

MATERIAŁY PRASOWE



Bądź reżyserem
swojego życia.
Nie kłaniaj się
bólowi
i nie ból się!

Bądź wolny od bólu!

Organizator



Patronat Honorowy



Partner





Warszawa, dnia 24 lutego 2016 roku

**Kampania społeczno-edukacyjna
„Nie ból się! Bądź wolny od bólu”**

Komunikat prasowy

Koalicja na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem” i Fundacja Wygrajmy Zdrowie walczy o prawo do życia bez bólu i równy dostęp do skutecznej terapii przeciwbólowej dla każdego pacjenta, niezależnie od rodzaju choroby i stopnia jej zaawansowania. *Jeśli chorujesz? Cierpisz? Domagaj się od lekarzy specjalistycznej terapii przeciwbólowej. „Nie ból się! Bądź wolny od bólu”* – tak brzmi hasło rozpoczętej kampanii. Celem prowadzonych działań społeczno-edukacyjnych jest zniesienie barier w zakresie leczenia bólu i wsparcie pacjentów w podjęciu terapii przeciwbólowej. Ból przewlekły uznawany jest za chorobę samą w sobie i powinien być prawidłowo leczony. Kampania podkreśla znaczenie dobrej kontroli bólu u pacjenta i przełamuje stereotypy związane z opioidofobią. Planowane działania mają charakter ogólnopolski i potrwać do czerwca 2016 r. Na potrzeby kampanii został przygotowany spot radiowy i reklama prasowa z udziałem Ambadora kampanii – Jerzego Stuhra. Kampania będzie komunikowana w prasie, radio, mediach społecznościowych (strona internetowa dedykowana kampanii zawierająca kompendium wiedzy o leczeniu bólu www.niebolsie.pl, profil [facebook.com/niebolsie](https://www.facebook.com/niebolsie)). W kampanię zaangażowały się media ogólnopolskie i lokalne, popularyzując ideę życia bez bólu. W ramach kampanii będą prowadzone konsultacje on-line ze specjalistą leczenia bólu.

Ból staje się problemem społecznym. Ból ostry dotyka 5% populacji. Na nowotwór choruje około 1% populacji, czyli rocznie ponad 200 tysięcy osób. Ból przewlekły dotyczy 27% populacji i procent ten wzrasta z wiekiem (50% > 65. roku życia). Najczęstsze zespoły przewlekłego bólu nienowotworowego to: choroba zwyrodnieniowa stawów i bóle krzyża (w sumie ponad 50%) oraz bóle głowy, urazy i ból neuropatyczny (m.in. neuralgia popółpaścowa-PHN, neuropatia cukrzycowa, przetrwały ból pooperacyjny, zespół wielobjawowego bólu miejscowego - ZWBM, ból neuropatyczny towarzyszący zakażeniu wirusem HIV, ból w SM). Współczesna medycyna potrafi skutecznie opanować ból u 90% przypadków. *„Farmakologiczne leczenie bólu musi być oparte o indywidualizację terapii, która przy aktualnej dostępności do analgetyków opioidowych i nieopiodowych jest możliwa do zastosowania przez każdego lekarza. Specjaliści powinni dokonywać skutecznych wyborów, które spowodują u pacjenta znaczną ulgę w bólu”* – zwraca uwagę dr med. Jarosław Woron, z Zakładu Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Ulga w bólu powinna być zasadą przyjętą we wszystkich ośrodkach medycznych w całym kraju, a pomiar bólu w prostej skali NRS obowiązkiem codziennej praktyki lekarza każdej specjalizacji. Nieleczony ból ma negatywny

wpływ na życie pacjentów, zarówno w aspekcie fizycznym, społecznym i psychicznym. Terapia przeciwbólowa umożliwia godne życie w chorobie i daje lepsze rokowania w trakcie leczenia choroby podstawowej. Kampania „Nie ból się! Bądź wolny od bólu” pokazuje drogę do terapii przeciwbólowej, którą każdy może podjąć, domagając się leczenia bólu, w tym szczególnie bólu przewlekłego.

Istotne postulaty i konieczne zmiany, jakie wskazuje kampania to m.in.:

1. Ugruntowanie w legislacji prawa pacjenta do uzyskania złagodzenia bólu, np. poprzez rozszerzenie zapisu „o prawo każdego pacjenta” do uśmierzenia bólu. (zmiana art. 20 ust. 2 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Obecny zapis: „Prawo do poszanowania godności obejmuje prawo do umierania w spokoju i godności tylko osób terminalnie chorych”.
2. Zwiększenie dostępności do silnie działających analgetyków opioidowych poprzez, np. uproszczenie i ujednoczenie zasad przepisywania tych leków, które wymagają specjalnej recepty Rpw. Z przeprowadzonych przez nas ankiet wśród lekarzy oraz pacjentów wynika, że tylko niewielki odsetek specjalistów w Polsce posiada i stosuje recepty Rpw, co z góry odcina pacjenta od możliwości uzyskania terapii zgodnie ze wskazaniem medycznym. Utrzymanie tego typu specjalnych recept w świetle planowanego systemu recept elektronicznych wydaje się niezasadne.
3. Stworzenie systemu kontraktowania świadczeń w oparciu o wymaganą ocenę, jakości leczenia bólu pacjenta w placówce, np. uczynienie wymaganym standardem diagnozowania natężenia bólu pacjenta w prostej skali NRS, czyli od 0 do 10 oraz odnotowywania tego faktu w karcie pacjenta.
4. Działania edukacyjne, skierowane do personelu fachowego:
 - według ekspertów, w programie akademickim studiów medycznych powinny się znaleźć przynajmniej 3 godziny nauki, dotyczące zasad terapii bólu zgodnie z zasadami Drabiny Przeciwbólowej WHO (obejmujące leczenie bólu łagodnego za pomocą analgetyków nieopiodowych oraz bólu umiarkowanego i silnego za pomocą analgetyków opioidowych),
 - zaangażowanie Towarzystw Lekarskich oraz Izb Lekarskich w szerzenie wiedzy o leczeniu bólu wśród doświadczonych lekarzy, bez względu na ich specjalizację.

Na stronie internetowej kampanii (www.niebolsie.pl) powstał praktyczny poradnik, który krok po kroku wyjaśnia, jak pacjent powinien przygotować się do wizyty i gdzie szukać pomocy.

W dniu 24 lutego 2016 roku Koalicja na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem” i Fundacja Wygrajmy Zdrowie zorganizowała w Warszawie konferencję prasową, podczas której zaprezentowano nową odsłonę kampanii społeczno-edukacyjnej pt. „Nie **ból** się! Bądź wolny od bólu” skierowanej do pacjentów z bólem przewlekłym niezależnie od rodzaju choroby.

