz złamań kości, w ostrych i przewlekłych stanach zapalnych, zakrzepach, przykurczach mięśniowych i w wielu innych schorzeniach.

Neurolizy – to procedura medyczna, która ma na celu zniszczenie włókien nerwowych i może dotyczyć nerwów obwodowych, zwojów autonomicznych lub włókien czuciowych w przestrzeni podpajęczynkowej lub zewnątrzoponowej. Jest podobna do blokady nerwu, jednakże w jej przebiegu nie stosuje się leków znieczulających miejscowo, tylko substancję powodującą nieodwracalne uszkodzenie (lizę) danej struktury nerwowej. W tym celu najczęściej stosowany jest fenol, alkohol etylowy lub glicerol. Neuroliza powoduje efekt przeciwbólowy, który utrzymuje się do kilku miesięcy. Zmniejszenie dolegliwości bólowych może się nawet utrzymać do kilkunastu miesięcy.

Termolezje – metoda zwalczania leczenia bólu przewlekłego, polegająca na zastosowaniu prądu o częstotliwości fal radiowych (300–500 kHz). Istotą zabiegu jest uszkodzenie struktur nerwowych poprzez kontrolowane działanie temperatury, którą uzyskuje się dzięki rozchodzącym się w tkankach falom radiowym o określonej długości, które są generowane przez generatory fal wysokiej częstotliwości. Metoda charakteryzuje się skutecznością 50–70% i ma niewielką liczbę efektów ubocznych.

Poradnia Leczenia Bólu – może funkcjonować w wielu różnych systemach – może to być poradnia ukierunkowana na jeden rodzaj chorób (np. poradnia leczenia chorób kręgosłupa), na jeden rodzaj leczenia (np. akupunktura) lub też poradnia zapewniająca możliwość leczenia wielokierunkowego z uwzględnieniem biopsychospołecznego modelu bólu przewlekłego. Wielokierunkowe postępowanie u pacjenta z bólem przewlekłym obejmuje następujące aspekty:

- Kliniczna ocena bólu – ocena nie tylko samego bólu, ale także aspektu emocjonalnego, funkcjonowania fizycznego, społecznego, jakości życia (wielowymiarowy aspekt bólu)
- Przekazanie pacjentowi informacji na temat przyczyn dolegliwości bólowych; ustalenie oczekiwań pacjenta, przedstawienie planu leczenia, realistycznych możliwości leczenia, realistycznego efektu terapii
- Diagnostyka zespołów bólowych – postawienie innego rozpoznania lub potwierdzenie rozpoznania, z jakim pacjent jest kierowany do poradni leczenia bólu
- Wdrożenie wielokierunkowego leczenia – farmakoterapia według zaleceń ekspertów (silne opioidy, leki adiuwantowe), możliwość zabiegów inwazyjnych (blokady, neurodestrukcja, neuromodulacja), fizjoterapia, psychoterapia

- Okresowa kontrola skuteczności leczenia bólu przewlekłego
- Leczenie objawów niepożądanych stosowanych leków przeciwbólowych i adiuwantowych
- Wdrożenie innej alternatywnej drogi podawania analgetyków (np. dokanałowo)

Poradnia Medycyny Paliatywnej – sprawuje ambulatoryjną opiekę nad chorymi z bólem, dusznością, lękiem w trakcie leczenia onkologicznego i u pacjentów zdyskwalifikowanych z leczenia przyczynowego przez onkologów. Poradnia medycyny paliatywnej jest tym miejscem, gdzie przyjmowane są osoby potrzebujące zabezpieczenia przeciwbólowego, u których stwierdzono chorobę nowotworową i którzy są w trakcie chemioterapii lub radioterapii, a także osoby, które nie radzą sobie z wszechogarniającym bólem. Poradnia medycyny paliatywnej jest integralnie związana z hospicjum domowym. Celem podejmowanych wysiłków jest osiągnięcie jak najlepszej, możliwej do uzyskania jakości życia chorych i ich rodzin.

Hospicjum – instytucja opieki paliatywnej funkcjonująca w ramach systemu opieki zdrowotnej. Opieka hospicyjna oznacza aktywną i wszechstronną opiekę nad osobami cierpiącymi na postępujące, przewlekłe choroby o niekorzystnym rokowaniu. Jest ona nakierowana na utrzymanie najwyższej możliwej jakości życia pacjenta.

Skala numeryczna NSR – 11 stopniową skalę numeryczną (liczbową – NRS) od „0” do „10”. Chory za pomocą słów, a dokładniej liczb ocenia swój ból. Przyjmuje się, że „0” oznacza brak bólu, a „10” to najsilniejszy, trudny do wyobrażenia ból.

Skala wizualno-analogowa (VAS) – 10 cm linijka z podziałką, na której pacjent wskazuje swoje natężenie bólu.

INFORMACJE O KAMPANII

Fundacja Wygrajmy Zdrowie i Koalicja na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem” organizator kampanii „Rak wolny od bólu” pod hasłem „Nie ból się! Bądź wolny od bólu” kontynuuje edukację społeczną skierowaną do pacjentów cierpiących z powodu bólu w chorobie nowotworowej i nienowotworowej oraz po zakończonym leczeniu onkologicznym, z bólem przewlekłym po radioterapii i chemioterapii.

Celem kampanii jest walka o prawa każdego pacjenta do życia bez bólu, bez względu na etap i rodzaj choroby oraz zwalczanie barier w obszarze dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej znoszących ból i inne cierpienia. Działania społeczne w ramach kampanii „Nie ból się! Bądź wolny od bólu” promują aktywną postawę chorych, świadomych możliwości łagodzenia cierpienia i pokazują bariery w zakresie prawidłowego leczenia przeciwbólowego.

Współczesna medycyna potrafi skutecznie opanować ból u 90% przypadków. Ma wpływ na jakość życia, w chorobie i powinna być w służbie każdego pacjenta. Ulga w bólu powinna być zasadą przyjętą we wszystkich ośrodkach medycznych w całym kraju, a pomiar bólu w prostej skali NSR obowiązkiem codziennej praktyki lekarza każdej specjalizacji. Kampania pokazuje drogę do terapii przeciwbólowej, którą każdy może podjąć, domagając się leczenia bólu, w tym szczególnie bólu przewlekłego.

www.niebolsie.pl, www.facebook.com/niebolsie