



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 20 kwietnia 2016 r.

Adam Bodnar

V.7013.66.2015.EO

**Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia**

W moim stałym zainteresowaniu pozostają kwestie jakości i skuteczności łagodzenia i leczenia bólu pacjentów w polskiej służbie zdrowia.

Tytułem wstępu należy zauważyć, że ból jest niezbędnym sygnałem ostrzegawczym wskazującym niejednokrotnie na potrzebę podjęcia interwencji medycznej. Na tym jednak etapie rola bólu powinna się kończyć. W tym kontekście, obowiązkiem państwa jest zapewnienie pacjentowi dostępu do adekwatnego do stopnia i pochodzenia, bezpiecznego i skutecznego leczenia bólu. Niezrealizowanie tej dyrektywy prowadzić może niejednokrotnie do poniżającego i nieludzkiego traktowania pacjentów, a zatem łamania zakazu wynikającego z art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Na problem ten zwrócił uwagę Europejski Trybunał Praw Człowieka, m.in. w sprawie Kupczak przeciwko Polsce (vide wyrok ETPCz z dnia 25 stycznia 2011 r., skarga nr 2627/09). Trybunał wskazał w tym wyroku, że tolerowanie przez organy państwa sytuacji, w której skarżący narażony był na odczuwanie chronicznego bólu oraz stosowanie wobec niego nieadekwatnych środków przeciwbólowych, doprowadziło do tego, że został on poddany nieludzkiemu i poniżającemu traktowaniu z naruszeniem art. 3 Konwencji.

Ból bywa nadal traktowany jako nieodłączna składowa choroby i procesu leczenia. Jedną z przyczyn tej sytuacji mogą być regulacje ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186). Wynikające z nich prawo pacjenta do poszanowania godności obejmuje wprawdzie prawo do świadczeń służących łagodzeniu bólu, ale jest ono ograniczone wyłącznie do pacjentów w stanie terminalnym. Rozwiązanie takie jest niezrozumiałe, skoro godność ludzka nie jest zależna od indywidualnego stanu zdrowia. Zastrzeżenie prawa do

świadczeń służących łagodzeniu bólu jedynie dla pacjentów w stanie terminalnym nie znajduje ani prawnego ani medycznego uzasadnienia. Norma wynikająca z art. 20 ust. 2 zd. drugiej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, choć ma w dużej mierze charakter programowy, może też być odbierana jako forma nierównego traktowania pacjentów i z tego względu wymaga w mojej ocenie zmiany.

Z dużym zadowoleniem przyjąłem podjętą przez Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz Polskim Towarzystwem Badania Bólu inicjatywę oceny jakości leczenia bólu ostrego/pooperacyjnego w polskich szpitalach. Jest to projekt niezwykle cenny przede wszystkim ze względu na skalę badania, którym ostatecznie objęto przeszło 1/4 polskich szpitali, w których hospitalizowano blisko sześćdziesiąt procent polskich pacjentów. Wyniki badania wskazują jednak na szereg niedociągnięć w procesie leczenia bólu.

Przede wszystkim, w co szóstym ankietowanym szpitalu nie prowadzi się powszechnie monitoringu natężenia bólu ostrego/pooperacyjnego. Taki sam procent szpitali nie dokumentuje monitorowania bólu. Dwie trzecie badanych szpitali monitoruje występowanie bólu pooperacyjnego do czasu jego ustąpienia, jednakże pozostała jedna trzecia ankietowanych placówek wyznacza w tym zakresie limity czasowe - od 12 do 48 godzin po operacji. W ponad połowie szpitali nie funkcjonują też zespoły zajmujące się oceną i leczeniem bólu. Dotyczy to także szpitali, w których wykonywane są zabiegi operacyjne. Niepokojące jest również to, że w co piątej placówce spośród ankietowanych nie stosowane są zabiegi analgezji regionalnej.

Nie najlepiej wygląda też sytuacja edukacji personelu medycznego w zakresie monitorowania i racjonalnego leczenia bólu. W prawie czterdziestu procentach ankietowanych placówek nie prowadzi się systematycznych szkoleń we wskazanym zakresie. W pojedynczych przypadkach szkolenia takie odbywają się jedynie dla pielęgniarek lub lekarzy. Ponadto tylko w jednej czwartej placówek istnieje możliwość konsultacji pacjentów w specjalistycznej poradni leczenia bólu.

Z przeprowadzonego badania można wysnuć wniosek, że w leczeniu bólu ostrego/pooperacyjnego w polskich szpitalach brakuje spójności i kompleksowego podejścia. Wprawdzie opisana postać bólu jest leczona powszechnie dostępnymi w szpitalach środkami farmakologicznymi, jednakże brak jest kompleksowego podejścia do problemu. Świadczy o tym brak monitorowania natężenia bólu, niepożądanych działań leków przeciwbólowych, analizy skuteczności i bezpieczeństwa leczenia bólu.

