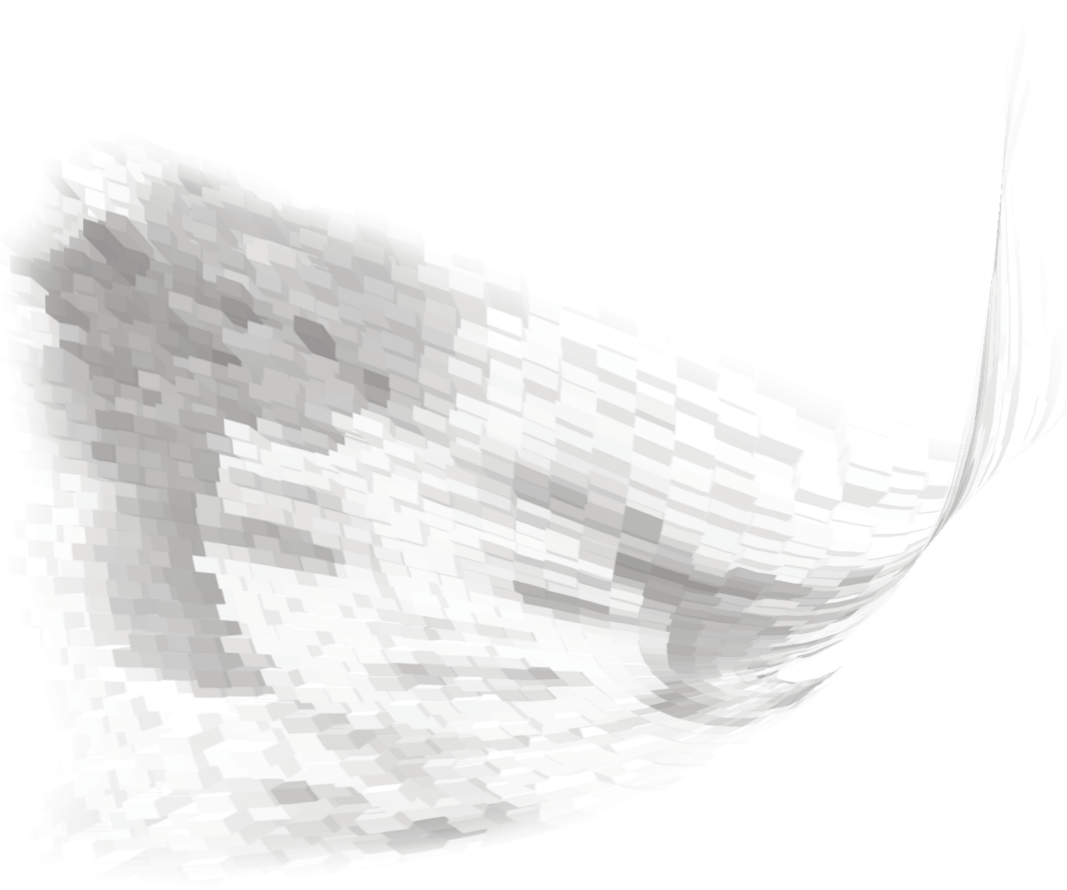




OŚWIADCZENIE

na rzecz zmian w organizacji opieki
nad pacjentami cierpiącymi z powodu

BÓLU NOWOTWOROWEGO



Warszawa, 2013 r.

Koalicja na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem” powołała Grupę Ekspertów w celu wspólnej pracy na rzecz poprawy jakości opieki nad pacjentem cierpiącym z powodu bólu nowotworowego. Efektem prac Grupy jest niniejsze Oświadczenie, opisujące aktualną sytuację opieki przeciwbólowej w Polsce i proponujące konkretne rozwiązania.

Prace Grupy Ekspertów prowadzone są w duchu zapisu „Karty Praw Pacjenta”¹ stanowiącej, iż każdy obywatel Polski ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej.

