

## ZARZĄDZENIE Nr 13/2024

### Dyrektora Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie

z dnia 26 sierpnia 2024 roku

### w sprawie wprowadzenia Standardu leczenia bólu w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych (Dz. U. poz. 271 z późn. zm.), zarządzam co następuje:

#### § 1.

Wprowadzam Standard leczenia bólu w SZP ZOZ w Jabłonie, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

#### § 2.

Standard leczenia bólu obowiązuje wszystkie osoby udzielające świadczeń medycznych w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie, niezależnie od sposobu powiązania z firmą.

#### § 3.

Nadzór nad przestrzeganiem ustaleń zawartych w niniejszym Zarządzeniu powierza się Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa.

#### § 4.

Zarządzenie podlega podaniu do ogólnej wiadomości pracowników Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie poprzez umieszczenie w folderze informacyjnym dostępnym na każdym stanowisku pracy wyposażonym w komputer.

#### § 5.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR  
  
Iwona Michalska

.....  
(Dyrektor SZP ZOZ w Jabłonie)

<b>DOKUMENTACJA SYSTEMU JAKOŚCI SZPZOZ W JABŁONNIE</b>			
SZPZOZ W JABŁONNIE UL. PARKOWA 21 05 - 110 JABŁONNA		<b>STANDARD</b>	
<b>STANDARD LECZENIA BÓLU</b>			
DATA WYDANIA	26.08.2024	DATA OBOWIĄZYWANIA	26.08.2024
WYDANIE	I	LICZBA STRON	4
SPORZĄDZIŁ	ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA  MAŁGORZATA ZAWACKA	ZATWIERDZIŁA	DYREKTOR  IWONA MICHALSKA
PODPIS		PODPIS	

L.P.	DATA	OPIS ZMIANY	OSOBA WPROWADZAJĄCA ZMIANĘ

### 1. Cel:

Poprawa jakości opieki medycznej nad pacjentami z bólem oraz zapewnienie im lepszego dostępu do odpowiedniego leczenia.

### 2. Zakres stosowania

Standard leczenia bólu obowiązuje wszystkie osoby udzielające świadczeń medycznych w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonce (SZPZOZ, Przychodnia) niezależnie od sposobu powiązania z firmą i miejsca udzielania świadczeń. Zakresem instrukcji objęte są działania związane z leczeniem pacjentów z bólem istotnym klinicznie i bólem przewlekłym trwającym dłużej niż 3 miesiące.

### 3. Definicje:

**Ból stanowiący istotny problem kliniczny** - ból wymagający leczenia w opinii pacjenta i lekarza,

**Ból przewlekły** - ból bez oczywistej biologicznej wartości, który zwykle trwa dłużej niż 3 miesiące.

**Skala oceny bólu** – skala stosowana do pomiaru natężenia bólu.

Przyjmuje się stosowanie jedną z poniższych skal oceny natężenia bólu:

- a) skala numeryczna - (numerical rating scale - NRS), 11-punktowa skala od 0 do 10 punktów; kolejne cyfry są uszeregowane wzdłuż poziomej linii; punkt 0 położony na lewym końcu oznacza "brak bólu", punkt 10 znajdujący się na prawym końcu określa stwierdzenie "najsilniejszy ból, możliwy do wyobrażenia",
- b) skala obrazkowa - (faces pain scale - FPS), skala przedstawiająca kilka wyrazów twarzy, za pomocą których ocenia się stopień nasilenia bólu,
- c) skala słowna - (verbal rating scale - VRS), skala składająca się z kolejno ustawionych określeń stopnia nasilenia bólu: brak bólu, łagodny ból, umiarkowany ból, silny ból, bardzo silny ból,
- d) skala wzrokowo-analogowa - (visual analogue scale - VAS), skala w postaci linijki o długości 10 cm; pozwala na ocenę w skali: od "brak bólu" do "bardzo silny ból (najsilniejszy wyobrażalny ból)".

**Pacjent** - osoba zgłaszająca się na wizytę lekarską z powodu dolegliwości bólowych.

**SZP ZOZ, Przychodnia** – miejsca udzielania świadczeń medycznych w tym, Gminny Ośrodek Zdrowia w Jabłonce, Wiejski Ośrodek Zdrowia w Chotomowie, wizyty w środowisku domowym pacjenta.

4. Za świadczenie zdrowotne w zakresie leczenia bólu przyjmuje się wizytę lekarską, której powodem jest:

- a) ból trwający dłużej niż 3 miesiące,
- b) ból będący powodem konsultacji medycznej, którego nie można skutecznie leczyć przyczynowo lub którego leczenie wymaga stosowania leków z drugiego i trzeciego stopnia drabiny analgetycznej.

