SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów

PROPOZYCJE SYSTEMOWYCH ROZWIAZAŃ W ZAKRESIE UŚMIERZANIA BÓLU W ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Analiza stanu obecnego i rekomendacje

Polskie Towarzystwo Badania Bólu
Polish Association for the Study of Pain

eksperci dla zdrowia

Wygrajmy z bólem
koalicja na rzecz walki z bólem

FUNDACJA WYGRAJMY ZDROWIE

Raport opracowany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Ratunkowej, Fundację Eksperci dla Zdrowia, Koalicję na rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem". Dokument powstał dzięki inicjatywie Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjenta.

Warszawa, czerwiec 2018 r.

„Leczenie bólu wynika z ochrony godności życia ludzkiego w sytuacji cierpienia i jest moralnym obowiązkiem lekarza każdej specjalizacji".

lek. med. Krzysztof Ostrowski
Przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów
Poseł na Sejm RP

„Ból jest centralnym elementem doświadczenia pacjenta w wielu schorzeniach, a jakość świadczonych, w tym przypadku usług, może być uznawana za wskaźnik jakości całego systemu opieki zdrowotnej".

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

„Skuteczne i bezpieczne postępowanie przeciwbólowe w opiece przedszpitalnej w karetce pogotowia na miejscu zdarzenia jest obowiązkiem każdego ratownika medycznego".

Prof. dr. hab. n. med. Jerzy Robert Ładny
Konsultant Krajowy w dziedzinie Medycyny Ratunkowej

„Pacjent z uśmierzonym bólem pourazowym lepiej współpracuje z ratownikiem medycznym lub lekarzem. Pozwala to na lepszą i trafniejszą diagnozę a także lepsze przygotowanie pacjenta do przekazania na oddział ratunkowy".

Szymon Chrostowski
Prezes Koalicji na rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem"

AUTORZY DOKUMENTU

POLSKIE TOWARZYSTWO BADANIA BÓLU:

prof. dr. hab. n. med. Jerzy Wordliczek

prof. dr. hab. n. med. Andrzej Basiński

dr n. med. Jarosław Woroń

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ:

prof. dr. hab. n. med. Jerzy Robert Ładny

FUNDACJA EKSPERCI DLA ZDROWIA:

Marzena Domańska-Sadynica

Magdalena Wiciak-Obrębska

Jerzy Gryglewicz

KOALICJA NA RZECZ WALKI Z BÓLEM „WYGRAJMY Z BÓLEM":

Szymon Chrostowski

SPIS TREŚCI

1. PRAWO CZŁOWIEKA DO LECZENIA BÓLU 6
2. ASPEKTY PRAWNE DOTYCZĄCE LECZENIA BÓLU 7
3. FUNKCJONOWANIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO NA PODSTAWIE SPRAWOZDANIA Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2016 ROK 10
4. KLUCZOWE ASPEKTY DOTYCZĄCE BÓLU W RATOWNICTWIE MEDYCZNYM 12
5. ANALIZA DOTYCZĄCA LECZENIA BÓLU PO URAZIE PRZEZ ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO .. 16
6. FARMAKOLOGICZNE METODY ZWALCZANIA BÓLU W MEDYCYNIE RATUNKOWEJ 19
7. ZALECENIA ZESPOŁU EKSPERTÓW DS. LECZENIA BÓLU U OSÓB DOROSŁYCH W ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO TYPU „P”..... 24
8. REKOMENDACJE 27

1. PRAWO CZŁOWIEKA DO LECZENIA BÓLU

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) uznają dostęp do leczenia bólu za jedno z praw człowieka. Zgodnie ze standardami międzynarodowymi, w tym europejskimi, każdy pacjent ma prawo do życia bez bólu, niezależnie od etapu choroby. Łagodzenie wszelkich cierpień jest bowiem warunkiem poszanowania godności ludzkiej, a walka z bólem należy do etycznego obowiązku lekarza każdej specjalności. Nieleczony lub źle leczony ból osłabia organizm chorego, może prowadzić do depresji i niepowodzenia terapii zasadniczej. Prawidłowa diagnostyka i leczenie bólu oraz wiedza pacjenta w tym zakresie są uważane za jeden z warunków sukcesu terapeutycznego. Prawa człowieka do ulgi w bólu i cierpieniu muszą być uznane w Polsce według treści Deklaracji Montrealskiej, uchwalonej w 2000 r. przez przedstawicieli Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu. Sygnatariusze Deklaracji uznając nieodłączną godność wszystkich istot ludzkich przyjęli, iż odmawianie leczenia bólu jest z gruntu niewłaściwe, prowadzące do niepotrzebnego cierpienia oraz szkodliwe.

Zgodnie z art. 68 ust.2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, istnieje niekwestionowany obowiązek władzy publicznej zabezpieczenia osobom chorym i cierpiącym realnego i równego dostępu, niezależnie od ich sytuacji materialnej, do działań medycznych, leków, wyrobów medycznych poprzez przyjęcie odpowiednich uregulowań prawnych.

Należy jednak podkreślić, że kluczowym warunkiem realizacji powyższego jest wprowadzenie przez organizatorów rozwiniętych systemów ochrony zdrowia odpowiednich rozwiązań w zakresie właściwego zabezpieczenia leczenia bólu.

Analizując problem, związany z dostępem do właściwego leczenia bólu w zakresie różnych świadczeń opieki zdrowotnej, należy stwierdzić, że w ciągu ostatnich kilku lat są realizowane inicjatywy, których celem jest zniesienie istniejących barier związanych z dostępnością do leczenia bólu.

Istotnym problemem utrudniającym optymalne leczenie bólu jest brak obowiązujących i akceptowalnych przez środowisko profesjonalistów medycznych wytycznych, standardów lub zaleceń dotyczących zwalczania bólu w miejscu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Niewątpliwie wprowadzenie spójnych i kompleksowych regulacji znacznie poprawiłoby jakość opieki nad pacjentami cierpiącymi z powodu bólu oraz zmniejszyłoby występowanie powikłań związanych z bólem.

W niniejszym raporcie autorzy przedstawili uwarunkowania związane z uśmierzaniem bólu ostrego w warunkach przedszpitalnych w szczególności związanej z realizacją świadczeń przez Zespoły Ratownictwa Medycznego.

Wykonywanie procedur u pacjentów będących w stanie bezpośredniego zagrożenia życia wymaga standaryzacji postępowania w oparciu o aktualne wyniki badań naukowych dlatego zdaniem autorów poprawa

zwalczania bólu w ratownictwie medycznym w szczególności udzielanych przez ratowników medycznych, powinna zostać uregulowana w możliwie najkrótszym czasie.

2. ASPEKTY PRAWNE DOTYCZĄCE LECZENIA BÓLU

Prawa pacjenta w polskim ustawodawstwie są zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r Nr 78, poz. 483 z późn. zm), ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm) oraz ratyfikowanych umowach międzynarodowych, w szczególności takich jak:

1. Karta Praw Pacjenta z 1984 r. wydana z inicjatywy Parlamentu Europejskiego Wspólnoty Europejskiej;
2. Deklaracja Promocji Praw Pacjenta w Europie z 1994;
3. Europejska Karta Praw Pacjenta;
4. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19 grudnia 1966 r.(Dz.U. z 1977 r. Nr 38. Poz. 167);
5. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 (ratyfikowana przez Polskę 2 października 1992).

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w preambule odwołuje się do „przyrodzonej godności człowieka", a art. 30 definiuje ją jako przyrodzone, niezbywalne i nienaruszalne „źródło wolności i praw człowieka i obywatela". Jest jedyną wartością konstytucyjną, która nie może być ograniczona i jedną z klauzul generalnych, stanowiących podstawę interpretacyjną całego systemu prawa, w tym prawa medycznego. Godność człowieka zaliczana jest przez Trybunał Konstytucyjny do podstawowych praw podmiotowych jednostki. Godność jest dobrem osobistym, chronionym przez prawo cywilne w art. 23 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z dnia 29.05.2018 r. poz. 1025), a łagodzenie wszelkich cierpień jest podstawowym warunkiem poszanowania godności ludzkiej.

Zgodnie ze stanowiskiem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, traktowanie powodujące poważne cierpienia fizyczne i psychiczne, zalicza się do kategorii nieludzkiego traktowania. Brak stosowania odpowiedniego leczenia przeciwbólowego, które jest konieczne ze względu na stan pacjenta, 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.

Dlatego też, walka z bólem jest również etycznym obowiązkiem lekarza, ratownika medycznego, pielęgniarki/pielęgniarza i powinna być obowiązkiem wszystkich osób, które udzielają pacjentowi świadczeń opieki zdrowotnej.

Obecnie w polskim prawie nie istnieją jednolite, kompleksowe regulacje w zakresie postępowania medycznego względem pacjenta cierpiącego z powodu bólu.