Szymon Chrostowski

Prezes Koalicji na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem”

AUTORZY OPRACOWANIA

Nadzór redakcyjny:

dr med. Aleksandra Ciałkowska – Rysz

Konsultant Krajowy w dziedzinie Medycyny Paliatywnej

Współpraca:

dr med. Tomasz Dzierżanowski

Pracownia Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
sekretarz czasopisma *Medycyna Paliatywna*

prof. dr hab. med. Jacek Rafał Imiela

Konsultant Krajowy w dziedzinie Chorób Wewnętrznych

prof. dr hab. med. Krystyna de Walden – Gałuszko

Prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego

dr med. Aleksandra Kotlińska – Lemieszek

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

prof. dr hab. med. Tadeusz Pieńkowski

Kierownik Kliniki Onkologii i Chirurgii Europejskiego Centrum Zdrowia w Otwocku

dr med. Maryna Rubach

Kierownik Oddziału Chemioterapii Diennej w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie,
Przedstawiciel Europejskiego Towarzystwa Medycyny Onkologicznej ESMO

prof. dr hab. med. Adam Windak

Konsultant Krajowy w dziedzinie Medycyny Rodzinnej

Szymon Chrostowski

Prezes Koalicji na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem”

Prawo do godnego życia bez bólu jest elementem podstawowych praw człowieka i zarazem obowiązkiem państwa, które powinno zapewnić odpowiednie warunki osobom cierpiącym². Brak dostępu do leczenia bólu dla pacjentów, którzy tego potrzebują, może stanowić okrutne, nieludzkie i poniżające traktowanie. W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy, obserwuje się stały rozwój opieki paliatywnej, nadal jednak istnieje szereg barier, szczególnie administracyjnych i ekonomicznych, utrudniających dostęp do zgodnego z aktualną najlepszą wiedzą i praktyką medyczną postępowania w leczeniu bólu, z zastosowaniem obowiązujących wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia i towarzystw międzynarodowych opieki paliatywnej. Najważniejsze z nich zostaną przedstawione w poniższym Oświadczeniu.³

Epidemiologia

W Polsce na nowotwory złośliwe umiera w ciągu roku ponad 90 000 chorych. Ból może pojawiać się na każdym etapie choroby nowotworowej i występuje średnio u 50% chorych, a w zaawansowanym stadium choroby – u ponad 60% chorych⁴. Ocenia się, że w Polsce żyje około 200 000 osób wymagających leczenia z powodu bólów nowotworowych.⁵ Nie wszyscy jednak otrzymują adekwatną pomoc.

Ból jest czynnikiem istotnie obniżającym jakość życia chorych. W sytuacji, gdy nie jest prawidłowo leczony, utrudnia, a wręcz uniemożliwia przystosowanie się do sytuacji choroby i proces leczenia przyczynowego powoduje niepotrzebne cierpienie chorych i ich rodzin. Należy zatem uznać, że jest to problem społeczny zarówno z uwagi na jego aspekt ilościowy, jak i jakościowy. Występujący przewlekłe może być przyczyną zaburzeń nastroju, powodując lęk, utrzymujące się napięcie, rozdrażnienie, przygnębienie. Mogą one osiągnąć wymiar psychopatologii i prowadzić do depresji.

Leczenie bólu nowotworowego

Podstawową metodą leczenia bólu u chorych na nowotwór jest farmakoterapia. Szacuje się, że około 90% chorych z bólami nowotworowymi może być skutecznie leczonych farmakologicznie. Światowym standardem takiego leczenia jest drabina analgetyczna Światowej Organizacji Zdrowia („drabina WHO”), zgodnie z którą stosuje się regularnie słabsze lub silne leki przeciwbólowe w zależności od natężenia.⁶ Wiodącą rolę w terapii bólu (zarówno nowotworowego jak i nienowotworowego) o średnim i dużym stopniu natężenia odgrywają analgetyki opioidowe. Spośród wszystkich znanych środków farmakologicznych, leki te wywierają najsilniejszy efekt przeciwbólowy i są niezastąpione w leczeniu zarówno silnych bólów ostrych, jak i przewlekłych, niezależnie od etiologii. Około 90% chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową wymaga zastosowania leków opioidowych, w tym najsilniejszych leków III szczebla „drabiny WHO”. Wraz z wydłużeniem długości życia wzrasta populacja osób