W przypadku niewystępowania bólu informacja ta jest odnotowywana w dokumentacji pacjenta.

5. W przypadku stwierdzenia bólu spełniającego kryteria pkt 5, lekarz konsultujący pacjenta, wypełnia kartę oceny natężenia bólu wg wzoru stanowiącego **załącznik nr 1** do niniejszego schematu – część A, OCENA BÓLU (część obowiązkowa) oraz umieszcza w dokumentacji elektronicznej pacjenta.

6. Oceny leczenia bólu dokonuje się na podstawie całościowego badania pacjenta, w tym:

- a) badania podmiotowego, obejmującego w szczególności pozyskanie informacji o:
  - przyczynie bólu i jego umiejscowieniu,
  - natężeniu bólu,
  - charakterze bólu i okolicznościach związanych z jego występowaniem,
  - dotychczasowym leczeniu,
  - wpływie bólu na jakość życia pacjenta,

- zdarzeniach lub okolicznościach, które mogą być związane z bólem lub innymi zgłaszanymi przez pacjenta dolegliwościami
- b) badania przedmiotowego,
- c) badań pomocniczych obejmujących:
  - ocenę zaburzeń czucia,
  - ocenę ograniczenia motoryki ruchu,
  - badania obrazowe,
  - badania laboratoryjne,
- d) numerycznej skali oceny bólu, a w przypadku pacjentów, u których brak możliwości zastosowania skali numerycznej - w innej skali oceny natężenia bólu; w przypadku dziecka również odpowiedniej do wieku i stanu intelektualnego pacjenta.

**7.** Za podstawową skalę natężenia bólu przyjmuje się skalę numeryczną (NRS) w zakresie 0-10. W przypadku braku możliwości oceny bólu wg skali numerycznej dopuszczalne jest zastosowanie skali obrazkowej lub słownej.

Zaleca się wypełnianie części B Karty oceny natężenia bólu. Informacje zawarte w części B Karty oceny bólu, lekarz wpisuje w dokumentacji medycznej w miejscu przeznaczonym na badanie podmiotowe.

**8.** Monitorowanie skuteczności leczenia.

W SZP ZOZ w Jabłonie przyjmuje się następujące formy monitorowania postępu leczenia bólu:

- 1) wizyty kontrolne pacjenta - w ciągu 6 tygodni od modyfikacji lub rozpoczęcia leczenia;
- 2) wymagana jest ocena bólu wg Karty oceny natężenia bólu - załączane do dokumentacji medycznej pacjenta;
- 3) oceniane parametry:
  - natężenie bólu - w spoczynku,
  - natężenie bólu w ruchu,
  - średnie natężenie bólu w ciągu ostatniego tygodnia,
  - osiągnięta poprawa w wyniku zastosowanego leczenia;
- 4) monitorowanie zmiany natężenia bólu prowadzi się z użyciem skali oceny bólu użytej przy poprzedniej wizycie, preferowana skala NRS;
- 5) monitorowanie działań niepożądanych stosowanego leczenia:
  - w przypadku występowania działań niepożądanych stosowanego leczenia odnotowuje się je w dokumentacji medycznej pacjenta oraz stosuje metody farmakologiczne i/ lub nefarmakologiczne mające na celu zminimalizowanie bądź wyeliminowanie działań niepożądanych stosowanego leczenia,
  - rozważa się ryzyko i potencjalne korzyści modyfikacji stosowanego uprzednio leczenia przeciwbólowego,
  - ocenia się skuteczność leczenia działań niepożądanych;
- 6) ocena stopnia stosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych:
  - stosowanie się do zaleceń nefarmakologicznych,
  - postępowanie dietetyczne,
  - postępowanie fizjoterapeutyczne,
  - terminowość przyjmowanych leków,
  - zalecenia mające na celu zminimalizowanie działań niepożądanych;
- 7) ocena stopnia satysfakcji pacjenta z zastosowanego leczenia- wg Karty oceny natężenia bólu.

**9.** Podczas wizyty lekarskiej pacjent otrzymuje poradę edukacyjną w zakresie:

- możliwości nefarmakologicznego łagodzenia bólu,
- wpływu codziennej aktywności i nawyków pacjenta na natężenie bólu i występowanie działań niepożądanych stosowanego leczenia,
- możliwych do stosowania suplementów diety,
- stosowanej farmakoterapii,
- możliwych działań niepożądanych stosowanej farmakoterapii oraz o możliwym

postępowaniu w celu złagodzenia/uniknięcia działań niepożądanych leczenia p/bólowego.