Wskazana powyżej ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w art.20 a reguluje wprost prawo pacjenta do leczenia bólu. Zgodnie z powołanym artykułem, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia. Przepis ten obowiązuje od 11 maja 2017 r. i został wprowadzony nowelizacja ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z dnia 26.04.2017 r. poz. 836). Do czasu wejścia w życie wskazanej nowelizacji, prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień miał pacjent wyłącznie w stanie terminalnym. Zmiana ww. przepisów stała się początkiem do dalszych zmian w obowiązującym systemie, których celem jest zabezpieczenie prawa pacjenta do leczenia bólu.

Kolejne regulacje dotyczące zagadnienia bólu, zostały przyjęte między innymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z dnia 2 marca 2018 r. poz. 469).

Zgodnie z § 1 pkt 9) ww. rozporządzenia, poprawa jakości leczenia bólu oraz monitorowanie skuteczności tego leczenia, zostało uznane jako priorytet zdrowotny. Należy podkreślić, że uwzględnienie działań związanych z bólem w priorytetach zdrowotnych państwa, zostało uzasadnione przesłankami wynikającymi z aktualnej wiedzy, analizy w zakresie stanu zdrowia obywateli, uzyskiwanych efektów zdrowotnych oraz z potrzeby zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, wynikających z danych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych.

Należy również wskazać, że na dzień przygotowania przedmiotowego raportu trwają prace legislacyjne nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu. W dniu 14.06.2018 r. zakończono etap konsultacji zewnętrznych. Jak czytamy w uzasadnieniu projektu, opracowany standard organizacyjny leczenia bólu stanowić będzie narzędzie do realizacji prawa pacjenta w zakresie leczenia bólu. Procedowany standard zakłada, że leczenie bólu powinno odbywać się na wszystkich poziomach leczenia. Określa on podstawowe czynności, które muszą zostać podjęte przez lekarza w celu diagnozowania, leczenia i monitorowania bólu – w różnych zakresach udzielanych świadczeń. Reguluje czynności, które mają zostać podjęte przez lekarza POZ, przez lekarza specjalistę, przez lekarzy udzielających świadczeń pacjentowi hospitalizowanemu, pacjentowi przyjętemu na Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) czy obsługiwanego przez zespoły ratownictwa medycznego. Zakłada również, wykonywanie w trakcie medycznych czynności ratunkowych, oceny nasilenia bólu oraz wdrożenia postępowania przeciwbólowego zabezpieczającego pacjenta do czasu przekazania podmiotom leczniczym udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach świadczeń szpitalnych.

Analiza powyższego wskazuje, że w polskim systemie prawnym dokonują się zmiany w zakresie zagwarantowania pacjentowi realizacji prawa do leczenia bólu. Niewątpliwie wejście w życie wskazanych regulacji i ich przestrzeganie, zdecydowanie przyczyni się do poprawy jakości udzielania świadczeń związanych z za-

bezpieczeniem bólu, a parametr skuteczności niesienia pacjentom ulgi w bólu, powinien stać się istotnym parametrem oceny jakości udzielania świadczeń przez te podmioty.

Zespoły ratownictwa medycznego udzielają świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych w dość ciężkich i specyficznych warunkach. Bardzo często w sytuacjach krytycznych, to właśnie Ratownicy Medyczni, Pielęgniarki/Pielęgniarze systemu pierwsi docierają do pacjenta. To na nich spoczywa ciężar właściwego zabezpieczenia przeciwbólowego. Dlatego też, zabezpieczenie i stworzenie narzędzi, które przyczyniłyby się do poprawy możliwości realizacji medycznych czynności ratunkowych, związanych z niesieniem ulgi w bólu przez zespoły ratownictwa medycznego, powinno być traktowane jako uzupełnienie już tworzonych lub obowiązujących regulacji prawnych.

Tworząc nowe regulacje należy zabezpieczyć faktyczną możliwość ich przestrzegania. Oznacza to, że jeżeli zostałyby przyjęte wytyczne, zalecenia czy też dobre praktyki określonego postępowania, konieczne jest dostosowanie do nich przepisów obecnie obowiązującego prawa, a przede wszystkim rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U. z 27.04.2016 poz.587 ze późn. zm.). Akt ten zawiera szereg regulacji dotyczących czynności, które może wykonywać ratownik medyczny. Określa również substancje czynne, które mogą być podawane samodzielnie przez ratowników medycznych. Dlatego też, w przypadku pojawienia się nowych czynności ratunkowych, które będzie mógł wykonywać ratownik medyczny lub nowych medycznych substancji czynnych, o istotnym znaczeniu dla zabezpieczenia bólu, które mogłyby być użyte przez ratowników medycznych, należy wprowadzić również zmianę wskazanego aktu.

Zmiany w zakresie wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych, wymaga również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z dnia 8 marca 2017 r. poz. 497).

Wprowadzając systemowe regulacje w zakresie leczenia bólu, należy również pamiętać o dostosowaniu przepisów wydawanych na poziomie Narodowego Funduszu Zdrowia. Przepisy te, powinny zabezpieczać możliwość realizacji wszystkich czynności ratunkowych wymienionych w przepisach rangi ustawowej, czy też wskazanych powyżej rozporządzeniach. Konieczne jest dostosowanie wyposażenia karetek, tak aby znajdowały się tam wszystkie, niezbędne przedmioty (w tym leki, wyroby medyczne i inne), które umożliwią udzielania pomocy pacjentowi, zgodnie z przepisami prawa i przyjętymi zaleceniami w zakresie leczenia przeciwbólowego.

Przykładowo, w chwili obecnej przepisy zarządzenia Nr 64/2016/DSM z dnia z dnia 30 czerwca 2016 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia regulujące warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, wskazują wyłącznie minimalną ilość leku na wyposażeniu podstawowego i specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego. Nie precyzują ani substancji czynnych ani ich postaci, które miałyby być obowiązkowo na wyposażeniu zespołu. Tym samym, konieczne byłoby wprowadzenie zmian powołanego zarządzenia, które zapewnią, że każdy zespół ratownictwa medycznego będzie miał dostęp do określonych substancji czynnych w różnych postaciach. Takie postanowienia zapewniłyby każdemu pacjentowi dostęp do jednolitego zabezpieczenia farmakologicznego w zakresie leczenia przeciwbólowego przez zespoły ratownictwa medycznego.

Dodatkowym zabezpieczeniem poprawnej realizacji przyjętych zaleceń, byłby implementowanie ich do Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, określonego w art. 3 pkt 15) ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z dnia 28.11.2017 r. poz. 2195), tak aby każdy ratownik medyczny, pielęgniarka/pielęgniarz systemu w trakcie medycznych czynności ratunkowych, po wybraniu w Systemie określonego rodzaju bólu, mógł korzystać z podpowiedzi Systemu w zakresie rekomendowanego zabezpieczenia przeciwbólowego.

Analizując omawiany przedmiot, należy wskazać, że tylko kompleksowe, spójne i przejrzyste regulacje w zakresie wszystkich aktów, które obejmują problematykę leczenia bólu, dadzą szansę na właściwą realizację praw pacjenta, omawianych w niniejszym raporcie.

3. FUNKCJONOWANIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO NA PODSTAWIE SPRAWOZDANIA Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2016 R.

W czerwcu 2017 roku Rada Narodowego Funduszu Zdrowia przyjęła sprawozdanie z działalności NFZ z 2016 rok. W sprawozdaniu przedstawiono kluczowe dane dotyczące finansowania i organizacji udzielania świadczeń a także sprawozdawcze dotyczące liczby wyjazdów jak również liczby poszkodowanych którym udzielono świadczeń.

Kluczowe elementy sprawozdania zaprezentowano poniżej.

Ratownictwo medyczne – zespoły ratownictwa medycznego są mobilnymi jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, których zadaniem jest podejmowanie akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, czyli świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r., poz. 1868, z późn. zm.) zadania zespołów ratownictwa medycznego są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentami są poszczególni wojewodowie. Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami ze-

społów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonywania tych umów dyrektorowi właściwego OW NFZ. Dyrektor oddziału OW NFZ zawiera umowy na rejony operacyjne, na podstawie planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Funduszu. Środki na finansowanie umów wojewoda przekazuje Funduszowi w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

W 2016 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ zostało przeprowadzone aneksowanie umów wieloletnich o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne na rok 2016.

W 2016 r. oddziały posiadały łącznie 203 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. Liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne nie uległa zmianie w stosunku do roku 2015. Należy podkreślić, że informacji o liczbie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne nie można utożsamiać z dostępnością świadczeń w powyższym rodzaju, ponieważ liczba ta jest bezpośrednio związana z liczbą rejonów operacyjnych, wynikającą z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej w niniejszym rodzaju, zakontraktowanych na 2016 r., wyniosła łącznie 1 869 051,28 tys. zł i była wyższa od wartości świadczeń zakontraktowanych w 2015 r. o 1,33%. Koszt realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w 2016 r. wyniósł 1 867 299,85 tys. zł co stanowi 99,91 % wykorzystania zakontraktowanych środków finansowych.