W spotkaniu udział wzięli: **prof. Jerzy Stuhr** – społeczny Ambasador kampanii, **Krzysztof Ostrowski** – Przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjenta, **prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski** – Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, **prof. nadzw. dr hab. n. med. Jarosław Drobnik** – Prezes Polskiego

Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, **dr n. med. Jadwiga Pyszkowska** – Konsultant w dziedzinie Medycyny Paliatywnej Województwa Śląskiego i Opolskiego, **dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska** – Sekretarz PTBB, ekspert kampanii „Nie ból się! Bądź wolny od bólu”, **prof. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska** – Katedra Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego, Wiceprezes Fundacji Eksperci dla Zdrowia, **dr n. med. Jarosław Woróń** – Klinika Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej UJ CM w Krakowie, **Szymon Chrostowski** – Prezes Fundacji Wygrajmy Zdrowie, pomysłodawca Koalicji na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem”, organizator kampanii „Nie ból się! Bądź wolny od bólu”. **Na spotkaniu podjęto temat farmakologicznego leczenia bólu, dostosowanego do rodzaju bólu i efektywnego działania przeciwbólowego. Podkreślono konieczność zwiększenia dostępności do analgetyków opioidowych oraz zastosowania ich przez każdego lekarza, niezależnie od specjalizacji.**

Więcej informacji:

Fundacja Wygrajmy Zdrowie im. prof. Grzegorza Madeja
ul. Piękna 28/34 lok. 53
00-547 Warszawa
tel./fax 22 658 23 61
www.wygrajmyzbolem.pl

D&D Communication
Anna Paplińska
tel.: 516 033 577, anna.paplinska@ddc.com.pl

Kampania społeczno - edukacyjna pt. „Nie ból się! Bądź wolny od bólu”

Organizator:

Fundacja Wygrajmy Zdrowie
Koalicja na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem”

Patronat Honorowy

Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów

Ambasador kampanii

Prof. Jerzy Stuhr

Partner

Stowarzyszenie Wspierania Onkologii „Unicorn”
Fundacja Eksperti dla Zdrowia

Patronat Merytoryczny

Polskie Towarzystwo Badania Bólu
Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne

Patronat

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
Naczelna Izba Lekarska
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
Polskie Towarzystwo Onkologiczne
Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne
Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych

Patronat Medialny

Telewizja Polska
Gazeta Wyborcza
Termedia
medexpress.pl
Medycyna Praktyczna
Family Medicine & Primary Care Review
Magazyn Pielęgniarki i Położnej
Puls Medycyny
Świat Medycyny i Farmacji
Terapia
Wydawnictwo Medyczne Borgis

Eksperci kampanii:

prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski

prof. nadzw. n. med. Jarosław Drobnik

dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska

dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

dr n. med. Jarosław Woroń

Strona internetowa kampanii, zawierająca kompendium wiedzy na temat leczenia bólu, praw pacjenta, jakości życia w chorobie nowotworowej i nienowotworowej, dyżur on-line eksperta leczenia bólu, dyżur telefoniczny psychoonkologa, praktyczny poradnik dla pacjenta.

www.niebolsie.pl

Bądź wolny od bólu!

Aktualności
Spotkanie z naszymi ekspertami

REŻYSER

Bądź reżyserem swojego życia.
Nie kłaniaj się bólowi
i nie ból się!

Informacje o kampanii | Poradnik pacjenta | Pytania i odpowiedzi | Gdzie leczyć ból? | Zapytaj eksperta | Dla mediów | Kontakt z nami

ORGANIZATORZY | PATRONAT HONOROWY | PARTNERZY | PATRONAT MERYTORYCZNY

Poznaj wszystkich Patronów i Partnerów Kampanii

Facebook, utworzenie fanpage’a kampanii, zbudowanie społeczności osób znających prawa pacjenta do leczenia bólu, zachęcanie do dyskusji i dzielenia się doświadczeniami, bieżące wydarzenia związane z kampanią, quizy, konkursy, dyżur on-line eksperta leczenia bólu.

www.facebook.com/niebolsie

O Ambasadorze:

Jerzy Stuhr - aktor i reżyser teatralny i filmowy, scenarzysta, juror w międzynarodowych festiwalach filmowych; od 1998 roku członek Europejskiej Akademii Filmowej, nagradzany wielokrotnie, jako aktor i reżyser na festiwalach krajowych i zagranicznych, autor 6 książek. Wielokrotnie nagradzany w Polsce i zagranicą za kolejne filmy, role i za całokształt twórczości.

Urodzony w Krakowie, ukończył filologię polską na Uniwersytecie Jagiellońskim (1970) oraz Wydział Aktorski w Państwowej Wyższej Szkole Teatralnej im. L. Solskiego w Krakowie (1972). Wieloletni pedagog i profesor (od 1994) oraz rektor Krakowskiej PWST (1990-1997 oraz 2002-2008), wykładał też na Wydziale Radia i Telewizji na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach (1999-2013), którego otrzymał tytuł honoris causa w r. 2007; od 1980 wykładał we Włoszech na uczelniach włoskich, tamże grał i reżyserował w teatrach włoskich; zagrał w filmach we Włoszech m.in. w reżyserii Nanni Morettiego („Il Caimano”, 2006 i „Habemus papam”, 2010), Luca Manfredi („Ultimo Papa Re”, 2012); w Polsce u Krzysztofa Kieślowskiego, Feliksa Falka, Andrzeja Kotkowskiego, Andrzeja Wajdy, Agnieszki Holland, Juliusza Machulskiego, Krzysztofa Zanussiego. Stworzył wiele wspaniałych ról w teatrach krakowskich i warszawskim oraz w Teatrze Telewizji, wyreżyserował wiele spektakli.

Twórca wielokrotnie nagrodzonych 7 filmów: „Spis cudzołożnic”(1994), „Historie miłosne” (1997) „Tydzień z życia mężczyzny” (1999), „Duże Zwierzę” (2000), „Pogoda na jutro”(2003), „Korowód” (2007), oraz ostatniego „Obywatel” (2013).

Człowiek wrażliwy na innych, od 2004 roku przewodniczący Rady Fundacji Krakowskiego Hospicjum dla Dzieci im. ks. Józefa Tischnera, od 15 lat wraz z żoną Barbarą Ambasador krakowskiego UNICORNu, czego zwieńczeniem było otwarcie 11 października 2014 pierwszego w Polsce Centrum Psychoonkologii w Krakowie. W Dniu Chorego 11 lutego 2013 z rąk premiera RP Donalda Tuska otrzymał Nagrodę Św. Kamila patrona chorych i pracowników służby zdrowia - (ustanowiona została w 2007 r. z inicjatywy Ojców Kamilianów oraz Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej). Nagrodzony za działalność na rzecz onkologii 14 stycznia 2015 wraz z żoną, Barbarą, nagrodą Sukces Roku 2014 w Ochronie Zdrowia w kategorii „Osobowość Medyczna Roku”, podczas XV edycji konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowie – Liderzy Medycyny 2015, na Zamku Królewskim w Warszawie, a w uzasadnieniu Kapituła, przyznająca nagrodę napisała, że „ Jerzy Stuhr tym swoim działaniem gra najważniejszą rolę swojego życia...” Bierze udział w wielu sympozjach, wykład rzeka „Porady dla chorego człowieka” to kolejna cegiełka działalności...

W styczniu 2016 otrzymał Gwiazdę Dobroczynności za działalność charytatywną i angażowanie się w pomoc dla pacjentów onkologicznych. Jest twarzą Kampanii „Rak wolny od bólu” i nowej odsłony kampanii „Nie ból się”.

Prawidłowe zasady leczenia bólu słabego, umiarkowanego, silnego - czemu nie zawsze są przestrzegane?

prof. dr hab. med. Jan Dobrogowski – Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu.

Autor licznych podręczników z zakresu medycyny bólu.

