
STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY RODZINNEJ W KONTEKŚCIE ZWALCZANIA BÓLU

prof. nadzw. dr hab. med. Jarosław Drobnik
Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Ból jest jednym z najbardziej destruktywnych objawów, który dotyka człowieka. Z jednej strony jest to objaw bardzo subiektywny, a więc trudny do obiektywnej oceny. Z drugiej strony wpływa nie tylko destrukcyjnie na pacjenta, ale także oddziałuje na jego otoczenie. Budzi depresję, wyzwała lęk, powoduje, iż pacjent wycofuje się z terapii, zamyka się w sobie. Jednocześnie swoje negatywne odczucia przekłada na otoczenie, na rodzinę, która bardzo często w tej sytuacji czuje się bezradna i nie potrafi pomóc pacjentowi. Ból powinien być bezwzględnie zwalczany. Niemniej, jak okazuje się w życiu, bardzo często jest źle kontrolowany, nieumiejętnie leczony i wymaga zmiany podejścia zarówno pacjenta, jego opiekunów oraz lekarzy do nowoczesnych terapii przeciwbólowych. Problem dotyczący zwalczania bólu w POZ można rozpatrywać na kilku płaszczyznach.

Stosowanie opioidów w terapii bólu

Nie ma problemu z wypisywaniem nieopiodowych leków przeciwbólowych. Są to głównie niesterydowe leki przeciwzapalne, czy paracetamol. Leki te działają tylko na ból słaby lub czasami na ból o umiarkowanej sile. Natomiast tam, gdzie ból jest najbardziej destrukcyjny, a więc ból intensywny, ciężki, ostry – leki te zwykle już nie przynoszą skutku i trzeba wprowadzić opioidy. Niestety opioidy w Polsce są wpisane do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Stykamy się, zatem ze stygmatyzacją tego leku, jako narkotyku – leku, który uzależnia. To jest pierwsza sprawa, która bardzo negatywnie wpływa zarówno na lekarzy, którzy mają wprowadzać ten lek, jak i na pacjenta. Mamy tutaj do czynienia z kwestią pojmowania uzależnienia oraz niewiedzą w tym zakresie. Zupełnie innym typem uzależnienia jest uzależnienie narkomana, który bierze lek i zwiększa dawki, nie, dlatego, żeby przynieść ulgę swemu cierpieniu, ale żeby mieć stany euforyczne. Natomiast pacjent, jeżeli w sposób prawidłowy zażywa leki (o określonej godzinie), nie zwiększa dawki leku, (jeżeli tego nie potrzebuje), zwiększa tylko wtedy, kiedy ból przestaje być kontrolowany i zwykle robi to w porozumieniu z lekarzem, aby osiągnąć odpowiedni efekt terapeutyczny – w żadnym wypadku nie kojarzy przyjmowania leku ze stanami euforycznymi. Dla niego lek jest tylko rozwiązaniem problemu, jakim jest ból. Jest to zupełnie inny mechanizm, który nie powoduje uzależnienia o charakterze narkomanii.

Recepty Rpw

Kolejnym elementem wynikającym z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest pewna stygmatyzacja pacjenta, ponieważ część opioidów może być wypisywana tylko na receptę Rpw. Recepta ta daje pewien stygmat. Pacjent, który zażywa opioid, to pacjent, który bierze potencjalny narkotyk. W małych środowiskach jest to nie bez znaczenia.

Leki opiodowe nie tylko dla pacjentów na końcowym etapie terapii

Kolejnym niezwykle ważnym aspektem jest postrzeganie opioidów. Zbyt często funkcjonuje stereotyp, który stawia znak równości między wprowadzeniem opioidu (najczęściej morfiny) a stanem terminalnym pacjenta – stanem, w którym nie leczymy go, ale przygotowujemy go do śmierci. W wielu sytuacjach jest to kompletnie absurdalne i nieprawdziwe. Ten stygmat bardzo mocno jest zakorzeniony szczególnie w świadomości pacjenta, bądź jego bliskich. Dodatkowo nakłada się jeszcze inny stereotyp, który dosyć często spotykam, jako lekarz rodzinny w swoich relacjach z pacjentami i rodzinami. Traktują ból, jako cenę nadziei za wyleczenie. Jeżeli terapia ma być w jakikolwiek sposób skuteczna, to leczenie musi boleć. Bardzo często też osoby wprowadzające opioidy

(onkolodzy i chirurdzy) przekazują taki sygnał pacjentom – więc jakże my, lekarze rodzinni, możemy niweczyć ich efekty terapeutyczne poprzez zwalczanie bólu. W związku z tym pacjenci bardzo często chcą tak żyć, albo boją się wejść w leczenie bólu, bo jeżeli przestanie boleć, to terapia przestanie być efektywna i skuteczna.