Wartość zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, jak i koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2015 oraz 2016 roku uwzględniają koszty świadczeń wynikających z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400) oraz z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz.1628, z późn. zm.).

W 2016 r. zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 3 237 674 wyjazdów, udzielając świadczeń 2 790 944 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego jak i liczba osób, którym te zespoły udzieliły świadczeń w 2016 r. uległa zwiększeniu w stosunku do roku poprzedniego.

4. KLUCZOWE ASPEKTY DOTYCZĄCE BÓLU W RATOWNICTWIE MEDYCZNYM

Artykuł na podstawie pracy naukowej:„Uśmierzanie bólu w warunkach przedszpitalnych"

Daniel Ślęzak[1], Przemysław Żuratyński[1], Andrzej Basiński[2], Klaudiusz Nadolny[3], Jerzy Robert Ładny[3]

[1] Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Pracownia Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

[2] Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

[3] Klinika Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Ból zalicza się do podstawowych objawów stwierdzanych podczas badania podmiotowego pacjenta, zezwalających personelowi medycznemu na zdobycie wiadomości o stanie pacjenta i przebiegającym w jego organizmie procesie chorobowym. Ten subiektywny objaw stanowi częsty powód wezwań Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM). Nadrzędnym celem w medycynie ratunkowej powinno być niezwłoczne i efektywne złagodzenie dolegliwości bólowych. Zespoły ratownictwa medycznego odpowiadają za przygotowanie właściwej dla stanu pacjenta farmakoterapii.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, ratownik medyczny i pielęgniarka/pielęgniarz systemu może podać samodzielnie następujące leki przeciwbólowe/rozkurczowe: Drotaverini hydrochlorici (tylko ból zlokalizowany w jamie brzusznej z komponentą spastyczną), Fentanyl, Ibuprofen, Ketoprofen,Metamizolum natricum Morphini sulfas, Papaverini hydrochlorici (tylko ból zlokalizowany w jamie brzusznej z komponentą spastyczną).

W uśmierzaniu bólu powinno stosować się do „trójstopniowej drabiny analgetycznej" przyjętej w 1986 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

Jednak zasada ta dotyczy leczenia bólu a nie jego krótkotrwałego uśmierzania. W ratownictwie medycznym stosowanie jej jest kłopotliwe z uwagi na czas oraz dostępność leków. Idealna farmakoterapia winna opierać się na szybkodziałających i bezpiecznych lekach, najlepiej nieopioidowych. Należy pamiętać o stanie prawnym sprzed 2016 rokiem, kiedy to ZRM nie mogły rzetelnie prowadzić postępowania przeciwbólowego, w tym również prawidłowo interweniować u pediatrycznych pacjentów cierpiących z powodu bólu [1,2,3,4,5,6].

Należy wspomnieć o badaniu przeprowadzonym przez Krzyżanowskiego i wsp., z którego wynika, iż niestety tylko w niewielkim odsetku przypadków dochodziło do próby zmniejszenia dolegliwości u poszkodowanych, pomimo dużego wachlarza dostępnych środków [7].

Przedstawiając kształcenie przeddyplomowe ratowników medycznych można przytoczyć badanie Żuratyńskiego i wsp. [8], którego celem było wskazanie, jaką wiedzę posiadają studenci kończący studia na kierunku Ratownictwo medyczne na temat metod leczenia bólu w zespołach ratownictwa medycznego. W badaniu ankietowym przeprowadzonym na 4 uczelniach, wśród 120 studentów, wykazano, iż studenci nie posiadają aktualnej wiedzy z zakresu analgetyków w ratownictwie medycznym. Szczegółowo można stwierdzić, że wiedza nt. działania analgetyków, możliwych działaniach niepożądanych analgetyków, metod analgezji u dzieci oraz skalach oceny natężenia bólu jest wybiórcza.

Ból jest typową oznaką urazu, choroby, jest również kluczowy w rozpoznaniu bądź umiejscowieniu procesu chorobowego, w uniknięciu lub zmniejszeniu traumatyzacji tkanek. Definiowany jest jako nieprzyjemne doznanie emocjonalne oraz czuciowe, związane z uszkodzeniem tkanek lub z możliwością takiego uszkodzenia. Wyjątkowo istotna jest właściwa dewiza leczenia dolegliwości, jak najszybsze podjęcie odpowiednio dobranej analgezji w zależności od typu i nasilenia bólu oraz rzetelna i systematyczna ocena wydajności terapii [9,10,11].

Pomimo, że istnieje szereg rozmaitych podziałów bólu, najczęściej możemy mówić ze względu na:

- czas trwania bólu: ból stały to taki, który przez pełny okres trwania trzyma się na względnie stałym poziomie; ból przebijający – to ostry przemijający ból, który zwykle przyjmuje postać napadów i nagromadza się na dotychczas istniejące niezmienne dolegliwości towarzyszące określonej chorobie; ból pulsujący lub falowy to ból, którego nasilenie ma temperament zmienny, tzn. słabnie, nasila się, później znów narasta;
- skojarzenia powiązane z odczuwaniem bólu: ból uciskający – dający uczucie przygniecenia, klasyczny dla bólów klatki piersiowej i głowy; ból rozdzierający, rwący – charakterystyczny np. dla bólu menstruacyjnego i bólu mięśni; ból piekący, szczypiący – przypominający kontakt ze żrącą albo drażniącą substancją (np. kontakt rany z solą);
- lokalizację bólu: nerwobóle – dolegliwości wynikające z podrażnień lub uszkodzeń nerwów obwodowych. Typowe dla tego bólu jest promieniowanie, czyli tak zwane uczucie rwania; bóle przeniesione – bóle wywołane przez jedną dolegliwość. Niejednokrotnie są to bóle promieniujące do albo przejawiające się w innych miejscach organizmu. Dzieje się tak zwłaszcza przy zawale serca i chorobie wieńcowej. Ból odczuwalny jest nawet w rękach, łopatkach i szczęce; bóle kostne – zwykle związane są z urazem. Ten model bólu nasila się podczas ruchu. Ból kostny może być spowodowany zmianami nowotworowymi pierwotnymi lub przerzutami nowotworu; ból tkanek miękkich (skóry, mięśni, stawów) – ból tkanek miękkich dotkniętych zmianami, np. stanem zapalnym. Jest go łatwo zlokalizować z dużą dokładnością, dlatego że zwiększa się przy dotyku i ruchu; ból rozlany – zajmuje duży obszar ciała i ciężko go przypisać konkretnej lokalizacji; ból trzewny – pochodzi z procesów chorobowych toczących się w zakresie narządów wewnętrznych. Pacjenci niejednokrotnie przedstawiają go jako rozlany, piekący, tętniący i ćmiący;
- przyczynę bólu – biologiczne ustosunkowanie się, wskazuje na kilka źródeł bólu: ból receptorowy jest to najczęstszy charakter bólu, który pochodzi z podrażnienia receptora bólowego określanego mianem

nocyceptora. Wywołany jest uszkodzeniem tkanek na skutek choroby; ból neuropatyczny, którego źródłem jest podrażnienie lub uszkodzeniem części ośrodkowego albo obwodowego układu nerwowego. Również neutralny bodziec, jak np. delikatny dotyk, może spowodować przykre doznanie. Do kategorii tej należą też bóle fantomowe, a więc bóle odczuwane w amputowanej kończynie; ból psychogenny bierze swoje źródło z podłoża psychicznego i zwykle towarzyszy zaburzeniom psychicznym. Charakteryzuje się on tym, iż pacjenci żalą się na ból, który nie ma korelacji z uszkodzeniem czy podrażnieniem tkanek lub nerwów;

- częstotliwość występowania bólu: ból epizodyczny – najczęściej występujący. Jest to np. epizodyczny ból gardła przy infekcji, ból głowy, itp.; ból przewlekły współtowarzyszy schorzeniom o długotrwałym przebiegu. Mamy z nim do czynienia, gdy dolegliwości trwają dłużej, niż trzy miesiące. Ból przestaje być wówczas zwiastunem ostrzegającym i staje się samodzielnym zespołem chorobowym [9,12,13].
- Wyróżnia się 3 podstawowe mechanizmy powstania bólu, które stanowić mogą kryterium jego klasyfikacji.
- mechanizm obwodowy – receptorowy, który jest najbardziej naturalny, ponieważ jest odbierany przez zakończenia nerwowe specjalnie przeznaczone do takiego celu. Ból pochodzenia receptorowego jest odbierany z powłok ciała, mięśni, stawów, naczyń krwionośnych i jest najpowszechniejszym mechanizmem bólu fizjologicznego i większości postaci bólu patologicznego;
- mechanizm neurogenny – z podrażnienia lub uszkodzenia nerwów, powoduje ból neuropatyczny, deaferentacyjny, kazualgiczny. Jest to ból wyłącznie patologiczny;
- mechanizm ośrodkowy – z pierwotnym udziałem ośrodków mózgowych jest odpowiedzialny za niektóre postaci bólu patologicznego, który powstaje w ośrodkowym układzie nerwowym na skutek organicznego uszkodzenia. Taki ból organiczny jest zwykle jednostronny, połowiczny, a jego przykładem jest ból poudarowy korowo-podkorowy, wzgórzowy lub pniowy. W niektórych postaciach padaczki napad rozpoczyna się aurą bólową. Ból psychogenny w depresji, psychozach i zespołach nerwicowych także ma pierwotny mechanizm na najwyższych piętrach układu nerwowego i może być zaliczony do bólu ośrodkowego, którego mechanizm nie jest całkiem jasny [11,13].