z chorobami przewlekłymi, w przebiegu których rozwija się ból, wymagający regularnego długotrwałego leczenia opioidami. Jednocześnie ich użycie jest ściśle regulowane w związku z kontrolą dostępności środków odurzających, powstałą w celu zapobiegania nadużywaniu substancji mogących powodować uzależnienie. Zdaniem ekspertów, nie kładzie się jednak równie silnego nacisku na zapewnienie pełnego dostępu do substancji opioidowych do celów medycznych, co w odniesieniu do naszego kraju dotyczy szczególnie pacjentów z bólem przewlekłym nienowotworowym. Światowa Organizacja Zdrowia alarmuje, że korzyści zdrowotne, jakie mogą przynieść preparaty zawierające substancje kontrolowane, pozostają dla większości ludzi na świecie niedostępne,⁷ a poziom konsumpcji opioidowych leków przeciwbólowych nie pokrywa się z potrzebami ochrony zdrowia, także w Polsce.

Istnieje szereg barier, utrudniających właściwe leczenie bólu u pacjentów z chorobą nowotworową.

Bariery administracyjne

Stosowanie leków opioidowych wiąże się z prawnymi uregulowaniami utrudniającymi dostęp do nich potrzebującym pacjentom. W Polsce są one przepisywane na specjalnym formularzu recepty, oznaczonym symbolem Rpw. Lekarze zwracają uwagę, iż wymogi dotyczące sposobu przepisania leku opioidowego są nadmierne i nazbyt asekuracyjne. Zabiera to czas wizyty lekarskiej, gdyż wymaga wpisania wielu elementów niestosowanych w przypadku innych leków. Paradoksalnie, obowiązujący system nastawiony jest bardziej na dbanie o dobro osób, które w sposób nielegalny mogłyby wejść w posiadanie takich leków i ucierpieć w wyniku ich niemedycznego użycia, niż chorych dla których zastosowanie takiego leku jest jedyną metodą złagodzenia cierpienia.

Należy podkreślić, iż aktualnie obowiązujący system kontroli stosowania leków opioidowych jest wadliwy, gdyż utrudnia dostęp do skutecznego leczenia bólu i komplikuje pracę lekarzy. Nadmierne ograniczenia regulacyjne mogą być rezultatem braku wiedzy po stronie prawodawcy w zakresie kwestii związanych z substancjami kontrolowanymi i ich korzyściami terapeutycznymi.

Zgodnie z rekomendacjami WHO przepis, który stanowi barierę dla dostępności i osiągalności leków przeciwbólowych a nie wpływa na zapobieganie ich nielegalnemu obrotowi bądź uzależnieniom, nie przyczynia się do ochrony zdrowia publicznego ani dobrobytu, powinien zostać wyeliminowany lub zmieniony⁸.

Bariery finansowe

Barierą w dostępie do leków przeciwbólowych jest także rozróżnienie na pacjentów leczonych w ośrodkach onkologicznych i pacjentów będących pod opieką specjalistów medycyny paliatywnej. Aktualnie ilość nakładów finansowych przeznaczanych na opiekę nad pacjentem w zaawansowanym okresie choroby, który pozostaje już tylko pod opieką lekarza medycyny paliatywnej, jest nieporównywalnie niska w stosunku do nakładów finansowych przewidzianych na terapię pacjentów we wcześniejszych stadiach choroby. Podobnie, hospitalizacja w oddziale onkologicznym czy internistycznym jest wyżej wyceniana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, niż pobyt w oddziale medycyny paliatywnej. Sytuacja ta jednoznacznie stygmatyzuje, a nawet dyskryminuje chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową, u których występują bóle o większym nasileniu, mniej podatne na leczenie, a przy tym szereg innych, trudnych do kontroli objawów. Takie rozróżnienie jest wyjątkowo niekorzystne dla pacjentów, gdyż oddziela leczenie przeciwnowotworowe od kontroli objawów. Odmienne traktowanie pacjentów będących w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej stoi w sprzeczności z międzynarodową zasadą, iż korzystanie z najwyższego, osiągalnego stanu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej⁹.