Polska jest krajem z jednym z najwyższych odsetków dorosłej populacji z bólem przewlekłym w Europie, gdyż ból przewlekły dotyczy około 27% populacji dorosłych, podczas gdy średnia europejska to około 19%. Świadomość potrzeby leczenia bólu przewlekłego, jako choroby samej w sobie powoli, ale systematycznie rośnie, zarówno wśród chorych, lekarzy, jak i decydentów w systemie ochrony zdrowia. W związku z międzynarodowymi kampaniami edukacyjnymi i społecznymi w Parlamencie Europejskim (Societal Impact of Pain), a także polskimi zobowiązaniami wobec unijnych wymagań, temat prawidłowego i bezpiecznego leczenia bólu przewlekłego jest często poruszany na łamach prasy fachowej i publicznej.

Należy podkreślić, iż niezależnie od etiologii, ból przewlekły uznawany jest za chorobę samą w sobie ze względu na objawy towarzyszące: zaburzenia snu i apetytu, drażliwość, depresyjny nastrój, upośledzenie funkcjonowania fizycznego i psychicznego, zaburzenia poznawcze, problem uzależnienia od leków lub ich nieprawidłowego stosowania. Dodatkowo obciążające dla pacjenta z bólem przewlekłym są liczne aspekty socjalne, takie jak problemy rodzinne, zaniechanie kontaktów towarzyskich i rodzinnych, absencja w miejscu pracy, utrata pracy, wcześniejsza emerytura czy świadczenia rentowe.

Postępowanie multimodalne zalecane przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu obejmuje swym zakresem nie tylko aspekt funkcjonowania fizycznego, lecz także funkcjonowania psychicznego i społecznego. Postępowanie to ma poprawić, jakość życia pacjentów we wszystkich jego aspektach, a także umożliwić powrót do pracy zawodowej. Dane z literatury wskazują na lepszą skuteczność postępowania multimodalnego w porównaniu do pojedynczej metody leczniczej. Metody te obejmują farmakoterapię, programy rehabilitacyjne, psychoterapię, techniki medycyny komplementarnej i alternatywnej, a u wybranych pacjentów także zastosowanie technik interwencyjnych.

Jednym z elementów leczenia wielokierunkowego jest farmakoterapia z zastosowaniem analgetyków o różnych mechanizmach działania, a skojarzona farmakoterapia może dawać lepszą kontrolę bólu ze względu na efekt addytywny lub nawet synergistyczny stosowanych leków. Farmakoterapia jest jednocześnie jedną z najłatwiej dostępnych metod leczniczych.

Schemat przyjęty w 1986r przez Światową Organizację Zdrowia WHO, tzw. trójstopniowa drabina analgetyczna, systematyzujący farmakoterapię bólu nowotworowego przyjął się w światowej medycynie, jest powszechnie stosowany w terapii bólu nowotworowego i pozwala skutecznie uśmierzać ból u 80-90% chorych. Zasady leczenia w oparciu o trójstopniową drabinę analgetyczną uwzględniają stosowanie początkowo nieopiodowych analgetyków, w przypadku

braku ich skuteczności dodawany jest słaby opioid, który na trzecim szczeblu drabiny zastępowany jest silnym opioidem. Obecnie eksperci podkreślają konieczność oparcia farmakoterapii o skuteczność kliniczną danego analgetyku i mechanizm powstawania bólu. Ból z komponentem bólu receptorowego zapalnego mógłby być leczony poprzez zmniejszanie stanu zapalnego przy użyciu steroidów lub NLPZ, nocycyptywny ból bez komponentu zapalnego - przy użyciu opioidów i analgetyków nieopiodowych, a ból neuropatyczny - stosując leki przeciwdepresyjne i przeciwdrgawkowe.

Według danych epidemiologicznych pochodzących z badania przeprowadzonego w Europie 2002r przez firmę Mundipharma najchętniej stosowanymi analgetykami w Polsce są preparaty z grupy analgetyków nieopiodowych - paracetamol, NLPZ, metamizol, także, jako leki OTC. Równie chętnie stosowane są słabe leki opioidowe. Silne opioidy są stosowane jedynie przez około 4% osób skuteczniejsze od placebo, zarówno w uśmierzaniu bólu, jak i poprawy funkcjonowania u pacjentów z bólem nocycyptywnym, jak i neuropatycznym.

Decyzja o zastosowaniu silnych opioidów w leczeniu bólu przewlekłego pochodzenia nienowotworowego jest zawsze podejmowana indywidualnie, po wnikliwej analizie bilansu zysków pod postacią zmniejszenia nasilenia dolegliwości bólowych, poprawy codziennej aktywności chorego oraz jakości życia, do strat, czyli potencjalnych działań niepożądanych, rozwoju tolerancji lub uzależnienia. Pamiętać należy, że w takiej sytuacji włączenie silnego opioidu powinno być częścią programu rehabilitacyjnego, ogólnousprawniającego, który uwzględni biopsychospołeczny model bólu przewlekłego.

W 2015 opracowane zostały krajowe zalecenia dotyczące stosowania silnie działających opioidów u chorego z bólem nienowotworowym. Zalecenia te są wynikiem spotkań ekspertów z Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Z pewnością będą one przydatne dla całego środowiska lekarskiego, ułatwiając i poprawiając, jakość leczenia pacjentów z bólem przewlekłym w Polsce.



prof. dr hab. med. Jan Dobrogowski

Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

Polskie Towarzystwo Badania Bólu zostało zarejestrowane w grudniu 1991 roku w Poznaniu, będąc jednocześnie polskim oddziałem Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu (Polish Chapter of IASP). Towarzystwo ma charakter interdyscyplinarny, a jego wiodącym celem jest wspieranie badań naukowych dotyczących bólu i ich zastosowania w praktyce klinicznej.

PTBB zainicjowało Program „Szpital bez bólu”, który polega na nadawaniu Certyfikatu „Szpital bez bólu” placówkom, które spełnią określone kryteria i przez to przyczynią się do podniesienia, jakości uśmierzania bólu pooperacyjnego w polskich szpitalach.

Problemy pacjentów z bólem przewlekłym

dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska – Sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

W Polsce ból przewlekły o różnej etiologii dotyka nawet 27% dorosłej populacji, podczas gdy średnia europejska to około 19%.

Według danych epidemiologicznych pochodzących z badania przeprowadzonego w Europie 2002 r przez firmę Mundipharma najczęstszą etiologię bólu przewlekłego stanowiły schorzenia narządu ruchu (osteoartroza - 34% ankietowanych, choroby krążka międzykręgowego -16%, reumatoidalne zapalenie stawów- 8%), na drugim miejscu plasowały się bóle głowy (28% badanych).

Lokalizacja bólu to głównie grzbiet, ból pleców w różnej lokalizacji obejmującej również barki występował aż u 50% ankietowanych. Zdecydowaną większość osób z bólem przewlekłym stanowiły kobiety - 80% ankietowanych. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn największą grupę stanowiły osoby w wieku od 40 do 59 lat.

Przeciętny czas trwania dolegliwości bólowych to ok. 6 lat, u 1/5 ankietowanych ból trwał 20 lub więcej lat. Oceniając codzienną aktywność ból w największym stopniu wpływał na funkcjonowanie fizyczne (np. dźwiganie), prawie 90% badanych uznało, iż nie są w stanie wykonywać tej czynności lub wykonują ją z trudem. Zaburzenia snu zgłaszało ok. 60% ankietowanych, u 1/2 pacjentów występowały trudności w pracach domowych, pracy poza domem, w chodzeniu i prowadzeniu samochodu. Około 20% badanych oceniało, iż ból wpływa na ich pracę zawodową, prowadząc nawet do jej utraty, a 14% było diagnozowanych w kierunku depresji. Wyniki uzyskane w badaniach epidemiologicznych jasno pokazują znaczący negatywny wpływ bólu przewlekłego na większość aspektów funkcjonowania pacjentów, zarówno w aspekcie fizycznym, ale także społecznym i psychicznym. Znajduje to odzwierciedlenie w idei traktowania bólu przewlekłego, jako choroby samej w sobie i uznania konieczności leczenia bólu tak samo jak każdej innej choroby przewlekłej.