Pacjent cierpiący z powodu bólu wymaga natychmiastowego wdrożenia odpowiedniego leczenia przeciwbólowego, lecz skuteczne postępowanie nie może utrudniać prowadzenia diagnostyki. Nie należy zapominać o prawidłowej ocenie bólu biorąc pod uwagę obserwację pacjenta, wywiad oraz narzędzia oceny bólu (skala numeryczna NRS, skala wzrokowo-analogowa VAS, skala słowna VRS, skala obrazkowa Wong-Baker). Skala NRS to 11-stopniowa skala, przy której wykorzystaniu pacjent opisuje dolegliwości od 0 (brak bólu) do 10 (najsilniejszy wyobrażalny ból), podając wartość liczbową. Skala VAS ma postać linijki, na której pacjent zaznacza natężenie bólu od 0 (brak bólu) do 10 (najsilniejszy wyobrażalny ból). Może być ona „buźkowa" dla dzieci, gdzie uśmiechnięta buzia oznacza brak bólu, a buzia z grymasem bólu najsilniejsze dolegliwości. Skala VRS jest skalą opisową – pacjent opisuje dolegliwości słownie: braku bólu, słaby ból, średni ból (umiarkowany), silny, nie do wytrzymania (bardzo silny) [2,14,15]. Warto nadmienić, że ustawa o prawach pacjenta z marca 2017 roku oraz przygotowywane rozporządzenie Ministra

Zdrowia w zakresie leczenia bólu, spowoduje konieczność rejestrowania poziomu bólu, również w warunkach pomocy przedszpitalnej.

Podsumowanie

Przed 2016 rokiem ratownik medyczny nie mógł prowadzić rzetelnego leczenia przeciwbólowego. W 2016 roku wprowadzono Rozporządzenie, które dało ratownikom medycznym więcej farmakologicznych metod leczenia bólu. Wcześniejszy stan prawny uniemożliwiał również ratownikom medycznym prawidłowe interwencje u pediatrycznych pacjentów cierpiących z powodu bólu. Przy ocenie bóli niezbędne są skale wzrokowo-analogowe, które określają odpowiedni stan pacjenta i pozwalają na wdrożenie terapii związanej z bólem oraz doborem prawidłowego zastosowania drabiny analgetycznej.

Piśmiennictwo:

1.Zieliński E, Piotrowski A, Kabata B, Klimberg A, Marcinkowski JT. Analgetyczne postępowanie medyczne wśród chorych zgłaszających się do szpitalnego oddziału ratunkowego - nieadekwatne do potrzeb pacjenta. Hygeia Public Health 2013, 48(4): 566-570. 2.Żuratyński P, Ślęzak D, Krzyżanowski K. Porównanie farmakologicznych metod leczenia bólu przez ratowników medycznych na podstawie obowiązującego stanu prawnego w Polsce. Ból 2017, 18(1): 34–36. 3.Gregory P, Mursell I. Diagnostyka i postępowanie w ratownictwie medycznym. Procedury zabiegowe, wyd. med. Górnicki, Wrocław 2013: 280-293. 4.Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U. z 2016 r., poz. 587). 5.Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późniejszymi zmianami). 6.Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw. 7.Krzyżanowski K, Ślęzak D, Basiński A, Żuratyński P, Buca P. Uśmierzanie bólu po urazie na etapie przedszpitalnym. Ból 2017, 18(1): 37-43. 8.Żuratyński P, Ślęzak D, Farbicka P, Krzyżanowski K, Basiński A. Wiedza studentów kierunku Ratownictwo medyczne na temat leczenia bólu w zespołach ratownictwa medycznego. Ból 2016, 17 (nr specjalny): 72.9.Szczudlik A. Patomechanizmy bólu. Ból - podstawowy objaw w medycynie, PZWL, Warszawa 1996. 10.Dobrogowski J, Wordliczek J. Medycyna bólu, PZWL, Warszawa 2004. 11.Żylicz Z, Krajnik M. Jak powstaje ból? Neurofizjologia bólu dla początkujących, Polska Medycyna Paliatywna 2003. 12.Kolęda I, Malec-Milewska M. Pacjent z przewlekłym bólem – diagnozowanie, leczenie, wytyczne. Praktyka Lekarska 2010, 11: 15-16. 13.Prusiński A. Kliniczne postacie bólu. Ból – podstawowy objaw w medycynie, red. Domżał T, PZWL, Warszawa 1996. 14.Misiołek H, Wawrzynek J. Metody analgezji w warunkach przedszpitalnych. Emerg Med Serv, 2017;IV,2: 71-78. 15.Gregory P, Mursell I. Diagnostyka i postępowanie w ratownictwie medycznym. Procedury zabiegowe, wyd. med. Górnicki, Wrocław 2013: 280-293.

5. ANALIZA DOTYCZĄCA LECZENIA BÓLU PO URAZIE PRZEZ ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Opracowanie na podstawie pracy naukowej „Uśmierzanie bólu po urazie na etapie przedszpitalnym – wyniki wstępne" Kamil Krzyżanowski[1], Daniel Ślęzak[1], Andrzej Basiński[1], Przemysław Żuratyński[1], Paulina Buca[2]

[1] Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

[2] Centrum Powiadamiania Ratunkowego, Gdańsk

W kwietniu 2017 r w czasopiśmie naukowym„Ból" ISSN: 1640-324X została opublikowana praca naukowa pt.: *„Uśmierzanie bólu po urazie na etapie przedszpitalnym – wyniki wstępne"* Kamil Krzyżanowski, Daniel Ślęzak, Andrzej Basiński, Przemysław Żuratyński, Paulina Buca.

Celem pracy było określenie, jakie metody uśmierzania bólu są stosowane u poszkodowanych po urazie na podstawie analizy dokumentacji wyjazdowej dysponentów zespołów ratownictwa medycznego na terenie województwa pomorskiego.

W trakcie badania, z całości przedstawionego materiału (64 806 kart), wyselekcjonowano 8691 wezwań, w których powodem wezwania zespołu był uraz. Kryterium wyboru były kody Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD 10. Nadmienić należy, że do analizy wybrano dokumentację, w której nie znaleziono przeciwskazań do prowadzenia terapii przeciwbólowej. Weryfikacji poddano częstość wdrażania uśmierzania bólu oraz rodzaj użytego leku. Ważnym, z punktu widzenia prowadzonego badania, staje się określenie obciążenia poszczególnych rodzajów zespołów. ZRM „S" dysponowano 2364 razy, co daje około 27% wszystkich interwencji, natomiast „P" przyjęło 73% wezwań (6320 wyjazdów).

Na tym etapie można zaobserwować, że głównie zespoły bez lekarza realizują swe zadania, zabezpieczając poszkodowanych po urazach. Tym bardziej istotnym staje się uzyskanie odpowiedzi na postawione wcześniej pytanie, czy ratownicy potrafią korzystać i czy korzystają z uprawnień jakie mieli przed wejściem w życie rozporządzenia zwiększającego ich zakres kompetencji?

Kolejnym ważnym problemem było określenie do jakich urazów najczęściej dysponowano zespoły. Większość, bo aż 38% interwencji związana była z urazami głowy, w drugiej kolejności urazy kończyn dolnych, w tym urazy biodra (15%) oraz pozostałe izolowane urazy, łącznie około 20%. Należy zwrócić uwagę, że blisko 7% urazów, to mnogie obrażenia ciała.

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że jedynie w 16% przypadków wdrożono procedurę uśmierzania bólu. Jedynie 16 osób z grupy 100 poszkodowanych, otrzymało pomoc farmakologiczną! 84% chorych ewakuowano do szpitali nie łagodząc dolegliwości bólowych.

Należy zdawać sobie sprawę, że nie tylko inicjatywa podania leku jest sukcesem, ale właściwy dobór metody, leku, dawki.