- 10.** Lekarz prowadzący kieruje pacjenta do poradni leczenia bólu w przypadku:
- wyczerpania możliwości diagnostycznych lub leczniczych dotyczących pacjenta z bólem lub
  - trudności w postawieniu właściwego rozpoznania zespołu bólowego, lub
  - niewielkiej skuteczności dotychczasowego leczenia i utrzymywania się natężenia bólu powyżej 5 w skali numerycznej albo odpowiednika tej wartości natężenia bólu w skalach, o których mowa w pkt 3
  - wskazań do zastosowania inwazyjnych metod leczenia lub trudności w opanowaniu działań niepożądanych po zastosowanym leczeniu.

W przypadku wydania skierowania do Poradni Leczenia Bólu, lekarz kierujący podaje przyczynę w skierowaniu oraz w dokumentacji medycznej pacjenta.

- 11.** Monitorowanie pacjenta będącego pod opieką poradni leczenia bólu:
- kwalifikuje się pacjenta do grupy dyspenseryjnej - bólu przewlekłego.
  - wizyta min. 1 x w roku z oceną leczenia bólu wg pkt 6.

**12. Podstawa prawna:**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych (Dz. U. poz. 271 z późn. zm.).

**13. Załączniki:**

- Załącznik nr 1 - Karta Oceny Natężenia Bólu,
- Załącznik nr 2 – Schemat leczenia bólu.

**14. Standardy powiązane:**

- 1) Grupa Dyspenseryjna- Pacjent z Bólem Przewlekłym
- 2) Zasady sprawowania opieki terminalnej (WO 7)

### Karta oceny natężenia bólu

Oznaczenie podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą

Nazwisko i imię pacjenta

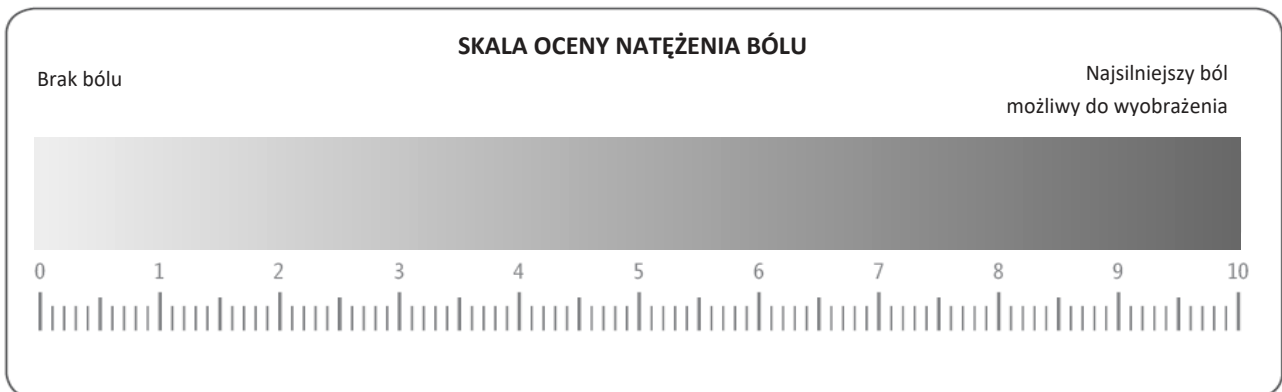
Numer PESEL

### CZĘŚĆ A

#### 1. WIZYTA PIERWSZA – OCENA BÓLU

Data .....

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



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

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

3. W przypadku braku możliwości zastosowania skali numerycznej proszę ocenić natężenie bólu w odpowiedniej skali, w przypadku dziecka również skali odpowiedniej do wieku i stanu intelektualnego pacjenta:

#### 1) skala obrazkowa (FPS)



#### 2) skala słowna (VRS)



### 3) skala wzrokowo-analogowa (VAS)



Nazwa skali oraz natężenie bólu

#### 4. Proszę ocenić wpływ bólu na podstawowe elementy jakości życia:

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

### CZĘŚĆ B (NIEOBOWIĄZKOWA)

#### 1. Proszę określić lokalizację bólu, który wymaga leczenia

(w przypadku wielu miejsc występowania bólu można zastosować numerację tych miejsc)

#### 2. Proszę opisać charakter bólu:

- |                                |                                      |                                         |                                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tępy  | <input type="checkbox"/> ostry       | <input type="checkbox"/> piekący/palący | <input type="checkbox"/> kłujący, jak rażenie prądem |
| <input type="checkbox"/> stały | <input type="checkbox"/> nawracający | <input type="checkbox"/> napadowy       |                                                      |