Najczęściej jednak lekarzem leczącym dolegliwości bólowe był i jest nadal lekarz rodzinny (61% spośród leczonych), spośród specjalistów najczęściej wybierany był neurolog i reumatolog. Niewielu badanych było wówczas leczonych w specjalistycznych poradniach leczenia bólu, stanowili oni tylko 1% ankietowanych, natomiast wg danych z portalu TacyJakJa z 2014 r - już 6% ankietowanych.

Nawet 20% lekarzy nigdy lub bardzo rzadko dokonywało oceny bólu u pacjenta, a skale oceny bólu były stosowane tylko u 5% ankietowanych w 2002r. Przyczynami niskiego stopnia satysfakcji pacjenta z leczenia był brak efektu po stosowanym leczeniu przeciwbólowym, ale także niekompetencja lekarza, ograniczanie wizyty tylko do wypisania leków, brak dostatecznego zaangażowania ze strony lekarza czy brak wiary lekarza w zgłaszane dolegliwości bólowe.

Uzyskane wyniki wskazują, iż wszelkie kampanie edukacyjne związane z nowoczesnym leczeniem bólu powinny być kierowane przede wszystkim do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, reumatologów i neurologów.

W trakcie trwania Kampanii "Rak wolny od bólu" udzieliłam odpowiedzi na wiele pytań dotyczących leczenia bólu w chorobie nowotworowej kierowanych bądź przez pacjentów, bądź przez ich bliskich. Niewielki odsetek pytań dotyczył także bólu nienowotworowego trudnego do opanowania, pacjenci pytali także o możliwości leczenia bólu pooperacyjnego.

Zadawane pytania dotyczyły najczęściej leczenia farmakologicznego, głównie braku lub niewystarczającej skuteczności leków nawet pomimo stosowania wysokich dawek, skarg na obawy lekarzy przed wprowadzaniem silnego opioidu ze względu na ryzyko uzależnienia, sposobów radzenia sobie z objawami niepożądanymi związanymi ze stosowaniem silnego opioidu, także o ryzyko uzależnienia od leków. Pacjenci pytali także, kto może przepisywać silne leki opioidowe. Wiele pytań dotyczyło informacji na temat specjalistycznych ośrodków leczenia bólu czy opieki paliatywnej.

Na podstawie zadawanych pytań można, więc zidentyfikować najczęstsze błędy i obawy zespołów leczących w stosowaniu farmakoterapii:

- obawy przed przepisaniem silnego opioidu z powodu ryzyka uzależnienia u pacjenta w fazie nieuleczalnej choroby
- stosowanie leków zbyt słabych w stosunku do nasilenia bólu zgłaszanego przez pacjenta
- zbyt rzadkie stosowanie leków adjuwantowych pomimo ich udowodnionej skuteczności w bólu przewlekłym
- niestosowanie leków na ból przebijający
- brak profilaktyki i leczenia objawów niepożądanych związanych ze stosowaniem opioidów
- brak informacji o ośrodkach zajmujących się leczeniem bólu i opieki paliatywnej

Po analizie pytań widać także, że istnieje niewielki odsetek pacjentów z silnym bólem w przebiegu zaawansowanej choroby nowotworowej, którzy wymagaliby zastosowania innej, bardziej inwazyjnej drogi podawania opioidów, np. przy pomocy wszczepialnych pomp czy cewników w okolicę rdzenia kręgowego. Brak jest jednak w Polsce specjalistycznych oddziałów leczenia bólu, w których pacjenci wymagający inwazyjnych metod leczenia (w tym także zabiegów neurodestrukcyjnych) mogliby być skutecznie leczeni, choć na świecie ośrodki takie istnieją i zapewniają nowoczesne i skuteczne metody leczenia inwazyjnego. Pacjenci w Polsce są aktualnie pozbawieni takich możliwości leczenia, choć inicjatywa utworzenia specjalistycznych oddziałów leczenia bólu została podjęta przez Ministerstwo Zdrowia i być może w ciągu kilku najbliższych miesięcy będzie zrealizowana.

Jasnym jest, że nadal niewystarczająca jest jednak wiedza pracowników ochrony zdrowia dotycząca klinicznej oceny i leczenia bólu. Występuje również lęk przed uzależnieniem, objawami niepożądanymi zarówno ze strony pacjentów, ich rodzin, ale także pracowników ochrony zdrowia.

Barierą, która najbardziej ogranicza stosowanie opioidów u pacjentów z bólem przewlekłym, jest niedostateczna wiedza wśród personelu medycznego, przede wszystkim lekarzy. Dlatego też należy prowadzić kampanie edukacyjne służące przypomnieniu i uporządkowaniu wiedzy na temat metod leczenia bólu wśród lekarzy różnych specjalności medycznych.



dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

Miejsce pracy: Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, na stanowisku adiunkta. **Publikacje:** 75 artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych krajowych i zagranicznych, 100 wygłoszonych wykładów i prezentacji podczas konferencji naukowych krajowych i zagranicznych. Współautor podręcznika "Medycyna bólu" opublikowanego w 2011 r., "Kompedium leczenia bólu" rok 2012, a także polskich zaleceń „Farmakologiczne leczenie bólu neuropatycznego” w 2014 r. **Towarzystwa naukowe:** Sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Członek międzynarodowego zespołu ekspertów „Change Pain”, Członek Zarządu Fundacji Medycyny Bólu, Członek Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, **Doświadczenie zawodowe:** 1994 – uzyskanie tytułu lekarza medycyny, 2000 – specjalizacja II stopnia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, 2009 - ukończone studia podyplomowe „Medycyna Bólu”, 2012 – uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych, od 2001 praca w wielodyscyplinarnej poradni leczenia bólu. Współpraca z Instytutem Farmakologii Polskiej Akademii Nauk w Krakowie – prowadzenie badań eksperymentalnych. Udział w 10 badaniach klinicznych, jako główny badacz i współbadacz. Prowadzenie dydaktyki przed- i podyplomowej w zakresie medycyny bólu, anestezjologii i intensywnej terapii w Collegium Medicum UJ w Krakowie. Wykładowca Medycznego Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ CM w Krakowie. Wykładowca na kursach Komitetu Europejskiej Edukacji w Anestezjologii CEEA. Specjalne zainteresowania - ból neuropatyczny; ból funkcjonalny, badania eksperymentalne dot. mechanizmów i leczenia bólu.

Leczenie bólu powinno być dostępne dla każdego pacjenta od każdego lekarza**dr n. med. Jadwiga Pyszkowska – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Medycyny Paliatywnej Województwa Opolskiego i Śląskiego**

Powinnością lekarza z imperatywu przysięgi lekarskiej Hipokratesa jest łagodzenie cierpienia, w tym bólu fizycznego (somatycznego). Również o tym obowiązku przypomina lekarzom Kodeks Etyki Lekarskiej. Jest wiele dokumentów i przepisów prawnych określających obowiązki lekarza i żadne z nich w procesie leczenia przeciwbólowego nie różnicują pacjenta według rodzaju choroby, przewidywanego złego rokowania, czasu przeżycia. Również nie różnicują lekarzy według specjalizacji czy praktyki lekarskiej w tym obowiązku. Każdy chory ma prawo oczekiwać dobrej kontroli bólu ostrego i przewlekłego, w każdej sytuacji i w każdej chorobie i żaden lekarz nie jest z tego obowiązku zwolniony. Ulga w cierpieniu jest moralnym priorytetem medycyny.