Analiza dotyczyła również postępowania z uwzględnieniem rodzaju zespołu. W przypadku ambulansów specjalistycznych, leczenie wdrożono w 17% przypadków. Daje to 83% poszkodowanych, wobec których nie zastosowano terapii. Zespoły podstawowe, niestety, również prowadzą terapię jedynie wybiórczo. Tylko 14.5% poszkodowanych otrzymało leki przeciwbólowe. U ponad 5000 poszkodowanych nie starano się ograniczyć dolegliwości związanych z urazem i poprawić komfortu ewakuacji.

Leczenie farmakologiczne w zespołach specjalistycznych prezentuje się zdecydowanie lepiej niż w zespołach paramedycznych. Nie jest to jednak powód do zadowolenia, gdyż jak widać jedynie 42% czyli nawet nie połowę poszkodowanych, poddano terapii!

Oddzielnym, bardzo istotnym problemem jest leczenie bólu wśród dzieci. Osoba dorosła, świadoma konsekwencji jakie towarzyszą urazom, może oczekiwać większego lub mniejszego dyskomfortu, zazwyczaj rozumie z czym jest związany. Wśród małoletnich pacjentów nie możemy oczekiwać racjonalnego zachowania i cierpliwości. Oczywiste jest, że każdej grupie poszkodowanych przysługuje pomoc w zakresie zmniejszenia dolegliwości bólowych, jednak w opinii autorów, dzieciom należy się w tej kwestii szczególna uwaga.

Dotychczasowy zasób leków, dostępny dla zespołów „P", był bardzo ograniczony, co może w pewnym stopniu tłumaczyć tak niski odsetek prowadzonego leczenia. Ratownicy medyczni, pielęgniarki/pielęgniarze systemu dysponowali jedynie Morfiną, pozostałe preparaty miały znikome zastosowanie z uwagi na ograniczenia wiekowe. Oczywisty jest fakt, że nie wszystkie urazy kwalifikowały się do leczenia opioidami. Biorąc pod uwagę powyższe, rozszerzenie uprawnień wydaje się dobrym rozwiązanie. Zdecydowanym liderem pośród leków wykorzystywanych do leczenia, w tym odsetku interwencji w których wprowadzono uśmierzanie bólu, jest Ketoprofen. Kolejne miejsca zajmują: Morfina, Fentanyl i Petydyna.

W podsumowaniu autorzy podkreślili, że około 12% wyjazdów Zespołów Ratownictwa Medycznego związanych jest z urazem. Jak wynika z przedstawionych statystyk, blisko trzykrotnie częściej dysponowane są do tego rodzaju zgłoszeń zespoły podstawowe, aniżeli specjalistyczne.

W związku z powyższym, na ich barkach spoczywa większa odpowiedzialność za profesjonalne zabezpieczenie poszkodowanych, w tym zabezpieczenie przeciwbólowe. Porażającym faktem jest 20% odsetek prowadzonej terapii przeciwbólowej. Aż 80% poszkodowanych, ewakuuje się bez próby zmniejszenia dolegliwości bólowych! Grupa wymagająca szczególnej uwagi, mamy tu na myśli mnogie obrażenia ciała, otrzymała pomoc jedynie w 26% przypadków.

W odrębnej, bardzo wymagającej grupie chorych jakimi są dzieci, ból uśmierzano w 20% interwencji. Jak wspomniano powyżej, może mieć to związek z ograniczonym zasobem preparatów w zespołach „P" (do momentu wejścia w życie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia). Ratownicy medyczni,pielęgniarki/pielęgniarze systemu najchętniej stosują Ketoprofen w jednorazowej dawce 100 mg. Można zadać w tym miejscu pytanie, czy każdy poszkodowany powinien otrzymać leki przeciwbólowe? Czy każdy uraz tego wymaga? Oczywiście nie, jednak każdy pacjent powinien mieć prawo do wyrażanie swojej woli i opinii w tym zakresie. Podczas analizy otrzymanego materiału, napotkano na bardzo ciekawe zjawisko. W 12 przypadkach, zanotowano w dokumentacji, że poszkodowany odmawia leczenia przeciwbólowego.

Wynika z tego, że ratownicy medyczni, pielęgniarki/pielęgniarze systemu mieli świadomość konieczności prowadzenia takiego leczenia, zaproponowali to osobie zabezpieczanej, jednak ta nie wyraziła potrzeby stosowania farmakoterapii. Nasunęło to pomysł, być może godny poddania szerszej dyskusji, aby wprowadzić w w kartach medycznych czynności ratunkowych dodatkowej, prostej tabeli z informacją, czy poszkodowany odczuwa ból o takim nasileniu, że jego leczenie jest niezbędne. Jak powszechnie wiadomo, ból jest odczuciem subiektywnym i to osoba chora, a nie członkowie zespołu, wie czy podaż farmaceutyków jest konieczna.

Bardzo pomocna może się tu okazać skala określająca intensywność dolegliwości. Nie jest zamysłem autorów wskazywanie jej rodzaju, a jedynie nakreślenie zaobserwowanego problemu i poddanie pod dyskusję próby jego rozwiązania. Proszę zwrócić uwagę, że skala używana w medycynie w celu oceny poziomu świadomości (Glasgow Coma Scale, GCS) jeszcze kilkanaście lat temu była zupełnie niszowa. Dziś praktycznie wszyscy potrafimy z niej korzystać. Mamy nadzieję, że podobnie stanie się z jakąkolwiek skalą służącą ocenie nasilenia bólu. Jeśli problem z tak rzadkim wdrażaniem leczenia wynika z niewiedzy, z faktu że czasem zapominamy o tym czego nasz pacjent oczekuje, może wprowadzenie stosownych zapisów w kartach wyjazdowych, narzuci konieczność/przypomni o zadaniu prostego pytania, czy boli i jak mocno boli?

Przydatne byłoby stworzenie prostego algorytmu opartego na skali bólowej, określającego rodzaj i dawkowanie konkretnych leków. Taki algorytm w dużym stopniu mógłby ułatwić oraz ujednolicić to postępowanie ratowników, medycznych, pielęgniarek/pielęgniarzy systemu podobnie jak stało się w przypadku wprowadzenia algorytmu MONA (Morfina, Kwas acetylosalicylowy, Tlen, Nitrogliceryna), przy interwencjach związanych z ostrymi zespołami wieńcowymi (OZW).

Piśmiennictwo:

1. Ferenc A. Zintegrowany system ratowniczy w Polsce. Wydawnictwo Promotor, Warszawa 2007. 2.Goniewicz M. (red.) Medycyna katastrof: problemy organizacyjnodiagnostyczne. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa im. prof. Edwarda Lipińskiego, Kielce 2012. 3.Gryz J. Kitler W. (red.) System reagowania kryzysowego. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2007. 4.Guła P. Powiadamianie i dysponowanie w ratownictwie medycznym. Medycyna praktyczna, Kraków 2009. 5.Jakubaszko J. (red). Ratownik medyczny. Wydawnictwo Medyczne Górnicki, Wrocław

2007. 6.Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego.7.Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym. 8.Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.9.Wójtowicz W. Bezpieczeństwo infrastruktury krytycznej. Wydawnictwo Departamentu Polityki Obronnej MON, Warszawa 2007. 10. Zawadzki A. (red.) Medycyna ratunkowa i katastrof. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

6. FARMAKOLOGICZNE METODY ZWALCZANIA BÓLU W MEDYCYNIE RATUNKOWEJ

Autorzy: Jarosław Woroń[1,2,3] Jerzy Wordliczek[1,3,4]

[1] Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii nr 1 Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

[2] Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego,Collegium Medicum

[3] Polskie Towarzystwo Badania Bólu

[4] Klinika Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej Uniwersytetu Jagiellońskiego,Collegium Medicum

Urazy są trzecią pod względem częstości (po chorobach układu krążenia i nowotworach) przyczyną zgonów. Są ponadto drugą przyczyną niezdolności do pracy. Z roku na rok istotnie poprawia się skuteczność działań zespołów ratowniczych, zarówno na miejscu zdarzenia, jak i podczas transportu, co sprawia, że do szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) trafia coraz większa liczba poszkodowanych w wypadkach z ciężkimi urazami obejmującymi wiele okolic ciała, którym towarzyszą dolegliwości bólowe o bardzo silnym natężeniu.

Ból jest nieuchronnym następstwem urazu, a jego natężenie zależy nie tylko od rozległości i ciężkości urazu, ale również od jego lokalizacji. Dlatego też ból somatyczny wywołany przez otarcia naskórka i stłuczenie tkanek miękkich tułowia może być przyczyną mniej nasilonych dolegliwości bólowych niż ból trzewny towarzyszący izolowanemu urazowi brzucha.

Szczególnym rodzajem bólu, który jest następstwem urazów w zakresie somato-sensorycznych struktur obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego jest ból neuropatyczny, który może być konsekwencją urazowej amputacji lub zmiażdżenia kończyny, awulsji splotu ramiennego czy też uszkodzenia korzeni nerwów krzyżowych podczas złamań miednicy. Uszkodzenia te prowadzą do strukturalnych i funkcjonalnych zmian w neuronach, czego następstwem może być wystąpienie tzw. przetrwałego bólu pourazowego czyli patologicznego bólu o znacznym stopniu nasilenia, który może się utrzymywać nawet przez wiele lat. Stawia to przed zespołami zajmującymi się leczeniem chorych z ciężkimi obrażeniami ciała wysokie wymagania.

