



Zielona Góra, dn. 31.01.2020 r.

BFPZ/64/01/2020

Sz. P.

Łukasz Szumowski

Minister Zdrowia

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych** Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” zgłasza uwagi:

Uwagi szczegółowe dotyczące treści projektu:

1. Wprowadzane w § 2. pkt. 1) definicje bólu stanowiącego istotny problem kliniczny oraz bólu przewlekłego są niejednoznaczne i wymagają korekty. Jeżeli pacjent zgłasza u lekarza występowanie bólu to dlatego, że wymaga jego zdaniem leczenia a to oznacza, że każdy ból będzie wywoływał konieczność stosowania rozporządzenia. Ilość porad związanych z objawem bólu w samym POZ może wynosić dziesiątki milionów rocznie i tyle trzeba byłoby wypełniać druków, które same z siebie nie poprawią stanu pacjenta.
2. W § 3 pkt. 1 a) tiret pierwsze w miejsce "- przyczynie i jego umiejscowieniu," należy zapisać "przyczynie (o ile jest znana) i jego umiejscowieniu,".

Zwykle nie można z wywiadu pozyskać informacji o przyczynie każdego bólu. Pacjent może podać objaw, ale rzadko zna przyczynę.

3. W § 3 pkt 1) c) brak określenia, że badania wykonywane są tylko wtedy, kiedy są potrzebne i dostępne, a nie w każdej sytuacji.



4. W § 3 pkt 2)

“2) monitoruje się skuteczność leczenia bólu przez ocenę:

a) natężenia bólu – w spoczynku i w ruchu oraz średnie w ciągu ostatniego tygodnia,”

Jak ten parametr monitorować np. w bólu gardła?

To powinno dotyczyć tylko bólu przewlekłego i to o znacznym nasileniu a nie każdego bólu.

“b) osiągniętej poprawy w wyniku zastosowanego leczenia,”

Czyli każda porada, podczas której będzie pacjent zgłaszał ból musi się skończyć wizytą/wizytami kontrolnymi? To znacznie wydłuży kolejki i ilość świadczeń bez realnej poprawy kontroli bólu, zwłaszcza, że zwiększenie obciążeń biurokratycznych spowoduje mniej czasu na działania medyczne danego lekarza.

“e) stopnia stosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych,

f) stopnia satysfakcji pacjenta z zastosowanego leczenia;”

Takie działania u każdego pacjenta to znaczna biurokracja zabierająca bardzo dużo czasu. Ilość porad związanych z bólem jest w POZ bardzo duża więc monitorowanie stopnia satysfakcji z zastosowanego leczenia będzie dotyczyć nawet połowy pacjentów. Zbieranie danych i ich analiza to konieczność zatrudniania nowego personelu, który po pierwsze nie jest dostępny a po drugie znacznie zwiększy koszty funkcjonowania podmiotu POZ.

5. „§ 6. Kartę oceny natężenia bólu dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.”

Skala wypełniana przez pacjenta na papierze to kolejny bloker przejścia na dokumentację medyczną prowadzoną elektronicznie.



Uwagi szczegółowe dotyczące wzoru karty - załącznika:

6. W części 1. Część A

Usunąć oznaczenie podmiotu - zbędny element skoro dokument jest gromadzony w dokumentacji medycznej w tym podmiocie to nie ma potrzeby go oznaczać.

Dokumentacja zawierać powinna tylko imię i nazwisko pacjenta w nagłówku każdej strony, tak jak każda dokumentacja medyczna.

Brak informacji o związku obrazka skali bólu z koniecznością wpisania w pozycji 1 jakiejś wartości. Czy ma to zrobić pacjent czy lekarz? Z jakim zaokrągleniem (ile miejsc po przecinku)?

Czy pacjent ma rysować na skali czy tylko wpisać wartość? Jeśli tylko wpisać to rysunek można usunąć z dokumentu będzie mniej miejsca zajmować.

Co należy wpisać w dużym szarym polu w punkcie 2?

W punkcie 3 przy pytaniach brak znaku zapytania.

W punkcie 3 w pytaniu:

“Czy ból wpływa na pracę zawodową:”

Brak odpowiedzi “nie dotyczy” - nie wszyscy są osobami pracującymi a odpowiedź "nie" może być myląca w przyszłej ocenie, gdyż sugeruje mniejsze nasilenie bólu.

7. W części 1. Część B

Nie jest wyraźnie określone, że opinia lekarza też jest nieobowiązkowa.

W punkcie 1 nie jest jasne co należy wpisać: TAK/NIE? Czy konkretne rozpoznanie kliniczne? Słownie/opisowo czy kodem ICD10? Należy to doprecyzować.



Jak postawić rozpoznanie w sytuacji, kiedy do POZ zgłasza się pacjent z bólem? W większości wypadków nie jesteśmy w stanie postawić ostatecznego rozpoznania - możemy mieć tylko podejrzenie przy pierwszych wizytach.

W punkcie 2 trzeba kolejny raz przepisać RĘCZNIE - bo karta jest papierowa - coś co pacjent już ma w IKP, na e-recepcie, na dawkowaniu oraz zostało zamieszczone w dokumentacji medycznej w opisie wizyty i zaleconych lekach.

8. W części 2. WIZYTA KOLEJNA – KONTROLA BÓLU

Uwagi jak do części pierwszej oraz

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

Jakie natężenie bólu trzeba podać - maksymalne, średnie, minimalne, zakres? Brak jest opisu w formularzu.

Jak pacjent ma zaznaczać poziom bólu na skali w przypadku np. porady telefonicznej?
Jak postępować, kiedy zgłasza się np. rodzina po leki dla pacjenta na kontynuację leczenia?

"3. Proszę ocenić natężenie bólu w spoczynku i w ruchu:"

W jaki sposób ocenić i jaki ma to sens kliniczny przy bólu np. gardła?

W pytaniu 5 brak jest informacji co należy wpisać w dużym szarym polu?

Dodatkowa uwaga:

Szarość pól powodować będzie trudności w kopiowaniu dokumentacji medycznej - nieczytelna kopia dokumentacji.



Uwagi ogólne:

Projekt nie rozwiązuje problemu braku dostępności do poradni leczenia bólu.

Jak w POZ postępować, kiedy pacjent ma ból przewlekły - np. zmiany zwyrodnieniowe wielostawowe? Czy w takiej sytuacji przy każdej wizycie pacjenta należy zbierać kartę? Parami - raz pierwsza wizyta raz kontrolna? Czy raz pierwsza a potem same kontrolne do końca życia? Czy może do czasu podania przez pacjenta, że ma kontrolowany ból?

Zgodnie z porozumieniem między MZ, NFZ i PZ z grudnia 2019 r. nie można nakładać dodatkowych obowiązków bez wskazania finansowania - projekt nie przewiduje finansowania a wprowadza obciążenie biurokratyczne i przez to koszty (czas i papier).

Z poważaniem

Tomasz Zieliński

Wiceprezes Federacji PZ

/dokument podpisany elektronicznie/