



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Dziecka

Mikołaj Pawlak

Warszawa, 19 lipca 2022 roku

ZSS.422.22.2022.AG

Pan
Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

dużym problemem zarówno medycznym, jak i społecznym są zaburzenia odżywiania¹, które dotyczą nie tylko osób dorosłych, lecz także małych dzieci. Zaburzenia odżywiania obejmują zarówno otyłość, nadwagę, jak i różne rodzaje niedożywienia. Niedożywienie, co należy podkreślić, jest nagłaśniane znacznie słabiej niż otyłość².

Problemy związane z zaburzonym odżywianiem dziecka stają się stresem dla całej rodziny. W szczególności we wczesnym okresie życia dziecka odstępstwa od prawidłowego wzorca odżywiania lub od wyobrażeń opiekunów na ten temat mogą się stać przyczyną nadmiernego lęku i koncentracji na sferze odżywiania, co w niektórych przypadkach nasila problem bądź staje się jego źródłem. W okresie dzieciństwa i niemowlęctwa może mieć

¹ które zostały sklasyfikowane w ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób):

- Zaburzenia odżywiania (F50) – zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
- F50.1 Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa)
- F50.2 Jadłowstręt psychiczny atypowy
- F50.3 Żarłoczność psychiczna (bulimia nervosa)
- F50.4 Atypowa żarłoczność psychiczna
- F50.5 Przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi
- F50.6 Wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi
- F50.7 Inne zaburzenia odżywiania
- F50.8 Zaburzenia odżywiania się, nieokreślone²

Można je również podzielić na specyficzne i niespecyficzne:

Specyficzne:

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa,

Niespecyficzne

- Bigorexia (obsesja na punkcie umięśnionego ciała)
- Orthorexia nervosa (obsesja na punkcie jakości przyjmowanego pokarmu)
- Kompulsywne objadanie się (binge eating disorders) Zespół jedzenia nocnego (NES – night eating syndrome) -
- Otyłość

² Wystąpienie generalne RPD ws. *narastającej tendencji występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży* z 23.05/2022 r., ZSS.422.14.2022.AG



początek cała gama zaburzeń odżywiania o podłożu psychologicznym³. Zaburzenia w odżywianiu mogą prowadzić do wychudzenia i wyniszczenia organizmu, bądź do nadwagi i otyłości. Mogą być również przyczyną groźnych dla życia zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu (zmiany w narządach, zaburzenia elektrolitowe, zaburzenia nawodnienia organizmu)⁴.

Zgodnie z obowiązującymi obecnie klasyfikacjami europejskimi wyróżniamy następujące zaburzenia odżywiania: jadłowstręt psychiczny (anoreksja), jadłowstręt psychiczny atypowy, żarłoczność psychiczną (bulimia), żarłoczność psychiczną atypową, przejadanie się związane z czynnikami psychologicznymi oraz wymioty związane z czynnikami psychologicznymi. Amerykańska klasyfikacja chorób i zaburzeń wyróżnia dodatkowo inne zaburzenia odżywiania. Należą do nich: zaburzenie picia, przeżuwanie, zaburzenie polegające na ograniczaniu lub unikaniu przyjmowania pokarmów, zaburzenie z napadami objadania się (BED – *Binge Eating Disorder*), a także inne określone zaburzenie jedzenia i odżywiania oraz inne nieokreślone zaburzenie jedzenia i odżywiania się (EDNOS). Do ostatniej grupy należą takie przypadki zaburzeń odżywiania się, które nie spełniają wszystkich wytycznych dla każdej z powyższych chorób. Dotyczy to np. kryterium czasu trwania zaburzeń, częstości występowania objawów czy kryterium spadku masy ciała. Należy tu m.in. zaburzenie z przecyzyszczaniem się i nocne objadanie się. Jednak najczęściej dyskutowanymi i opisywanymi są jadłowstręt i żarłoczność psychiczna, a także BED⁵.