Optymalną strategią postępowania przeciwbólowego jest jak najszybsze zastosowanie odpowiednio dobranej (w zależności od nasilenia i rodzaju dolegliwości bólowych) analgezji: w przypadku bólu o nie-

wielkim nasileniu monoterapii przy użyciu jednego z nieopioidowych leków przeciwbólowych, natomiast w przypadku bólu o umiarkowanym i silnym natężeniu wdrożenie terapii multimodalnej złożonej ze skojarzonej farmakoterapii (czyli połączenia nieopioidowych leków przeciwbólowych z opiodami oraz ewentualnie z koanalgetykami) oraz technik znieczulenia przewodowego.

Leczenie bólu pourazowego jest integralną częścią wielokierunkowej terapii pacjenta, który doznał uszkodzeń ciała. Powinno ono zostać wdrożone tak szybko jak to jest możliwe i być prowadzone równolegle z postępowaniem diagnostycznym i podstawowymi dla losów chorego działaniami stabilizującymi funkcje życiowe. Czasami musi ono być kompromisem między komfortem chorego a koniecznym do przeprowadzenia postępowaniem diagnostycznym, niedopuszczalnym jest jednakże, aby przedłużający się proces diagnostyczny był przyczyną niepotrzebnych cierpień chorego.

Należy podkreślić, że w świetle danych opartych o metaanalizy przeprowadzone zgodnie z zasadami EBM, stosowanie leczenia przeciwbólowego nie zaburza procesu diagnostycznego także u pacjentów z ostrym bólem w jamie brzusznej (poziom I, wg EBM). W takich sytuacjach klinicznych należy zastosować krótkodziałający opioid, np. fentanyl lub remifentanyl, a okres ustępowania jego działania można wykorzystać na przeprowadzenie kolejnych, kontrolnych badań fizykalnych.

Postępowanie przeciwbólowe u pacjenta po urazie w SOR powinno być dostosowane do natężenia aktualnie odczuwanego przez chorego bólu. Dla celów praktycznych należy przyjąć następujące przedziały bólu określone przy użyciu skali numerycznej (NRS) lub wzrokowo-analogowej (VAS). Skala ta jest rekomendowana w aktualnych zaleceniach postępowania przeciwbólowego u pacjentów dorosłych w karetkach P:

1. Od 1 pkt do 4 pkt – ból łagodny
2. 5 pkt do 7 pkt – ból umiarkowany
3. 8 pkt do 10 pkt – ból silny/ekstremalny

Uśmierzanie bólu o niewielkim nasileniu: 1–4 w skali NRS lub VAS

W przypadku bólu o niewielkim nasileniu należy zastosować jeden z nieopioidowych leków przeciwbólowych, tj. paracetamol, metamizol lub jeden z niesteroidowych leków przeciwzapalnych (ketoprofen, deksketoprofen, ibuprofen, nimesulid, naproksen, celekoksyb).

Uśmierzanie bólu o umiarkowanym nasileniu: 5–7 w skali NRS lub VAS

W przypadku bólu o umiarkowanym nasileniu należy zastosować połączenie nieopioidowych leków przeciwbólowych, tj. paracetamolu, metamizolu i jednego z niesteroidowych leków przeciwzapalnych z opiodami z II stopnia drabiny analgetycznej. W Polsce do leczenia bólu ostrego jest zarejestrowane również stałe połączenie do podawania doustnego zawierające w swoim składzie deksketoprofen z tramadolem.

Uśmierzanie silnego bólu pourazowego: 8 do 10 pkt w skali NRS/VAS.

W przypadku bólu o silnym natężeniu optymalnym sposobem postępowania jest analgezja multimodalna złożona ze skojarzonej farmakoterapii oraz technik znieczulenia przewodowego (jeżeli można je zastosować). Podstawą farmakoterapii są silne opioidy (morfina, lub oksykodon lub fentanyl) podawane łącznie z nieopioidowymi lekami p/bólowymi i w razie wskazań z koanalgetykami.

Optymalna strategia podawania silnych opioidów powinna zmierzać do osiągnięcia minimalnego, skutecznego stężenia analgetycznego (MSSA) opioidu w surowicy krwi i utrzymaniu tego stężenia, przy pomocy ciągłego dożylnego wlewu opioidu. Istotnym parametrem określającym skuteczność postępowania przeciwbólowego jest wartość PID (Pain Intensity Difference) polegający na ocenie różnicy pomiędzy wyjściowym pomiarem natężenia bólu mierzonego skala NRS, a pomiarem na szczycie efektu działania podanego analgetyku. Im wyższa wartość PID, tym skuteczniejsze jest postepowanie przeciwbólowe.

Aktualnie w ratownictwie medycznym rekomendowane są morfina i fentanyl. Morfina powinna być stosowana drogą dożylną lub doszpikową w dawce 0,1–0,2 mg /kg m.c., w przypadku nieskutecznej kontroli bólu dawki można powtórzyć co 5 minut, aż do uzyskania istotnej redukcji nasilenia bólu lub wystąpienia sedacji lub jakościowych zaburzeń świadomości. Morfinę można kojarzyć z metamizolem w dawce 1–2,5 g dożylnie i.v.(uwaga nie łączyć w 1 strzykawce ani w jednym flakonie płynu infuzyjnego). W przypadku fentanylu rekomendowane dawki to 3 ug/kg m.c., podawane drogą dożylną lub doszpikową. Fentanyl podobnie jak morfina może być kojarzony jednoczasowo z metamizolem.

Warto przypomnieć, że podawania fentanylu nie rekomenduje się w przypadku urazów klatki piersiowej, oraz w przypadku gdy mamy do czynienia z pacjentem po urazie, który obejmuje równocześnie klatkę piersiową i jamę brzuszną.

Kojarząc opiody z metamizolem mamy do czynienia z synergizmem hiperaddycyjnym, co powoduje nie tylko sumowanie mechanizmów farmakologicznych poszczególnych leków, ale także dochodzi do ich potencjalizacji, co pozwala finalnie na obniżenie dawek poszczególnych leków, a to przekłada się na zmniejszenie ryzyka wystąpienia działań niepożądanych.

W przypadku bólu trzewnego o charakterze kolkowym rekomenduje się stosowanie leków z grupy spazmolityków muskulotropowych (papaweryna, drotaweryna). Leki te można jednoczasowo kojarzyć z metamizolem, który wykazuje efekt rozkurczowy w mechanizmie ośrodkowym, w wyniku takiego skojarzenia uzyskujemy efekt addycyjny przydatny w kolce nerkowej i żółciowej. Z innych aktualnie dostępnych leków w medycynie ratunkowej należy wspomnieć o wziewnej postaci metoksyfluranu, który w krótkim czasie po aplikacji wziewnej obniża natężenie bólu w NRS minimum o wartość 3.

W wybranych sytuacjach klinicznych lekiem niezwykle użytecznym w SOR może być ketamina. Lek ten w wyższych dawkach, rzędu 1,5–2 mg/kg powoduje sen zwany anestezją dysocjacyjną, w niższych, subanestetycznych dawkach, rzędu 0,1-0,5 mg/kg, analgezję. Jest stosowana także jako składowa analgezji multimodalnej u pacjentów po urazie.Ketamina skutecznie uśmierza ból somatyczny (zdecydowanie słabiej wpływa na ból trzewny) zarówno jako monoanalgetyk, jak i w połączeniu z opioidami. Jest także niekompetecyjnym inhibitorem receptorów NMDA i w tym mechanizmie oddziałuje hamująco na rozwój procesów sensytyzacji i powstawanie zespołów przetrwałego bólu pourazowego. Jest jedynym anestetykiem dożylnym, który oddziałuje stymulująco na układ krążenia, najprawdopodobniej w mechanizmie ośrodkowego pobudzenia układu współczulnego: powoduje przyspieszenie akcji serca i wzrost ciśnienia tętniczego krwi średnio o 30% w stosunku do wartości wyjściowych. Ta unikalna cecha ketaminy czyni ją szczególnie przydatną u pacjentów z rozległymi urazami wielu okolic ciała z masywną utratą krwi i towarzyszącą hipotensją tętniczą. Ze względu na dobrą skuteczność uśmierzania bólu somatycznego ketamina jest także często stosowana u pacjentów oparzonych.