W Polsce zarejestrowane i dopuszczone do obrotu są różne leki opioidowe jednakże sam fakt rejestracji nie przekłada się na poziom ich zużycia, który w rzeczywistości jest jednym z najniższych w Europie.

Częściowo przyczyn tego stanu należy szukać w tym, iż nie wszystkie leki są refundowane, a refundacja dodatkowo jest uzależniona od podstawowej jednostki chorobowej. Bariera finansowa ogranicza dostęp do leczenia przeciwbólowego np. pacjentom skrajnie cierpiącym z przyczyn neurologicznych. Podczas, gdy chorzy u których rozpoznano nowotwór korzystają z refundacji tego leczenia w warunkach domowych. Zatem nie wszyscy pacjenci w Polsce mają równy i pełny dostęp do wszystkich możliwości leczenia bólu. Jest to działanie naganne i niemoralne, stąd powinno być zmienione.

W przypadku medycyny paliatywnej, stawki finansowe przeznaczone na stacjonarną opiekę nad pacjentami hospicyjnymi są tak niskie. Pozwalają jedynie na zastosowanie podstawowych, „starych”, a zatem najtańszych leków, uniemożliwiając dostęp do leków będących rezultatem postępu medycyny, jaki dokonał się w ostatnich latach w obszarze rozumienia i leczenia bólu. Tak długo, jak chory pozostaje w opiece domowej, może realizować recepty na nowsze leki. W momencie przewiezienia go do hospicjum stacjonarnego zwykle skazany jest na najstarsze i najtańsze leki, które u części chorych mogą powodować uciążliwe działania niepożądane. Nie zapewniając skutecznego leczenia bólu pomimo, że wskazane byłoby zapewnienie pełnego dostępu do wszystkich środków przeciwbólowych, które charakteryzują się zróżnicowanymi właściwościami i skutecznością.

Bariery światopoglądowe w leczeniu bólu

Należy zwrócić także uwagę na zbyt późną zgłaszalność pacjentów do specjalistów medycyny paliatywnej oraz brak jednolitych standardów leczenia bólu przestrzeganych przez lekarzy wszystkich specjalności.

Jedną z przyczyn tej sytuacji jest funkcjonujące w społeczeństwie przekonanie, że pod opieką lekarza medycyny paliatywnej jedynie się „odchodzi”. Stereotyp, iż medycyna paliatywna to opieka nad samotnymi umierającymi, a nie specjalistyczne leczenie objawów choroby, powoduje odsuwanie decyzji pacjentów o zgłaszaniu się do specjalisty. Jednocześnie sami pacjenci leczący się już w poradniach medycyny paliatywnej przyznają, że trafili tam zbyt późno.

Istotną przeszkodą w leczeniu pacjentów z bólami nowotworowymi, jest także obawa lekarzy nie będących specjalistami w zakresie medycyny paliatywnej lub leczenia bólu przed stosowaniem silnych środków przeciwbólowych. W powszechnym użyciu, zarówno w prawie jak i programie kształcenia medycznego, pozostaje zwrot „lek narkotyczny”, posiadający tylko negatywne konotacje i będący terminem niemerycznym. Dlatego też podsycana przez środowisko medyczne swoista opioidofobia jest również obserwowana wśród pacjentów, objawiając się lękiem przed uzależnieniem i skróceniem życia oraz stygmatem umierania (pacjenci często sądzą, że tak silne leki otrzymuje się już tylko w okresie umierania).