#### 3. Czy stosuje Pan(i) leki przeciwbólowe?

- tak – jakie, w jakich dawkach?       nie

#### 4. Czy stosowane leki przeciwbólowe zmniejszają ból?

- tak       nie

**Opinia lekarza:**

1. Rozpoznanie zespołu bólowego

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

**Oznaczenie lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego:**

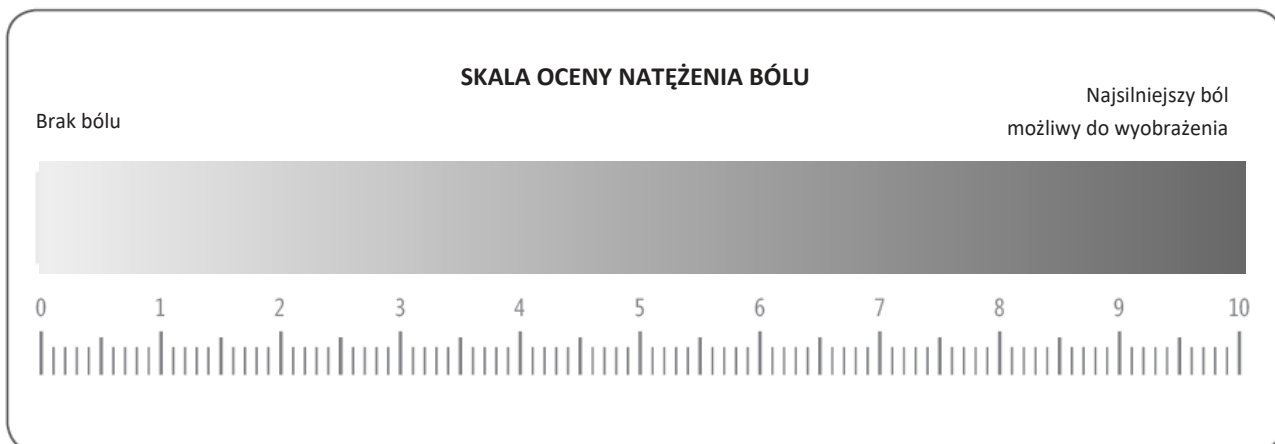
- 1) imię i nazwisko;
- 2) uzyskane specjalizacje;
- 3) numer prawa wykonywania zawodu;
- 4) podpis.



## 2. WIZYTA KOLEJNA – KONTROLA BÓLU

Data .....

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



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

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

3. W przypadku braku możliwości zastosowania skali numerycznej proszę ocenić natężenie bólu w odpowiedniej skali, w przypadku dziecka również skali odpowiedniej do wieku i stanu intelektualnego pacjenta:

1) skala obrazkowa (FPS)



2) skala słowna (VRS)



3) skala wzrokowo-analogowa (VAS)



Nazwa skali oraz natężenie bólu

**4. Proszę ocenić natężenie bólu w spoczynku i w ruchu:**

Nazwa skali oraz natężenie bólu

**5. Proszę ocenić ulgę w bólu, jaką Pan(i) odczuł(a) po zastosowaniu leczenia przeciwbólowego:**

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

**6. Proszę ocenić satysfakcję w zakresie z zastosowanego leczenia:**

- duża satysfakcja z zastosowanego leczenia
- umiarkowana satysfakcja z zastosowanego leczenia
- mała satysfakcja z zastosowanego leczenia
- brak satysfakcji z zastosowanego leczenia

**7. Czy ból jest dobrze kontrolowany między dawkami leku przeciwbólowego?**

- tak
- nie

**Oznaczenie lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego:**

- 1) imię i nazwisko;
- 2) uzyskane specjalizacje;
- 3) numer prawa wykonywania zawodu;
- 4) podpis.

# LECZENIE BÓLU W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH

## Badanie podmiotowe

- Lokalizacja bólu
- Przyczyna bólu i okoliczności występowania
- Charakter i morfologia bólu, zmiany nasilenia w czasie
- Wpływ na jakość życia (zaburzenia snu, nastroju, pogorszenie funkcjonowania)
- Dotychczasowe leczenie farmakologiczne i nefarmakologiczne
- Schorzenia współistniejące
- Leki stosowane przewlekłe
- Stan psychiczny pacjenta
- Wywiad w kierunku uzależnień

## Uzupełnienie karty natężenia bólu

Ocena nasilenia bólu pacjenta za pomocą skali numerycznej, obrazkowej, słownej lub wzrokowo-analogowej