Przykłady złych praktyk (lekarz, farmaceuta) oraz lęk pacjenta i opiekuna pacjenta.

Lekarz:

- ordynuje leki przeciwbólowe (analgetyki) bez oceny ilościowej i jakościowej bólu;
- ordynuje słabe analgetyki na silny i bardzo silny ból;
- uważa analgetyki opioidowe za narkotyki, które uzależniają pacjenta z bólem przewlekłym;
- odmawia ordynowania analgetyków opioidowych w obawie przed „uzależnieniem od narkotyków”;
- nie dysponuje receptami Rpw. na zapis analgetyków opioidowych;
- stosuje analgetyki „w razie silnego bólu” u pacjentów z codziennym bólem przewlekłym.

Farmaceuta:

- traktuje osobę z receptą Rpw. jako podejrzaną, legitymuje i spisuje dane z dowodu osobistego;
- używa niemedycznych określeń wobec analgetyków opioidowych jako „narkotyki”, leki „odurzające”, czyli zawstydzają lub straszą klienta w aptece;
- komentuje właściwą ordynację lekarza poradni leczenia bólu i medycyny paliatywnej np.: „czy pan wie, że te dawki narkotyku mogą zabić pana żonę?”;
- restrykcyjne, wręcz nadgorliwe kontrolowanie zapisu recepty Rpw.

Pacjent:

- lęki przed używaniem „narkotyku”, wręcz wstyd;
- lęki przed uzależnieniem i byciem „narkomanem”;
- „narkotyk” nie pozwoli mi być „przytomnym”.

Opiekun pacjenta:

- opioid „narkotyk” przyspieszy śmierć;
- umrze z głodu jak będzie brał „narkotyk”;
- co powiedzą inni, jak dowiedzą się o pobieraniu „narkotyku” przez naszego chorego, wstyd

Czy można pokusić się o tezę, że nie mieć recepty Rpw to wstyd?

To więcej niż wstyd. To nieodpowiedzialność, brak empatii i dyspozycyjności wobec potrzeb cierpiącego chorego. To brak wyobraźni i wiedzy o cierpieniu pacjentów z bólem przewlekłym, szczególnie wywołanym przez chorobę nowotworową i leczenie przyczynowe przeciwnowotworowe.

Brak u lekarza recepty Rpw. to brak podstawowego narzędzia na drodze do skutecznej pomocy lekarskiej.



dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

specjalista anestezjolog, specjalista medycyny paliatywnej,
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Medycyny Paliatywnej,
Kierownik Poradni Leczenia Bólu SP CSK ŚUM w Katowicach,
Kierownik Poradni Medycyny Paliatywnej SP CSK ŚUM w Katowicach,
Nauczyciel akademicki Wyższej Szkoły Nauk Stosowanych. Ekspert
wielu zespołów ds. specjalistycznej opieki paliatywnej, onkologii,
medycyny bólu.

Problem leczenia bólu w POZ**prof. nadzw. dr hab. med. Jarosław Drobnik****dr n. med. Urszula Gratka-Borkowska****Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

Bardzo ważnym problemem, z jakim codziennie w swojej pracy styka się lekarz rodzinny, jest leczenie różnego rodzaju bólu. Jest to niezmiernie ważne zagadnienie i znajomość tego tematu jest niezwykle istotna dla lekarzy pierwszego kontaktu. Należy znać stopnie drabiny analgetycznej.

I stopień stanowią leki niesteroidowe przeciwzapalne i paracetamol. Do II stopnia zaliczamy słabe opioidy- kodeinę, dihydrokodeinę oraz tramadol. III stopień drabiny analgetycznej to silne opioidy: morfina, fentanyl, oksykodon, oksykodon z naloksonem, hydromorfon, metadon, buprenorfina. Uzupełnienie drabiny analgetycznej: I stopień: metamizol, nefopam, flupirytyna. II stopień: niskie dawki morfiny < lub równe 30mg/d, niskie dawki oksykodonu < lub równe 20 mg/d, niskie dawki hydromorfonu < lub równe 4 mg/d. Lekarze rodzinni najczęściej nie są świadomi możliwości uzupełniania drabiny analgetycznej i zwiększania leczenia przeciwbólowego o wyżej wymienione środki. Praktycznie nie istnieją one w świadomości lekarza rodzinnego.

Opioidy znajdują zastosowanie w praktyce lekarza rodzinnego najczęściej w leczeniu choroby nowotworowej oraz bólu ostrego i przewlekłego. Opioidy możemy podzielić na słabe takie jak: kodeina i dihydrokodeina oraz silne: morfina, fentanyl, buprenorfina, metadon, tapentadol, oksykodon, oksykodon i nalokson, nalbufina. Do słabych opioidów zaliczamy kodeinę oraz dihydrokodeinę, które praktycznie nie znajdują częstego zastosowania w Praktyce Lekarza Rodzinnego oraz tramadol ostrożnie stosowany przez lekarzy rodzinnych częściej w połączeniu z paracetamolem niż samodzielnie. Zaletą tramadolu jest niski potencjał zależności, bardzo wygodne dawkowanie (tramadol występuje pod różnymi postaciami), ma również niewielkie skutki uboczne takie jak nudności, pocenie się, zaparcia, może jednak czasem powodować zespół serotoninowy. Silne opioidy w leczeniu bólu nienowotworowego praktycznie nie są stosowane.

Do leczenia bóli nowotworowych w Praktyce Lekarza Rodzinnego stosowana jest morfina o natychmiastowym uwalnianiu. Rzadko i z dużą ostrożnością znajduje ona również zastosowanie w ostrych bólach nienowotworowych. Do leczenia silnych bóli również pochodzenia nienowotworowego (np. bólu neuropatycznego) można stosować również oksykodon z naloksonem, fentanyl oraz buprenorfinę. Znajdują one zastosowanie także w leczeniu bólu neuropatycznego.

Do silnych opioidów najczęściej stosowanych w Praktyce Lekarza Rodzinnego należą: morfina o przedłużonym uwalnianiu, fentanyl transdermalny oraz buprenorfina transdermalna. Pozostałe są praktycznie niestosowane. Silne opioidy są akceptowane przez lekarzy rodzinnych, chociaż stosowane rzadko i bardzo ostrożnie bez konsultacji ze specjalistami z zakresu medycyny paliatywnej. Z problemem akceptacji silnych opioidów, związane jest kojarzenie morfiny, jako „narkotyku” silnie uzależniającego oraz opinia, że jeżeli, ktoś przyjmuje morfinę to związane jest już ze stanem terminalnym pacjenta. Opioidy kojarzone są też uzależnieniem fizycznym

i psychicznym. Pojawia się również obawa przed zjawiskiem tolerancji oraz nawrotu dolegliwości po przerwaniu terapii opioidami. Pacjenci boją się stygmatyzacji.