Anoreksja⁶ to zaburzenie o podłożu psychicznym, dotyczące przyjmowania pokarmów. Zwykle na anoreksję chorują dziewczęta w wieku dojrzewania. Nie jest to jednak regułą, gdyż zaburzenie to coraz częściej dotyka coraz mniejsze dzieci (również chłopców), a nawet niemowlęta. Anoreksja niemowlęca czy anoreksja występująca u małych dzieci nie jest tożsama z anoreksją, która występuje u starszych dzieci i młodzieży.

Z kolei bulimia⁷ to zaburzenie przyjmowania posiłków polegające na kompulsywnym jedzeniu w krótkim odcinku czasu, po którym następuje zachowanie kompensacyjne polegające na zwracaniu przyjętego pokarmu, bądź narzucenie sobie surowej diety

³ One są wśród nas, Dziecko z zaburzeniami odżywiania w szkole i przedszkolu, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010 r., s. 7

⁴ Tamże

⁵ Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania, Wiedza ekspercka, red. K. Kucharska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2017, s. 11.

⁶ *anorexia nervosa (AN)* jest zespołem chorobowym charakteryzującym się nieprawidłowymi zachowaniami żywieniowymi (jadłowstręt psychiczny)

⁷ *Bulimia nervosa*, definiowana jest w medycynie jako żarłoczność psychiczna oraz „wilczy głód”

graniczącej z głodówką. Osoby chore na bulimię przejawiają silny lęk przed przytyciem oraz są nadmiernie skoncentrowane na figurze, rozmiarach i masie ciała. Podobnie jak w anoreksji mają zaburzony obraz własnego ciała, czyli mimo że mają szczupłą sylwetkę, uważają siebie za osoby otyłe. Masa ciała w bulimii może mieścić się w granicach normy, chora/y może mieć nadwagę lub otyłość, może również dochodzić do wychudzenia. Charakterystyczne są duże fluktuacje masy ciała. U części nastolatków pojawiają się zaburzenia miesiączkowania⁸.

Podkreślić należy, że jak w każdej chorobie, również w przypadku zaburzeń odżywiania nie do przecenienia jest jak najwcześniejsze dostrzeżenie problemu oraz podjęcie odpowiednich oddziaływań terapeutycznych. Długotrwałe utrzymujące się nieprawidłowe zachowania żywieniowe są po wielu latach ich trwania bardzo trudne do zmiany, a terapia staje się mniej skuteczna.

W przypadku anoreksji i bulimii choroba staje się z biegiem lat ważną częścią tożsamości chorej osoby, a objawy organizują jej życie i stają się źródłem wielu ograniczeń. Tematy związane z odżywianiem i odchudzaniem mogą zdominować inne aspekty ich życia, np. sferę kontaktów społecznych – mogą m.in. poszukiwać kontaktów tylko z grupą chorujących na zaburzenia odżywiania (głównie przez portale internetowe, identyfikując się z nią).

Badania naukowe dotyczące skuteczności terapii w jadłowstręcie psychicznym wskazują, że najlepsze efekty terapii uzyskuje się w przypadku, gdy leczenie i terapię rozpoczęto w pierwszym roku trwania choroby (80% zdrowieje); gdy leczenie rozpoczęto po ponad roku trwania choroby - tylko 50% terapii kończy się powodzeniem. W pozostałych przypadkach anoreksja staje się chorobą przewlekłą. Podobnie w przypadku bulimii - lepsze rokowanie dotyczy osób, które wcześniej podjęły leczenie. Przy późno rozpoczętym leczeniu terapia okazuje się skuteczna tylko u 20 - 25% pacjentów⁹.