Na niedostateczny poziom leczenia bólu wpływają też braki w edukacji personelu medycznego, zarówno lekarzy jak i pielęgniarek. W nauczaniu akademickim na kierunkach medycznych w dalszym ciągu brakuje specjalizacji z medycyny bólu.

Powoduje to, że przyszli lekarze i pielęgniarki nie są na etapie kształcenia zawodowego przygotowywani do radzenia sobie z leczeniem bólu i nie są uwrażliwiani na specyfikę i wagę tego zagadnienia. Istnieją w tym zakresie płatne studia podyplomowe. Jednakże nie rozwiązują one problemu w sposób systemowy. Negatywną tendencję w tym przedmiocie widać także we wskazanym powyżej badaniu jakości leczenia bólu w szpitalach – systematyczne szkolenia z zakresu monitorowania i racjonalnego leczenia bólu nie są prowadzone w blisko czterdziestu procentach ankietowanych placówek.

W mojej opinii położenie większego nacisku w trakcie edukacji zawodowej personelu medycznego na zajęcia polegające na diagnostyce bólu ostrego i przewlekłego oraz stosowaniu farmakologicznych i niefarmakologicznych metod ich łagodzenia i leczenia przyczyniłoby się do zmiany mentalności personelu medycznego w podejściu do roli i znaczenia bólu w terapii. Podkreślenia wymaga, że odczuwanie bólu jest sprawą czysto indywidualną, niemierzalną w sposób obiektywny. Uwrażliwianie studentów kierunków medycznych, a więc wszystkich osób, które w przyszłości zetkną się z pacjentem cierpiącym z bólu powinno zacząć się już w trakcie ich edukacji akademickiej.

Istnieją też w zakresie leczenia bólu ostrego/pooperacyjnego zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Dokumenty te nie mają jednak charakteru aktów prawa powszechnie obowiązującego. Pewnym rozwiązaniem tego problemu mogłoby być przyjęcie, w formie aktu prawa powszechnie obowiązującego, standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu przewlekłego, czy ostrego. Istnienie sformalizowanych regulacji prawnych w zakresie postępowania w łagodzeniu i leczeniu bólu mogłoby stanowić konkretny punkt odniesienia pozwalający na ocenę efektywności i skuteczności terapii przeciwbólowych zarówno w konkretnych przypadkach, jak i aspekcie systemowym.

W kontekście powyższych uwag, pragnę również przypomnieć o nierozwiązanym nadal problemie dostępu polskich pacjentów do marihuany medycznej. Podjęte przez Pana Ministra i zasługujące na pełną aprobatę działania związane z objęciem refundacją leków zawierających kannabinoidy, które są przywożone do Polski w drodze importu docelowego, nie załatwiają bowiem wskazywanej przez Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z 17 marca 2015 r., sygn. S 3/15 kwestii niespójności regulacji prawa farmaceutycznego z przepisami mającymi na celu przeciwdziałanie narkomanii. W przywołanym postanowieniu Trybunał wskazał, że w świetle aktualnych badań naukowych marihuana może być wykorzystywana w celach medycznych, zwłaszcza w przypadku łagodzenia negatywnych objawów chemioterapii stosowanej w chorobach nowotworowych (pkt 2.2. uzasadnienia postanowienia Trybunału) i zwrócił uwagę na potrzebę unormowania „kwestii medycznego wykorzystywania marihuany”.

Podstawowym problemem dostrzeżonym przez Trybunał był bowiem utrudniony dostęp polskich pacjentów do korzystania z marihuany medycznej wynikający z tego, że mogą się oni zaopatrywać w nią legalnie tylko pod tym warunkiem, że zostanie ona przywieziona z zagranicy, co może rodzić niespójności z przepisami penalizującymi przywóz środków odurzających. Choć Trybunał nie przesądził, jaki kształt normatywny mają przybrać postulowane przez niego zmiany, to wskazał, że „zasadne staje się uzgodnienie regulacji nakierowanych na zwalczanie uzależnień i regulacji nakierowanych na zapewnienie efektywności procesu leczenia określonych schorzeń bądź terapii przeciwbólowej”.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1648, z późn. zm.), pragnę przedstawić Panu Ministrowi swoje uwagi i wnioski związane z systemowymi problemami leczenia bólu. Jednocześnie zwracam się do Pana Ministra o wskazanie, jakie zamierza Pan podjąć działania w celu poprawy istniejącego stanu rzeczy.

Podpis na oryginale