Lekarz rodzinny stosując opioidy w chorobach nienowotworowych musi pamiętać o następujących zasadach:

- 1) Należy wziąć pod uwagę potencjalne czynniki prowadzące do uzależnień (choroby psychiczne, alkohol, lekomania).
- 2) Opioidy w chorobach nienowotworowych powinny być stosowane w bólu stałym powyżej 3 m-c, VAS >5.
- 3) Leczenie silnego bólu opioidami powinno być dokładnie przeanalizowane, należy też ocenić skuteczność leczenia, a także wziąć pod uwagę wszystkie skutki pozytywne i negatywne.
- 4) Opioidy powinny być stosowane, gdy zawiodły inne metody leczenia bólu przewlekłego.
- 5) Decyzję o leczeniu bólu opioidami lekarz podejmuje po przeanalizowaniu sytuacji z pacjentem i jego rodziną.
- 6) Pacjent musi być szczegółowo poinformowany, na czym polega leczenie opioidami oraz jak powinny być dawkowane, powinien być poinformowany jak działają te leki, jakie są efekty uboczne oraz znać metody zapobiegania tym efektom i radzenia sobie z nimi.
- 7) Pacjent musi znać dobre i złe strony stosowania opioidów, na tej podstawie musi podjąć decyzję o stosowanej kuracji.
- 8) Aby lekarz rodzinny mógł prowadzić terapię przeciwbólową opioidami, zasady tej terapii muszą być dokładnie omówione z pacjentem. Na końcu wizyty lekarz powinien upewnić się, że pacjent wszystkie zalecenia dobrze zrozumiał.

Niewielu lekarzy rodzinnych wie, że morfina znajduje zastosowanie w duszności w schorzeniach takich jak:

- 1) choroba nowotworowa
- 2) POCHP
- 3) przewlekła niewydolność serca, gdzie wywiera efekt też uspokajający, poprawiają wentylację, a tym samym saturację.

Wystawianie recept na opioidy zostało od 17 września 2014 roku jeszcze bardziej uproszczone. Środki te lekarze wypisują na drukach takich jak pozostałe recepty, tylko z oznaczeniem właściwym dla kategorii Rpw. Recepty te nie są już drukami ścisłego zarachowania i nie mają różowego koloru. Lekarz rodzinny zobowiązany jest do dokładnego odnotowywania informacji o wystawionych receptach na opioidy w dokumentacji pacjenta. Na recepcie Rpw należy napisać słownie sumaryczną ilość leku opioidowego. Pamiętać należy, że na jednej recepcie Rpw można zapisać tylko jeden lek opioidowy.

Opioidy w Praktyce Lekarza Rodzinnego powinny zajmować ważne miejsce w codziennej pracy lekarza pierwszego kontaktu, ale wymaga to szkoleń oraz przełamania barier związanych z opioidofobią.



dr hab. n. med. Jarosław Drobnik prof. nadzw. PMWSZ

urodzony w 1969 r, ukończył Akademię Medyczną we Wrocławiu w 1994r, były lekarz wojewódzki woj. Dolnośląskiego. Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu, 2003-2005 r. zastępca dyrektora Wydziału Polityki Społecznej – lekarz wojewódzki, 2010-2014 konsultant wojewódzki ds. medycyny rodzinnej woj. lubuskie,

dr n. med. – praca doktorska pt. Wpływ neuraminidazy na rozwój eksperymentalnego guza Morrisa u szczurów rasy Buffalo – obrona

23 marca 2005 r., dr hab. n. med. – rozprawa habilitacyjna „Ocena wybranych parametrów świadczeń zdrowotnych i systemu sprawozdawczości w ochronie zdrowia w zakresie analizy trendów epidemiologicznych i potrzeb zdrowotnych oraz ich wpływ na wybrane elementy polityki zdrowotnej w oparciu o dane województwa dolnośląskiego.” – 13 marca 2012 r.

Specjalizacje: I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych 1997, Lekarz rodzinny specjalista w zakresie medycyny rodzinnej 1999 r., Specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego 2004 r.

Specjalista w zakresie epidemiologii 04.2009, Specjalista z zakresu balneologii i medycyny fizykalnej 11.2011 r. Od początku związany z medycyną rodzinną, obecnie Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Zainteresowania zawodowe: medycyna rodzinna i opieka długoterminowa, zdrowie publiczne i epidemiologia.

Prawidłowe praktyki w farmakologicznym leczeniu bólu

dr n. med. Jarosław Woroń – Collegium Medicum UJ Wydział Lekarski, Szpital Uniwersytecki w Krakowie. Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii oraz Klinika Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej.

Farmakologiczne leczenie bólu powinno być oparte o indywidualizację terapii, która przy aktualnej dostępności do analgetyków jest możliwa do zastosowania przez każdego lekarza. W zakresie patomechanizmu powstawania bólu, jego lokalizacji oraz natężenia powinniśmy dokonywać skutecznych wyborów, które spowodują u pacjenta znaczącą ulgę w bólu. Zrozumienie mechanizmów powstawania bólu pozwala dzisiaj na stosowanie racjonalnego kojarzenia leków przeciwbólowych, które powodują zwiększenie skuteczności leczenia przyczyniając się jednocześnie do redukcji ryzyka występowania niepożądanych działań.

W polskiej rzeczywistości leczenia bólu spotykamy się ze stosowaniem leków nieopiodowych (paracetamol, metamizol, niesteroidowe leki przeciwzapalne – NLPZ) w bólu o natężeniu, który wyklucza ich skuteczność. Leki te są skuteczne wyłącznie w bólu receptorowym, kiedy jego natężenie w skali numerycznej (NRS) nie przekracza wartości 4 (0= brak bólu, 10= najgorszy ból, jaki może sobie wyobrazić pacjent). Konsekwencją takiego postępowania jest brak efektywnego działania przeciwbólowego przy pojawiających się równocześnie działaniach niepożądanych (układ sercowo-naczyniowy, przewód pokarmowy, nerki), które mogą prowadzić także do zgonu pacjenta. Jeżeli wartość bólu w skali NRS przekracza wartość 4, pacjent musi rozpocząć przyjmowanie analgetyków opiodowych. I tutaj rozpoczyna się problem, ponieważ większość lekarzy boi się uzależnienia oraz objawów niepożądanych indukowanych przez analgetyki opiodowe. Obawy te są nieuzasadnione gdyż analgetyki opiodowe są bardzo bezpieczną grupą leków pod warunkiem, że ich wybór jest dostosowany do pacjenta, dawka adekwatna do natężenia bólu jest ustalona w drodze tzw. miareczkowania oraz prowadzi się aktywną profilaktykę działań niepożądanych, które mogą być indukowane przez te leki np. leki przeciwwymiotne, leki ułatwiające wypróżnienie. U pacjenta, u którego ból nie jest opanowywany skutecznie może dochodzić do niekorzystnych zmian zarówno w obwodowym jak i ośrodkowym układzie nerwowym, które w konsekwencji doprowadzają do chronifikacji bólu. U pacjentów, u których ból towarzyszy chorobie nowotworowej należy pamiętać także o wpływie wyniszczenia, które jest związane z chorobą oraz metodach leczenia- chemio i radioterapia, które także mogą powodować występowanie bólu. Nie wolno zapominać także, że w poczuciu pacjentów stosowanie analgetyków opiodowych np. morfiny, jest przynależne terminalnej fazie choroby nowotworowej, co jest nieprawdą, a morfina i inne opioidy są także stosowane w leczeniu bólu, który nie jest związany z chorobą nowotworową.

Nie bez znaczenia jest także obawa przed objawami niepożądanymi opiodów. Jednym z takich właśnie problemów jest indukowane przez opioidy zaburzenie funkcji przewodu pokarmowego, utożsamiane przez pacjentów i co gorsze niektórych lekarzy z zaparciem. Oczywiście najczęstszym objawem oprócz nudności i wymiotów są zaburzenia defekacji spowodowane działaniem opiodów na receptory zlokalizowane w przewodzie pokarmowym. Aktualnie te działania niepożądane mogą być redukowane, a nawet całkowicie znoszone przez stosowanie połączeń opiodów z naloksonem.