Neuropatyczny ból pourazowy

U pacjentów po urazach, u których doszło do uszkodzenia struktur układu nerwowego dochodzi do rozwoju zmian funkcjonalnych w neuronach, co prowadzi m. in. do powstania ektopowych ognisk pobudzeń, ekspresji patologicznych połączeń (efaps), obniżenia progu bólowego, dysfunkcji hamujących interneuronów GABA oraz aktywacji receptorów NMDA, a więc zjawisk kluczowych dla rozwoju procesów obwodowej i ośrodkowej sensytyzacji.

Procesy te klinicznie manifestują się napadami palącego, parzącego bólu, czasami podobnego w swoim charakterze do rażenia prądem elektrycznym oraz obecnością parestezji, dyzestezji, hiperalgezji lub hiperpatii.

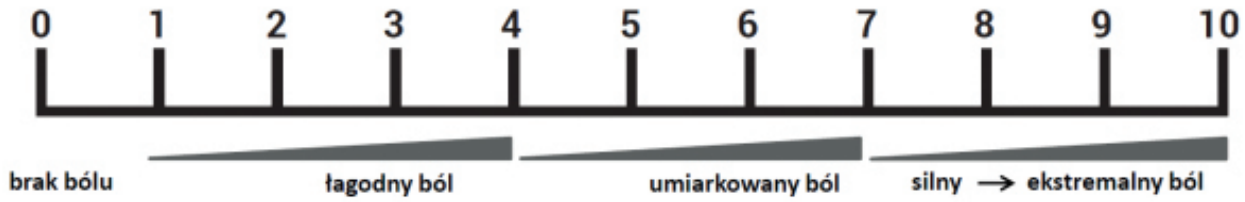
W celu zahamowania aktywacji receptorów NMDA u pacjentów po urazie można zastosować zarówno ketaminę, jak i dożylny wlew siarczanu magnezu (MgSO4), który jest naturalnym blokerem kanału jonowego dla sodu i wapnia sprzężonego z receptorem NMDA, a więc hamuje transport jonów kluczowych do rozwoju procesów nocycepcji (bólowych) w układzie nerwowym. Także leki przeciwpadaczkowe gabapentyna i pregabalina wiążąc się z kanałem dla jonów wapnia (VGCa++C) modulują jego aktywność i hamują uwalnianie pronocyceptywnych neuroprzekaźników (glutaminianów) i w konsekwencji aktywację receptorów NMDA oraz rozwój procesów sensytyzacji.

Natomiast w bezpośrednim okresie po urazie, który obejmuje także struktury układu nerwowego należy u chorych stabilnych krążeniowo rozważyć zastosowanie lidokainy we wlewie dożylnym (1–2 razy w ciągu doby lub w ciągłym wlewie). Działanie lidokainy przyczynia się do wygaszenia ognisk ektopowych pobudzeń w uszkodzonych neuronach, zmniejsza odpowiedź zapalną organizmu na uraz oraz uwalnianie prozapalnych cytokin po urazie, redukuje ponadto zapotrzebowanie na opioidy.

Aktualnie do leczenia bólu w medycynie ratunkowej wprowadzane są nowe leki o bardzo korzystnym profilu farmakokinetycznym. Bezsprzecznie lekiem takim jest wspomniany powyżej metoksyfluran. Metoksyfluran wykazuje nie tylko działania analgetyczne ale także antyhiperalgetyczne, a wynika to z jego plejotropwego mechanizmu działania, który opiera się z jednej strony na modulacji przekazywania bodźca bólowego z obwodu do ośrodkowego układu nerwowego (OUN), z drugiej poprzez wpływ na kanały jonowe (wapniowe i potasowe), które uczestniczą w modulacji analgezji i hamowaniu towarzyszącej urazowi hiperalgezji. Poprzez wpływ metoksyfluranu na kanały wapniowe dochodzi do zmniejszenia wydzielania substancji probólowych (substancja P, glutaminian, CGRP), natomiast wpływ na funkcję neuronalnych kanałów potasowych gwarantuje wystąpienie hiperpolaryzacji, która z kolei utrudnia znacznie penetrację przez pobudzone włókna A-delta bodźca bólowego do OUN, a konsekwencją tego jest brak uświadomienia przez neurony stymulacji bólowej.

Metoksyfluran wpływa także pośrednio na układ GABA- ergiczny, co dodatkowo w innym mechanizmie wpływa hamująco na przewodzenie bólu. Co ważne lek nie wchodzi w interakcje z receptorami opioidowymi, których aktywacja może być przyczyną występowania np. depresji oddechowej.

Metoksyfluran jest z lekiem z wyboru u pacjenta po urazie, który może samodzielnie oddychać, gdyż dostępny jest w postaci łatwego do użycia inhalatora i jest bezsprzecznie w tej grupie pacjentów najszybciej działającym lekiem stosowanym do skutecznego postępowania przeciwbólowego. Już pierwsze 6–10 wdechów wykonanych przez pacjenta powoduje istotną ulgę w bólu, natężenie bólu spada w tym czasie o co najmniej 3 punkty w numerycznej skali kontroli bólu (NRS). Takie zmniejszenie natężenia bólu w istotny sposób stabilizuje także funkcje układu krążenia oraz układu oddechowego.



Czas działania leku wynosi 25–30 minut przy stosowaniu ciągłym, natomiast przy stosowaniu przerywanym 1 inhalator wystarcza do 54 minut stosowania. Czas ten pozwala na skuteczny transport pacjenta do SOR, gdzie dalsze postępowanie przeciwbólowe będzie podjęte w warunkach stacjonarnych, umożliwia również wraz z zastosowaniem metoksyfluranu podanie innych analgetyków w ramach postępowania multimodalnego i pokrycie czasu latencji (okres pomiędzy podaniem leku przeciwbólowego, a wystąpieniem efektu analgetycznego). Działania niepożądane jakie mogą wystąpić w konsekwencji zastosowania metoksyfluranu są łagodne i przemijające. Z literatury wynika, że najczęściej występującymi w praktyce ratowników medycznych, pielęgniarek/pielęgniarzy systemu są zawroty głowy, nudności, ból głowy, dyzatria, nadpotliwość

oraz uczucie przypominające upojenie alkoholowe. Metoksyfluran stosowany w warunkach medycyny ratunkowej nie powoduje ryzyka wystąpienia uszkodzeń narządowych (nerki, wątroba). Może być kojarzony zarówno z analgetykami opioidowymi jak i nieopioidowymi (paracetamol, metamizol, NLPZ). Należy zachować ostrożność w przypadku stosowania leku u kobiet w ciąży, szczególnie w przypadku 1 trymestru.

Metoksyfluran stosowany w dawkach charakterystycznych dla działania analgetycznego nie indukuje niekorzystnych interakcji z innymi równocześnie stosowanymi przez pacjenta lekami, które miałyby znaczenie w praktyce.

7. ZALECENIA ZESPOŁU EKSPERTÓW DS. LECZENIA BÓLU U OSÓB DOROSŁYCH W ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO TYPU „P"

Autorzy: Andrzej Basiński[1], Jerzy Wordliczek[2], Jarosław Woroń3,4, Jan Dobrogowski[5], Robert Gałązkowski[6], Klaudiusz Nadolny[7,8], Jerzy Robert Ładny[7]

[1] Klinika Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny,

[2] Klinika Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej, Wydział Lekarski UJ CM Kraków,

[3] Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Nr 1,

[4] Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii , Wydział Lekarski UJ CM Kraków,

[5] Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii UJ CM Kraków,

[6] Zakład Ratownictwa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Lotnicze Pogotowie Ratunkowego,

[7] Klinika Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,

[8] Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach

Aktualnie ból leczony jest przez Zespoły Ratownictwa Medycznego tylko w 16% przez zespoły „P" i 18% przez zespoły „S" wynika z publikacji autorstwa zespołu z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, dlatego absolutnie priorytetowym wydaje się opracowanie prostego sposobu leczenia różnych dolegliwości bólowych i wdrożenia tego systemu jako zalecenie w całym kraju.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, ratownik medyczny i pielęgniarka/pielęgniarz systemu może podać samodzielnie następujące leki przeciwbólowe/rozkurczowe:

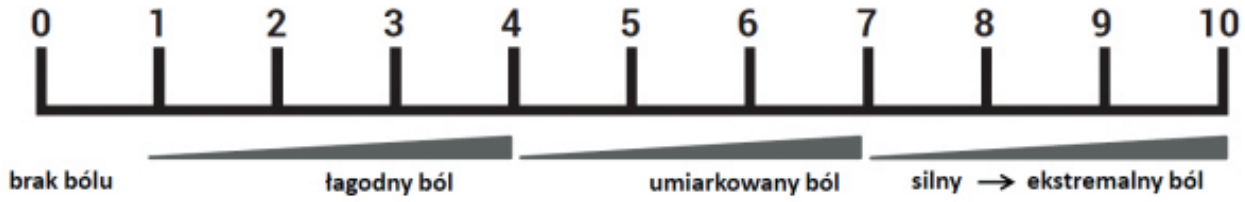
1. Drotaverini hydrochlorici (tylko ból zlokalizowany w jamie brzusznej z komponentą spastyczną)
2. Fentanyl
3. Ibuprofen

4. Ketoprofen
5. Metamizolum natricum
6. Morphini sulfas
7. Papaverini hydrochlorici (tylko ból zlokalizowany w jamie brzusznej z komponentą spastyczną)
8. Paracetamolum

Uznajemy za absolutnie konieczną w postępowaniu ratowniczym ocenę dolegliwości na miejscu zdarzenia, poprzez zastosowanie przez ratownika medycznego, pielęgniarkę/pielęgniarza systemu skali oceny bólu NRS. W skali tej 0 pkt oznacza brak bólu a 10 pkt maksymalny możliwy ból.