Społeczny wymiar tego zjawiska można także zaobserwować w dysproporcjach w ocenie społecznych korzyści i zagrożeń związanych ze stosowaniem leków opioidowych. Obawy przed ewentualnymi niepożądanymi skutkami użycia leków opioidowych, zarówno przez pacjentów, jak też inne osoby, które nielegalnie wejść w ich posiadanie, silnie kształtują postawy ustawodawców dotyczące upowszechnienia tego rodzaju leków, niż udokumentowane naukowo korzyści z zastosowania silnych leków w walce z bólem.

Problem stygmatyzacji pacjentów, jest dodatkową barierą w przyjmowaniu leków opioidowych, w tym także zakaz prowadzenia pojazdów po zażyciu substancji psychoaktywnych zapisany w prawie drogowym. Zakaz ten należałoby zmienić z uwagi na fakt, że osoby przyjmujące przeciwbólowe leki opioidowe i pozostające pod kontrolą lekarza po pomyślnym wyniku psychotestów mogłyby bezpiecznie kierować pojazdami. Takie rozwiązania funkcjonują z powodzeniem w innych krajach Unii Europejskiej. Jest to szczególnie istotny problem w odniesieniu do pacjentów z bólem przewlekłym nienowotworowym oraz w przypadkach pacjentów z mniej zaawansowaną chorobą nowotworową.

Bariery po stronie personelu lekarskiego

Obowiązkiem każdego lekarza jest leczenie bólu, w tym także za pomocą leków opioidowych. Należy także zwrócić uwagę, iż rozpoznawanie i leczenie farmakologiczne chorych z bólami nowotworowymi należy nie

tylko do zadań specjalistów medycyny paliatywnej, ale wszystkich lekarzy, niezależnie od specjalizacji, a w szczególności onkologów i lekarzy rodzinnych. Jednakże część lekarzy unika stosowania leków opioidowych i nie posiada zadowalającej wiedzy na temat towarzyszących im objawów niepożądanych. Brak dostatecznej wiedzy oraz strach przed uzależnieniem i obawa o spowodowanie depresji oddechowej, stanowią kluczowe przyczyny stojące za niechęcią pracowników służby zdrowia do przepisywania opioidów.

Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia rekomendują działania promujące powszechną wiedzę na temat korzyści terapeutycznych leków opioidowych oraz możliwości ich zastosowania¹⁰. Dokonując oceny leczenia bólu w chorobie nowotworowej, trzeba zwrócić uwagę na potrzebę regularnego monitorowania leczenia i właściwej komunikacji lekarz–pacjent–rodzina, jako warunków skutecznego postępowania przeciwbólowego.

Sposobem poprawy tej sytuacji byłoby także rozszerzenie edukacji na temat opieki paliatywnej dla lekarzy różnych specjalności oraz modyfikacja aktualnie realizowanych programów odbywanych w ramach specjalizacji. Działania edukacyjne powinny być kierowane do lekarzy medycyny rodzinnej, onkologów, internistów i lekarzy ratowników. W chwili obecnej lekarz rodzinny obowiązkowo odbywa kurs dwudniowy z zakresu onkologii i medycyny paliatywnej, co nie zapewnia mu niezbędnej wiedzy wymaganej do opieki nad pacjentami z bólem nowotworowym. Z tego względu można powiedzieć, że wprowadzenie

nie obligatoryjnych zajęć przyczyniłoby się do usprawnienia opieki przeciwbólowej w Polsce. Należy także zasygnalizować brak odrębnego przedmiotu „medycyna paliatywna” na niektórych uniwersytetach medycznych.

Nieadekwatne leczenie bólu nowotworowego wynika często z nieznamomości lub ignorowania aktualnych rekomendacji uznanych towarzystw naukowych, opartych na dowodach klinicznych i uwzględniających preferencje pacjenta. Istotą leczenia bólu u tych chorych jest odpowiednio wczesne zastosowanie leku opioidowego, stopniowe zwiększanie dawki do najmniejszej skutecznej, zastosowanie terapii lekiem podawanym w regularnych odstępach czasu w połączeniu z lekiem o krótkim czasie działania podawanym w razie zaostrzenia bólu. Wybór leku opioidowego zależy od sytuacji klinicznej, a w przypadku bólu trudnego do leczenia np. o komponentie neuropatycznym, należy dołączyć także leki wspomagające (jak na przykład leki przeciwgrawkowe).