W Polsce dostępny i refundowany u pacjentów z chorobą nowotworową jest lek będący połączeniem oksykodonu i naloksonu, który skutecznie redukuje objawy niepożądane działania analgetyków opioidowych w stosunku do przewodu pokarmowego. Dodatkowym działaniem tego leku jest poprawa skuteczności analgezji, a także poprawa, jakości życia pacjentów z bólem. Warto pamiętać, że aby leczenie bólu było skuteczne zawsze lek musi być dobierany dla pacjenta, a nie pacjent dla leku.



dr n. med. Jarosław Woroń

Specjalista farmakologii, farmakolog kliniczny, adiunkt w Zakładzie Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii UJ CM w Krakowie, specjalista z zakresu bezpieczeństwa farmakoterapii w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, starszy asystent w Klinice Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej oraz w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Nr 1 Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Zajmuje się problemem bezpieczeństwa farmakoterapii, polekowymi działaniami niepożądanymi, farmakoterapią bólu oraz antybiotykoterapią, a także problemem interakcji leków w praktyce klinicznej. W szczególnym kręgu zainteresowań znajdują się leki przeciwbólowe oraz leki wpływające na funkcje ośrodkowego układu nerwowego. Studia w Akademii Medycznej im. Mikołaja Kopernika w Krakowie. Jest autorem i współautorem ponad 200 prac i doniesień zjazdowych z zakresu farmakologii klinicznej, farmakoterapii, działań niepożądanych leków, medycyny bólu, psychofarmakologii, a także interakcji leków. Jest autorem i współautorem 11 książek oraz 4 podręczników akademickich z zakresu farmakologii i farmakoterapii.

Współwłaściciel firmy o profilu naukowo-badawczym w zakresie farmakologii klinicznej Pharma Consult Dr Jarosław Woroń i Wspólnicy Sp. z o.o.

Prawo każdego pacjenta do ulgi w bólu – czy rzeczywiście istnieje?**prof. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska – Fundacja Ekspertów dla Zdrowia**

Łagodzenie wszelkich cierpień jest podstawowym warunkiem poszanowania godności ludzkiej. Pozbawienie człowieka właściwego postępowania przeciwbólowego jest traktowaniem nieludzkim. Zgodnie ze stanowiskiem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka Rady Europy traktowanie powodujące poważne cierpienia fizyczne i psychiczne, mieści się w kategorii nieludzkiego traktowania, natomiast brak stosowania odpowiedniego leczenia przeciwbólowego, które jest konieczne ze względu na proces chorobowy, 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.

Godność jest dobrem osobistym chronionym przez prawo cywilne w art. 23 kodeksu cywilnego. Walka z bólem jest również etycznym obowiązkiem lekarza, w szczególności poprzez łagodzenie do końca cierpienia chorych w stanach terminalnych (art. 29 Kodeks Etyki Lekarskiej).

W Polsce istnieje niekwestionowany obowiązek władzy publicznej zapewnienia osobom chorym i cierpiącym realnego i równego dostępu niezależnie od ich sytuacji materialnej do działań medycznych, leków, wyrobów medycznych poprzez przyjęcie odpowiednich uregulowań prawnych (art. 68 ust.2 Konstytucji RP). Zobowiązania władzy publicznej znalazły odzwierciedlenie w ustawach zwykłych i aktach wykonawczych, kreujących obowiązujące standardy postępowania medycznego w sytuacji pacjenta dotkniętego bólem.

Zgodnie z art. 6 ust.1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta każdy pacjent ma prawo do stosowania metod, które odpowiadają aktualnie dostępnej wiedzy medycznej również w zakresie podejmowania działań uśmierzających ból. Przepis ten jednocześnie wyłącza możliwość stosowania metod zdezaktualizowanych, niezgodnych z wiedzą medyczną, czyli negatywnie ocenionych na gruncie nauk medycznych. W sposób szczególny ustawodawca podkreśla, iż pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień (art. 20 ust. 2 zdanie drugie u.p.p.). Taki stan prawny w świetle ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie oznacza, iż prawo do działań uśmierzających ból zostały ograniczone tylko to pacjentów w stanie terminalnym. W świetle przywołanej ustawy każdy pacjent ma prawo do działań przeciwbólowych, a w przypadku opieki terminalnej dopuszcza się dodatkowe uregulowania prawne związane ze szczególnym okresem w życiu człowieka. Potwierdzają to również inne przepisy prawa.

Gwarancją systemową realizacji prawa każdego pacjenta do działań przeciwbólowych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną jest zobowiązanie podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów leczenia bólu niezależnie od jego przyczyny. Ma to pacjentowi zagwarantować prawo do leczenia bólu w trzech obszarach: bólu operacyjnego, bólu towarzyszącego diagnostyce oraz leczenia bólu. W tym celu podmiot leczniczy tworzy oddziały lub komórki organizacyjne leczenia bólu, jakimi są poradnie leczenia bólu. (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U.Poz. 15, 2013 r.) wydane na podstawie

art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

Nie każdy jednak podmiot leczniczy musi przewidywać w swojej strukturze organizacyjnej tworzenie systemu opieki przeciwbólowej w ramach anestezji. Wówczas ustawodawca przewiduje dodatkowe regulacje w ramach szpitalnych świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Pacjent uprawniony do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z chwilą przyjęcia do szpitala lub innego podmiotu leczniczego wykonującego działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do tych świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, ma prawo do bezpłatnych leków i wyrobów medycznych, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Co oznacza, iż w trakcie trwania hospitalizacji do dnia wypisu włącznie, szpital jest zobowiązany uposażać pacjenta w niezbędne leki i wyroby medyczne, również w zakresie działania przeciwbólowego? Zakres realizacji tego prawa musi uwzględniać postanowienia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, jakie są zawierane pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami (art.35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Prawo pacjenta do gwarantowanego szpitalnego działania przeciwbólowego w systemie publicznym musi być realizowane zgodnie z opracowaną i wdrożoną procedurą leczenia bólu i oceny skuteczności tego leczenia (zgodnie z § 5a. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz.U. 2013.1520).

Ustawodawca dodatkowe gwarancje przewiduje w systemie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wobec pacjentów objętych opieką paliatywną lub hospicyjną.

Zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Poz. 1347): „Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę, jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych”. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują m.in: leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia – drabina analgetyczna (§ 5 rozporządzenia). Natomiast porada w poradni medycyny paliatywnej lub w domu świadczeniobiorcy jest to świadczenie obejmujące m.in. ordynację leków, w tym leków przeciwbólowych (§ 7 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia).

Ponadto warto również podkreślić, iż wykonywanie każdej interwencji medycznej powinno przebiegać sprawnie, bez zbędnego wydłużenia w czasie oraz w miarę możliwości jak najmniej boleśnie. Naruszeniem godności człowieka jest również zadawanie nadmiernego i zbędnego bólu przez niestaranne, niedbałe wykonywanie czynności diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych czy rehabilitacyjnych.

Podmiotem, który stoi na straży przestrzegania prawa pacjenta i do którego należy zwrócić się w swojej sprawie jest Rzecznik Praw Pacjenta.