**DZIENNIK USTAW**  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 9 lutego 2023 r.

Poz. 271

**ROZPORZĄDZENIE**  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 6 lutego 2023 r.

w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych

### Karta oceny natężenia bólu

Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą \_\_\_\_\_  
Nazwisko i imię pacjenta \_\_\_\_\_  
Numer PESEL \_\_\_\_\_

#### CZĘŚĆ A

##### 1. WIZYTA PIERWSZA – OCENA BÓLU

Data: \_\_\_\_\_

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



1. Aktualne natężenie bólu w skali numerycznej od 0 do 10:
2. Natężenie bólu średnie w ciągu ostatniego tygodnia w skali numerycznej od 0 do 10:
3. W przypadku braku możliwości zastosowania skali numerycznej proszę ocenić natężenie bólu w odpowiedniej skali, w przypadku dziecka również skali odpowiedniej do wieku i stanu intelektualnego pacjenta:

#### 1) skala obrazkowa (FPS)



#### 2) skala słowna (VRS)



#### 3) skala wzrokowo-analogowa (VAS)



- Nazwa skali oraz natężenie bólu:
4. Proszę ocenić wpływ bólu na podstawowe elementy jakości życia:
- |                                             |                              |                                       |                                   |
|---------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Czy ból wpływa na sen?                      | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Czy ból wpływa na codzienne funkcjonowanie? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Czy ból wpływa na pracę zawodową?           | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |

## Badanie przedmiotowe i dodatkowe

- Ocena zaburzeń czucia
- Badania obrazowe i laboratoryjne

## Wprowadzenie leczenia

### Edukacja chorego, walka ze stereotypami

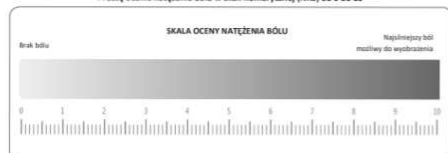
## Monitorowanie skuteczności leczenia

- Ocena nasilenia bólu: w spoczynku, w ruchu; średniego nasilenia w ciągu ostatniego tygodnia
- Ocena osiągniętej poprawy i satysfakcji pacjenta z leczenia
- Kontrola bólu między kolejnymi dawkami leku
- Monitorowanie działań niepożądanych leków i skuteczności ich leczenia
- Ocena stosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych

### 2. WIZYTA KOLEJNA – KONTROLA BÓLU

Data: \_\_\_\_\_

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



1. Aktualne natężenie bólu w skali numerycznej od 0 do 10:
2. Natężenie bólu średnie w ciągu ostatniego tygodnia w skali numerycznej od 0 do 10:
3. W przypadku braku możliwości zastosowania skali numerycznej proszę ocenić natężenie bólu w odpowiedniej skali, w przypadku dziecka również skali odpowiedniej do wieku i stanu intelektualnego pacjenta:

#### 1) skala obrazkowa (FPS)



#### 2) skala słowna (VRS)



#### 3) skala wzrokowo-analogowa (VAS)



Nazwa skali oraz natężenie bólu:

#### 4. Proszę ocenić natężenie bólu w spoczynku i w ruchu:

Nazwa skali oraz natężenie bólu:

#### 5. Proszę ocenić ulgę w bólu, jaką Pan(i) odczuł(a) po zastosowaniu leczenia przeciwbólowego:

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

#### 6. Proszę ocenić satysfakcję w zakresie z zastosowanego leczenia:

- duża satysfakcja z zastosowanego leczenia  
 umiarkowana satysfakcja z zastosowanego leczenia  
 mała satysfakcja z zastosowanego leczenia  
 brak satysfakcji z zastosowanego leczenia

#### 7. Czy ból jest dobrze kontrolowany między dawkami leku przeciwbólowego?

- tak  
 nie

#### Oznaczenie lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego:

- 1) imię i nazwisko;  
2) uzyskane specjalizacje;  
3) numer prawa wykonywania zawodu;  
4) podpis.

## Modyfikacja leczenia

## Skierowanie do poradni leczenia bólu

- Wyczerpanie możliwości diagnostycznych i leczniczych
- Brak lub niewielka poprawa stanu pacjenta NRS > 5
- Trudności w postawieniu właściwego rozpoznania zespołu bólowego
- Wskazania do zastosowania inwazyjnych metod leczenia
- Ciężkie do opanowania działania niepożądane leków



POLSKIE TOWARZYSTWO  
MEDYCYNY RODZINNEJ

Więcej informacji na:

[ptmr.info.pl](http://ptmr.info.pl)