Opioidofobia

Inną kwestią jest podejście samych lekarzy do leczenia bólu w kontekście opioidów. Zbyt często i zbyt łatwo stawiamy ten znak równości opioid – równa się narkotyki – równa się uzależnienie. A także opioid to na przykład depresja i szereg innych powikłań, z którymi być może sobie nie poradzimy. I to, co jest najważniejsze, jeżeli wprowadzimy opioid to być może spowodujemy, iż pacjent stanie się narkomanem i za chwilę nie będziemy mieli jak zwalczać bólu. Stereotyp ten, który dosyć mocno jest zakorzeniony w świadomości lekarzy POZ oraz nie znajduje odzwierciedlenia w rzeczywistości, wynika z tego, iż lekarze nigdy nie przeszli dobrego kursu związanego z leczeniem bólu na poziomie swoich studiów, jak i na poziomie kursów specjalizacyjnych. Problem ten także należałoby uwzględnić.

Edukacja w zakresie leczenia bólu

Myślę, że kluczowym rozwiązaniem tych problemów jest wprowadzenie szkoleń podstawowych, regionalnych, ukierunkowanych na lekarzy POZ dotyczących bardzo praktycznych aspektów leczenia bólu. Dobrym rozwiązaniem byłoby przygotowanie podręcznika, informatora obalającego z jednej strony mity związane z włączeniem opioidów do terapii przeciwbólowej, a jednocześnie pokazującego proste do zastosowania w POZ, bezpieczne schematy likwidowania bólu przy pomocy opioidów. Pokazania również granic, których lekarz POZ nie powinien przekraczać, tylko odesłać do specjalistów z zakresu np. medycyny paliatywnej czy leczenia bólu. Na pewno na tym podstawowym etapie, lekarz stanie się partnerem w całym procesie zwalczania bólu i istotnym elementem całego procesu leczenia bólu. Za bardzo ważne uważam zbudowanie w pacjencie i w jego otoczeniu, rodzinie, najbliższych – świadomości, w której ma bezwzględnie oczekiwać, a wręcz wymuszać na lekarzach efektywne leczenie bólu. Mam taką swoją złotą zasadę, która mówi, że łagodny przymus prowadzi do radosnego entuzjazmu. Jeżeli pacjenci będą żądali określonych rzeczy od lekarzy, to lekarze albo sami zdobędą tę wiedzę, bo po prostu będą musieli ją nabyć we właściwych relacjach lekarz – pacjent, albo szybko znajdą inne rozwiązania – rozwiązania, które służą pacjentowi. Jest to niezwykle ważne w tych relacjach.

Bardzo istotnym elementem jest przekonanie pacjentów i ich rodziny, że zwalczanie bólu jest bardzo ważne. Mam zawsze takie porównanie. Proszę spróbować funkcjonować normalnie, realizować wszystkie swoje obowiązki zawodowe, osobiste itd. w kontekście bólu zęba. Jeżeli boli nas ząb, to przede wszystkim myślimy, jak pozbyć się tego bólu, a nie o tym, jak pracować, jak się cieszyć życiem itd. Zwykle ten ból trwa krótko, maksymalnie kilka dni – bezwzględnie jednak szukamy rozwiązania tego problemu. Proszę porównać tę sytuację z pacjentami, którzy cierpią przez wiele tygodni, czasami miesięcy. Przechodzą do tego bardzo ciężką często terapię, są w bardzo trudnej sytuacji psychicznej. Jeżeli jeszcze nakłada się na to ból, który jest niekontrolowany, to jak strasznie wygląda ich życie. Zatem, jak w tym kontekście nie zwalczać bólu. Lekarz POZ powinien być partnerem, ale trzeba mu pomóc poprzez zwalczanie stereotypów. Z jednej strony poprzez danie mu narzędzi do zwalczania bólu oraz podstawowej i elementarnej, ale też praktycznej wiedzy w tym zakresie. Jak również zbudowanie zaufania u pacjenta, że zwalczanie bólu to nie skazywanie go na śmierć, to nie likwidacja, czy przerywanie efektywności terapii, to wręcz dobrodziejstwo, które poprawia, jakość życia i pozwala mu normalnie funkcjonować, a być może dojść do sukcesu, jakim jest wyzdrowienie, ewentualnie przedłużenie życia. Relacje te muszą być oparte na fundamencie wzajemnego zrozumienia i zaufania. Pacjent ma prawo, wręcz powinien oczekiwać i żądać zwalczania bólu, a lekarz powinien bezwzględnie udzielać takiej pomocy swojemu pacjentowi.