Natomiast zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poszkodowany pacjent w razie zawinionego naruszenia jego prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej albo przedstawiciel ustawowy w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności mogą wystąpić do sądu o przyznanie odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Artykuł 4 u.p.p. nie zastępuje ani nie wyklucza ogólnych instytucji prawa cywilnego służących do ochrony dóbr osobistych człowieka, w tym roszczeń niemajątkowych z art. 24 k.c. Pokrzywdzony może, zatem skutecznie dochodzić roszczeń z tytułu naruszenia jego dóbr osobistych, odwołując się zarówno do instrumentów kodeksowych, jak i pozakodeksowych. Należy tu podkreślić, iż art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi *lex specialis* wobec art. 448 kodeksu cywilnego. Możliwość uzyskania zadośćuczynienia pieniężnego na podstawie art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta została ograniczona jedynie do zawinionego naruszenia prawa pacjenta. Wydaje się, że takiego ograniczenia nie zawiera dyspozycja art. 448 kodeksu cywilnego, co daje podstawę do przyjęcia, że w niektórych przypadkach wystarczającą przesłanką odpowiedzialności może okazać się bezprawność.

Ponadto, od prawomocnego orzeczenia sądowego wydanego w drugiej instancji przysługuje polskiemu obywatelowi prawo zwrócenia się do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka Rady Europy.

**prof. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska**

Dwukrotna absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego, w 1994 roku ukończyła kierunek administracja, praca magisterska: *Prawa pacjenta*, napisana w Katedrze Prawa Pracy. W 1998 roku kierunek prawo, praca magisterska: *Europejska Konwencja Bioetyczna*, napisana w Katedrze Międzynarodowego Prawa Publicznego. W grudniu w 2000 r. uzyskała tytuł doktora nauk prawnych po obronie rozprawy: *Prawa pacjenta w prawie administracyjnym i polityce społecznej*, w 2014 r. uzyskała stopień naukowy doktora habilitowanego nauk prawnych, na podstawie rozprawy: *Zawody medyczne*. Zainteresowania naukowe i badawcze koncentrują się w szczególności w obszarach: prawa medycznego, prawa pracy, prawa ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych. Autorka monografii; komentarzy, artykułów naukowych; analiz prawnych oraz artykułów prasowych w ramach społecznych kampanii oraz współautorka rekomendacji w zakresie prawa medycznego. Działalność naukowa i edukacyjna ściśle związana z działalnością w organizacjach pozarządowych na rzecz ochrony praw człowieka w sektorze opieki zdrowotnej. Współpracuje m.in. od 2005 r. z Fundacją Rodzić po Ludzku, od 2006 r. z Fundacją Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, od 2010 r. jest honorowym patronem: Stowarzyszenia Polskie Amazonki - Ruch Społeczny. Od 2008 r. do chwili obecnej jest kierownikiem Podyplomowego Studium Prawa Ubezpieczeń Zdrowotnych, Prawa Medycznego i Praw Pacjenta, prowadzonego w ramach Katedry Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego. Założycielka i Prezes Fundacji Ius Medicinae. Do 31 grudnia 2014 r. Wiceprzewodnicząca Mazowieckiej Komisji Orzekającej o Zdarzeniach Medycznych. Obecnie doradca Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i Wiceprezes Fundacji Eksperti dla Zdrowia.

Eksperci medyczni prowadzący dyżury on-line:



dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

Miejsce pracy: Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, na stanowisku adiunkta. **Publikacje:** 75 artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych krajowych i zagranicznych, 100 wygłoszonych wykładów i prezentacji podczas konferencji naukowych krajowych i zagranicznych. Współautor podręcznika "Medycyna bólu" opublikowanego w 2011 r., "Kompendium leczenia bólu" rok 2012, a także polskich zaleceń „Farmakologiczne leczenie bólu neuropatycznego” w 2014 r. **Towarzystwa naukowe:** Sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Członek międzynarodowego zespołu ekspertów „Change Pain”, Członek Zarządu Fundacji Medycyny Bólu, Członek Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, **Doświadczenie zawodowe:** 1994 – uzyskanie tytułu lekarza medycyny, 2000 – specjalizacja II stopnia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, 2009 - ukończone studia podyplomowe „Medycyna Bólu”, 2012 – uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych, od 2001 praca w wielodyscyplinarnej poradni leczenia bólu. Współpraca z Instytutem Farmakologii Polskiej Akademii Nauk w Krakowie – prowadzenie badań eksperymentalnych. Udział w 10 badaniach klinicznych jako główny badacz i współbadacz. Prowadzenie dydaktyki przed- i podyplomowej w zakresie medycyny bólu, anestezjologii i intensywnej terapii w Collegium Medicum UJ w Krakowie. Wykładowca Medycznego Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ CM w Krakowie. Wykładowca na kursach Komitetu Europejskiej Edukacji w Anestezjologii CEEA. Specjalne zainteresowania - ból neuropatyczny; ból funkcjonalny, badania eksperymentalne dot. mechanizmów i leczenia bólu.



dr n. med. Michał Graczyk

Absolwent Akademii Medycznej w Bydgoszczy, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej. Od 2004 roku związany z Katedrą i Zakładem Opieki Paliatywnej CM UMK oraz Hospicjum im. bł. ks. J. Popiełuszki w Bydgoszczy. Główne obszary zainteresowań to postrzeganie opioidów, opioidofobia, ból w przewlekłej chorobie nerek, szpiczak plazmocytowy.



Koalicja na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem” to inicjatywa Fundacji „Wygrajmy Zdrowie”, która skupia różne organizacje pacjenckie oraz towarzystwa naukowe w celu propagowania tematu leczenia bólu zarówno wśród pacjentów, mediów oraz lekarzy. Bronimy interesów pacjentów cierpiących z powodu bólu przewlekłego, ostrego i przebijającego poprzez kontakty z administracją państwową, Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia, Agencją Oceny Technologii Medycznej oraz Rzecznikiem Praw Pacjentów. Naszym celem jest także obalenie tabu związanego z leczeniem opioidami oraz realna pomoc osobom cierpiącym. Wspólne zaangażowanie i wsparcie Koalicji ma szansę wpłynąć na poprawę sytuacji w tym zakresie.



Adres do korespondencji:

Fundacja Wygrajmy Zdrowie im. prof. Grzegorza Madeja
ul. Piękna 28/34 lok. 53
00-547 Warszawa
tel./fax 22 658 23 61
www.wygrajmyzbolem.pl

Fundacja Ekspertów dla Zdrowia jest niezależną organizacją typu think-tank. To społeczna inicjatywa autorytetów w obszarze prawa, polityki społecznej, zdrowia publicznego, ekonomiki zdrowia oraz zarządzania na rzecz zmian w systemie ochrony zdrowia. Skupia wybitnych ekspertów z różnych ośrodków naukowych działających na rzecz praktyki.



Fundatorem i Prezesem jest Marzena Domańska-Sadynica – ekonomista, ekspert zarządzania, marketingu, public relations oraz promocji zdrowia. Inicjatorka i realizatorka wielu projektów systemowych w obszarze ochrony zdrowia.



Wiceprezesem oraz Członkiem Zarządu Fundacji jest prof. dr hab. n. praw. Dorota Karkowska - ekspert prawa medycznego. Ściśle związana z działalnością na rzecz ochrony praw człowieka w sektorze opieki zdrowotnej.

Fundacja Ekspertów dla Zdrowia

Więcej informacji nr tel.: 502 709 282
mail: marzena.domanska@ekspertdlaздrowia