Leczenie zaburzeń odżywiania jest procesem długim i trudnym dla specjalistów. Z powodu braku jednoznacznych czynników ryzyka wywołujących chorobę, najczęściej niemożliwe jest podjęcie leczenia przyczynowego¹⁰. Proces leczenia wymaga współpracy wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów zarówno psychiatry, internisty, psychoterapeuty, wykwalifikowanego w leczeniu zaburzeń odżywiania dietetyka, jak i personelu

⁸ One są wśród nas, dz. cyt., s. 27

⁹ One są wśród nas, dz. cyt., s. 8

¹⁰ Bator E., Biernat J., Bronkowska M., Ślepecki D., Anoreksja – Przyczyny, Przebieg, Leczenie W: Nowiny Lekarskie: organy Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego. (R) 80, nr 3 (2011), s. 184-191.

pielęgniarskiego oraz fizjoterapeuty. Przy współwystępowaniu zaburzeń hormonalnych, kardiologicznych czy też metabolicznych niezbędne może okazać się włączenie do zespołu terapeutycznego innych specjalistów. Najważniejszą częścią procesu leczenia anoreksji jest - bez wątpienia - terapia żywieniowa. Ma ona na celu normalizację masy ciała i poprawę stanu odżywienia, a jej planowanie powinna poprzedzać ocena sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz zapotrzebowania na energię i podstawowe składniki pokarmowe. Ścisła współpraca dietetyka i lekarza dotyczy zaplanowania indywidualnie dobranej diety złożonej z odpowiedniej ilości wody, elektrolitów, pierwiastków śladowych, białka, węglowodanów, tłuszczów oraz wyboru drogi dostarczania pożywienia (żywienie fizjologiczne, dojelitowe lub pozajelitowe)¹¹.

Jak podkreślają eksperci¹² jadłowstręt psychiczny to zaburzenie, które w przypadku braku leczenia lub niekorzystnego przebiegu może doprowadzić do zgonu chorego. Istnieje grupa pacjentów, u których objawy jadłowstrętu psychicznego spełniają kryteria zaburzeń myślenia i spostrzegania odpowiadające pojęciu choroby psychicznej w rozumieniu art. 23 i 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a stan fizyczny i uporczywe kontynuowanie zagrażających zachowań stwarzają zagrożenie życia. Objawy spełniające kryteria zaburzeń myślenia i spostrzegania odpowiadające pojęciu choroby psychicznej najczęściej dotyczą oceny rzeczywistości (związków przyczynowo-skutkowych, oceny własnego stanu zdrowia, postrzegania swojego ciała). Przekonania te występują w kontekście chorobowym i są ewidentnie fałszywe (jak przekonanie o własnej tuszy u osoby skrajnie wyniszczonej), lecz odczuwane jako oczywiste. Nie podlegają refleksji ani też korekcji w przebiegu dyskusji, nawet wobec ewidentnych dowodów skrajnie złego stanu fizycznego w badaniach dodatkowych. Charakter i nasilenie objawów odpowiadają wówczas zaburzeniom treści myślenia i spostrzegania w postaci psychotycznej. Istnieje zatem grupa pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, w których przypadku choroba może być uznana za chorobę

¹¹ Lewitt A., Brzęczek K., Krupienicz A.: Interwencja żywieniowa w leczeniu anoreksji – wskazówki dietetyczne. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2008, t. 4, nr 3, s. 128.

¹² Zespół ekspertów powołanych przez konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży dr hab. n. med. Barbarę Rembek. W posiedzeniu wzięli udział: prof. dr hab. n. med. Agnieszka Gmitrowicz, prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik, prof. dr hab. n. med. Irena Namysłowska, prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk, prof. dr hab. n. med. Andrzej Rajewski, dr hab. n. med. Agnieszka Słopień, dr hab. n. med. Piotr Gorczyca, dr hab. n. med. Anita Bryńska, dr n. med. Izabela Łucka oraz dr Ireneusz Jelonek. Posiedzenie ekspertów odbyło się 1 grudnia 2017 roku w Katowicach.

psychiczną w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i można stwierdzić spełnienie przesłanek art. 23 lub 29 tejże ustawy¹³.