Bariery w leczeniu bólu spowodowane objawami niepożądanymi

Warunkiem skutecznego prowadzenia terapii opioidami z zapewnieniem przestrzegania zaleceń przez pacjenta jest monitorowanie i leczenie działań niepożądanych. W tym zakresie również wskazujemy obszar do poprawy. Niektóre objawy uboczne powstają wskutek błędów terapeutycznego (np. zaburzenia oddychania) lub zaniechania działania zapobiegawczego (wymioty,

nudności, zaparcie stolca)¹¹. Wymaga to podejmowania odpowiednich decyzji terapeutycznych, nieograniczanych zewnętrznymi czynnikami takimi jak braki w refundacji, nadmierne obciążenie administracyjne czy presja czasu.

Większość działań niepożądanych opioidowych leków przeciwbólowych, takie jak zawroty głowy, senność, nudności i wymioty, ma nasilenie łagodne, przemijają one samoistnie w ciągu kilku dni od rozpoczęcia leczenia. Wyjątkiem są zaparcia poopioidowe, które nie ustępują wraz z czasem, lecz przeciwnie – ulegają nasileniu. Utrudnia to farmakoterapię bólu i może być istotnym powodem pogorszenia jakości życia tej grupy chorych. Dlatego objaw ten powinien być uważnie rozpoznawany i prawidłowo leczony¹². Działanie euforyzujące, jakie powszechnie przypisuje się morfinie i lekom jej podobnym, praktycznie nie występuje u chorych z bólem leczonych preparatami doustnymi i długodziałającymi.

Należy zdecydowanie podkreślić, że profilaktykę działań niepożądanych należy stosować od samego początku leczenia opioidami, na przykład wymienione powyżej leki przeczyszczające. Do nowych sposobów leczenia opioidami należy zaliczyć także preparaty złożone z opioidów z antagonistą opioidowym, dzięki którym skuteczność przeciwbólową łączy się z profilaktyką przeciwzaparciową i poprawą jakości życia.

Rola wsparcia psychologicznego w opiece nad pacjentem cierpiącym z powodu bólu

Ból jest procesem psychosomatycznym odbieranym indywidualnie przez człowieka i to tłumaczy dużą różnorodność jego przeżywania. Reakcje na bodziec bólowy są ściśle związane ze sferą uczuć. Ból ostry wywołuje zwykle silny lęk, ból przewlekły depresję. Zależność ta działa zwykle w obie strony: nie tylko bodziec bólowy wywołuje negatywne emocje, uczucia te wpływają także na percepcję bólu. Chory w dużym napięciu emocjonalnym, w lęku lub w depresji gorzej znosi ból, jego tolerancja dolegliwości znacznie się obniża co wyraża się między innymi większym zapotrzebowaniem na analgetyki. Dzieje się tak na przykład na oddziałach, w których opieka nad chorym sprowadza się wyłącznie do farmakoterapii, nie uwzględniając bardzo istotnego elementu tej opieki jakim jest wsparcie emocjonalne. Wsparcie to wyraża się między innymi w nawiązaniu dobrej komunikacji z chorym, wysłuchania jego skarg i okazania życzliwego zrozumienia dla jego potrzeb. Reakcje na ból zależą także od indywidualnej interpretacji doznawanego bólu. Człowiek gorzej znosi ból którego nie rozumie. Wyobrażenia podsuwa mu wówczas często straszne obrazy zmian, które dokonują się w jego ciele powodując doznania bólowe, a to naturalnie obniża dodatkowo jego zdolność znoszenia bólu i wywołuje silne emocje. W takich wypadkach bardzo wskazane jest rzeczowe, spokojne wyjaśnienie mechanizmu powstawa-