Ból ocenia ratownik medyczny, pielęgniarka/pielęgniarz systemu i zapisuje jego natężenie w karcie medycznych czynności ratunkowych.

W celu maksymalnego uproszczenia wprowadzono podział dolegliwości bólowych na 3 stopnie:
1. Od 1 pkt do 4 pkt – ból łagodny
2. 5 pkt do 7 pkt – ból umiarkowany
3. 8 pkt do 10 pkt – ból silny/ekstremalny



Zaleca się dążenie do redukcji natężania bólu o minimum 50%.

Mając na względzie prostotę i funkcjonalność postępowania , zespół ekspertów proponuje podział dolegliwości bólowych na 2 grupy:
I. Ból o etiologii nieurazowej
- Ból głowy
- Ból klatki piersiowej
- Ból brzucha

II. Ból o etiologii urazowej.
Kryterium zastosowanego leczenia powinien być stopień natężenia bólu w poniższych grupach dolegliwości, patomechanizm powstawania bólu oraz jego lokalizacja.

	BÓL O ETIOLOGII NIEURAZOWEJ			BÓL O ETIOLOGII URAZOWEJ
NATĘŻENIE BÓLU (NRS)	**BÓL GŁOWY**	**BÓL W OBRĘBIE KLATKI PIERSIOWEJ**	**BÓL W OBRĘBIE JAMY BRZUSZNEJ**	**URAZY, OPARZENIA**
BÓL ŁAGODNY od 1 do 4	IBUPROFEN 800 mg p.o. i/lub PARACETAMOL 1000 mg p.o. PARACETAMOL 1000 mg p.o. (1)	METAMIZOL 2,5 g iv	METAMIZOL 2,5 g iv + DROTAWERYNA 80mg i.v.(3)	METOKSYFLURAN – wziewnie i/lub FENTANYL 1,0 µg/kg m.c.iv/io (5), (6) lub MORFINA 0,1-0,2 mg/kg m.c. iv/io (2), (4) + POSTĘPOWANIE NIEFARMAKOLOGICZNE (7)
BÓL UMIARKOWANY od 5 do 7	IBUPROFEN 800 mg p.o. i/lub METAMIZOL 2,5 g iv, lub KETOPROFEN 100 mg iv FENTANYL 0,5 - 1,0 µg/kg m.c. iv/io (1)	MORFINA 0,1 - 0,2 mg/kg m.c. iv/io (2) i/lub METAMIZOL 2,5 g iv	METAMIZOL 2,5 g iv + DROTAWERYNA 80mg i.v.(3)	
BÓL SILNY/EKSTREMALNY od 8 do 10	FENTANYL 0,5 - 1,0 µg/kg m.c. iv/io	MORFINA 0,1 - 0,2 mg/kg m.c. iv/io (2) i/lub METAMIZOL 2,5 g iv	MORFINA 0,1 - 0,2 mg/kg m.c. iv/io (2), (4) lub FENTANYL 0,5 - 1,0 µg/kg m.c. iv/io	

1. W PRZYPADKU PODEJRZENIA CECH KRWAWIENIA DO OUN LUB WYSTĘPOWANIA PRZECIWWSKAZAŃ DO NLPZ I/LUB METAMIZOLU
2. W PRZYPADKU NIESKUTECZNEJ KONTROLI BÓLU DAWKĘ MOŻNA POWTARZAĆ CO 5 MINUT DO UZYSKANIA ISTOTNEJ REDUKCJI BÓLU, WYSTĄPIENIA SEDACJI LUB JAKOŚCIOWYCH ZABURZEŃ ŚWIADOMOŚCI
3. DROTAWERYNA TYLKO W PRZYPADKU WYSTĘPOWANIA STANÓW SPASTYCZNYCH MIĘŚNIÓWKI GŁADKIEJ PRZEWODU POKARMOWEGO, DRÓG MOCZOWYCH
4. PRZY BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ
5. W PRZYPADKU NIESKUTECZNEJ KONTROLI BÓLU DAWKĘ MOŻNA POWTARZAĆ CO 15 MINUT DO UZYSKANIA ISTOTNEJ REDUKCJI BÓLU, WYSTĄPIENIA SEDACJI LUB JAKOŚCIOWYCH ZABURZEŃ ŚWIADOMOŚCI
6. ZALECA SIĘ ZACHOWANIE OSTROŻNOŚCI W URAZACH OBEJMUJĄCYCH KLATKĘ PIERSIOWĄ
7. POSTĘPOWANIE FARMAKOLOGICZNE: STERYLNE OPATRUNKI HYDROŻELOWE, ELEWACJA KOŃCZYNY, STABILIZACJA KOŃCZYNY W OSI ETC.
8. UWAGA: W ZRM NIE NALEŻY PODAWAĆ LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH DOMIĘŚNIOWO I DOODBYTNICZO. Leki podane tą drogą charakteryzują się długim okresem latencji (czas jaki upływa pomiędzy podaniem leku a wystąpieniem jego działania przeciwbólowego); stężenie leków w kompartmentach docelowych wykazuje fluktuacje, co w praktyce powoduje , że postępowanie analgetyczne może być nieskuteczne.

8. REKOMENDACJE KOŃCOWE

Wykonywanie procedur u pacjentów będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wymaga standaryzacji postępowania w oparciu o aktualne wyniki badań naukowych, dlatego zdaniem autorów poprawa zwalczania bólu w ratownictwie medycznym w szczególności udzielanych przez ratowników medycznych, pielęgniarki/pielęgniarzy systemu powinna zostać uregulowana w możliwie najkrótszym czasie.

Autorzy niniejszego opracowania rekomendują wprowadzenie następujących rozwiązań:

1. wprowadzenie przez Ministra Zdrowia jako dobrych praktyk – zaleceń dotyczących sposobu diagnostyki i leczenia bólu w zespołach ratownictwa medycznego typu „P";
2. wdrożenie zaleceń przyjętych jako dobre praktyki do Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, określonego w art. 3 pkt 15) ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. Dz.U. z dnia 28.11.2017 r. poz. 2195). Celem wdrożenia ma być wspomaganie zespołów ratownictwa medycznego w podejmowaniu decyzji i działań związanych z zabezpieczaniem bólu;
3. zmiana karty medycznych czynności ratunkowych polegająca na implementacji skali natężenia bólu zgodnej z Zaleceniami Zespołu Ekspertów;
4. wprowadzenie obowiązku opisania w karcie medycznych czynności ratunkowych, stanowiącej zał. nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z dnia 08.12. 2015 r. poz. 2069), sytuacji w których zespół ratownictwa medycznego odstąpił od zastosowania terapii związanej z zabezpieczeniem bólu;
5. monitorowanie i ewentualna kontrola, tam gdzie to będzie konieczne, przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny ratunkowej i NFZ, świadczeniodawców u których stosowanie leczenia p/ bólowego i zużycie leków p/ bólowych jest na poziomie odbiegającym od pozostałych świadczeniodawców;
6. dostosowywanie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego – do zaproponowanych zaleceń związanych z zabezpieczeniem bólu, w tym aktualizacja listy substancji czynnych, które mogą być podawane przez ratownika medycznego;
7. dostosowanie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego – do zaproponowanych zaleceń związanych z zabezpieczeniem bólu, w tym aktualizacja listy substancji czynnych, które mogą być podawane przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych;
8. wprowadzenie premiowania poprzez jakościowe wskaźniki korygujące (zwiększające wycenę świadczenia), świadczeniodawców realizujących prawidłowo wdrażania leczenia p/bólowego w ramach świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej – wprowadzenie wskaźników na poziomie zarządzenia Prezesa NFZ;
9. dostosowanie poprzez zmiany w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, wymogów dotyczących wyposażenia karetek w substancje czynne, które powinno być zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, pielęgniarkę/pielęgniarza systemu.

Koalicja na rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem”

ul. Piękna 28/34 lok. 53
00-547 Warszawa
koalicja@wygrajmyzbolem.pl
tel./fax 22 658 23 61

Fundacja Eksperci dla Zdrowia

ul. Marymoncka 14 lok. 30
01-867 Warszawa
mdomanska@ekspercidlazdrowia.pl
tel. 502 709 282