Podkreślić należy, że zaburzenia odżywiania, zwłaszcza anoreksja, mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie życia, zaś nasilenie objawów psychopatologicznych osiąga poziom choroby psychicznej. Obecny system prawny w niektórych sytuacjach umożliwia prowadzenie leczenia psychiatrycznego bez zgody osoby chorej. Tym niemniej w przypadku zaburzeń odżywiania rozstrzygnięcia prawne nie są jednoznaczne¹⁴.

Ze spraw, które wpływają do Biura Rzecznika Praw Dziecka, wynika, że głównym problemem, z jakim zmagają się rodzice chorych dzieci, jest niewłaściwa realizacja świadczeń zdrowotnych, w tym dostęp do leczenia, w szczególności szpitalnego oraz pozpitalnego, gdy dziecko opuszcza placówkę leczniczą. Rodzice zgłaszają brak wsparcia ich w procesie leczenia dziecka, zbyt szybkie w ich opinii wypisywanie ze szpitala i skupianie się jedynie na zwiększeniu wagi dziecka z pominięciem jego skwery psychicznej. Problemy zgłaszane przez rodziców odnoszą także do sfery kontakt: lekarz – dziecko, lekarz – rodzic, braku odpowiedniego dostosowania przebiegu badania i przekazywanych wytycznych co do leczenia stosownie do wieku małego pacjenta i zaawansowania stadium jego choroby.

W tym miejscu wskazać należy, że *konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia* oznacza możliwość korzystania z efektywnego systemu ochrony zdrowia, zaś pod tym pojęciem należy rozumieć uprawnienie do uzyskania świadczeń zdrowotnych, udzielanych w oparciu o aktualne, podstawowe zasady, standardy przyjęte we współczesnej medycynie zawarte w dostępnej literaturze i przekazywane studentom uczelni medycznych, z wykorzystaniem wszelkich dostępnych metod i środków. Każdy lekarz powinien mieć nie tylko bogatą wiedzę, doświadczenie i praktykę, lecz także dużą otwartość na nieustanne doszkalanie się, podnoszenie umiejętności. Jednocześnie jego działania powinna cechować duża swoboda w podejmowaniu decyzji o procesie leczenia. Przy czym samodzielność nie oznacza dowolności¹⁵.

¹³ Stanowisko ekspertów w kwestii postępowania w przypadku pacjentów z jądłowstrętem psychicznym o ciężkim przebiegu, którzy nie wyrażają zgody na leczenie, W: *Psychiatr Psychol Klin* 2018, 18 (3), p. 229 – 233.

¹⁴ *Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania*, Wiedza ekspercka, red. K. Kucharska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2017, s. 190.

¹⁵ Zgodnie z wskazaniami określonymi w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2021 r. poz. 2232) każdy lekarz powinien wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należyłą starannością. Przepis ten nie tylko wyznacza granice

Każda indywidualna sytuacja małoletniego pacjenta winna być analizowana przez pryzmat zakresu przysługującego mu uprawnienia do współdecydowania o leczeniu (ukończony 16. rok życia), z poszanowaniem jego prawa do zachowania intymności i dyskrecji oraz z uwzględnieniem wieku pacjenta, jego stanu zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, dojrzałości psychicznej, zdolności percepcji, ale również z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju okoliczności faktycznych (np. rodzaju leczenia, terapii, poprawności relacji łączącej dziecko z rodzicem/opiekunem, zakresu przysługującej mu władzy rodzicielskiej itd.), których łączna i wnikliwa ocena mogłyby mieć istotne znaczenie dla zapewnienia poczucia komfortu psychicznego małoletniego pacjenta w możliwie najwyższym stopniu¹⁶.

Podkreślić należy, że w zależności od stanu pacjenta, występujących u niego powikłań, dodatkowych zaburzeń psychicznych oraz motywacji do leczenia i wsparcia otoczenia, zaleca się leczenie ambulatoryjne lub szpitalne. Zazwyczaj w szpitalu leczeni są pacjenci wyniszczeni, z powikłaniami, które mogą być groźne dla życia, z dodatkowymi problemami psychicznymi (np. z depresją i tendencjami samobójczymi). Przyczyną hospitalizacji może być również brak poprawy w trakcie leczenia ambulatoryjnego, brak motywacji do podjęcia terapii i współpracy w celu zmiany nawyków żywieniowych, brak dostępu do profesjonalnej opieki i terapii w pobliżu miejsca zamieszkania. Leczenie szpitalne trwa często kilka miesięcy¹⁷.

Mając na uwadze powyższe, nie ulega wątpliwości, że odmowa przyjęcia przez personel medyczny np. na oddział psychiatryczny małoletniego pacjenta z zaburzeniami odżywiania, jednocześnie zgłaszającego myśli samobójcze, tj. pozbawienie dziecka hospitalizacji, a tym samym nieudzielenie pilnej i koniecznej pomocy zdrowotnej - stanowi duże niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia dziecka.

Ponadto mój duży niepokój wzbudzają zgłoszenia o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu prywatnych ośrodków leczenia m.in. anoreksji czy też organizatorów

powinności lekarza przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, ale również określa podstawy ewentualnej odpowiedzialności lekarza. Naruszenie ustawowych obowiązków przez lekarza może spowodować pociągnięcie go do odpowiedzialności cywilnej, karnej lub zawodowej.

¹⁶ art. 20 ust. 1. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (Dz. U. 2022 r. poz. 974) Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych;

art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r. poz. 974) lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta.

¹⁷ One są wśród nas, dz. cyt., s. 20.

turnusów terapeutycznych dla chorych z zaburzeniami odżywiania. Zastrzeżenia rodziców dotyczyły głównie kwestii opieki nad małoletnimi przebywającymi w ośrodkach lub na turnusach rehabilitacyjnych, m.in. łączenia grup pacjentów małoletnich z osobami dorosłymi, braku całodobowej opieki medycznej, braku nadzoru nad personelem i wychowawcami w zakresie wypełniania obowiązków opiekuna dziecka odbywającego terapię, jak również problem w odzyskaniu wniesionej opłaty za turnus dziecka w przypadku przerwania jego pobytu przed dniem zakończenia terapii.

Warto zauważyć, że osoba z nasilonymi objawami zaburzeń odżywiania nie jest – w sensie egzystencjalnym – osobą wolną, lecz jej życie jest podporządkowane chorobie i objawom. Wiedząc, że leczenie oznacza konieczność jedzenia, a planowanym efektem terapii będzie zwiększenie masy ciała, niekiedy osoba chora nie potrafi – nie jest w stanie – wyrazić na to zgody. Brak krytycyzmu nie oznacza braku cierpienia: życie osoby z nasilonymi zaburzeniami odżywiania zwykle koncentruje się na unikaniu sytuacji związanych z pokarmami, myślenie jest podporządkowane ciągłym rozważaniom dotyczącym własnego wyglądu czy też kaloryczności posiłków, a doświadczenia emocjonalne są zogniskowane na przeżywaniu głębokiego niezadowolenia ze swojego ciała. Są to sytuacje, kiedy jedyną możliwością rozpoczęcia leczenia bywa leczenie wbrew woli¹⁸.

Zaburzenia odżywiania są złożonym problemem medycznym zarówno w kwestii etiopatogenezy, przebiegu, jak i leczenia. Wszystko to implikuje trudności w diagnostyce i procesie terapeutycznym. Konieczne są działania na wielu różnych płaszczyznach, aby zmniejszyć rozpowszechnienie choroby, np.: kampanie informacyjne wśród dzieci i młodzieży, rodziców a także wśród personelu medycznego. Tylko wspólny wysiłek wielu osób (lekarzy, psychoterapeutów, dietetyków, rodziców, nauczycieli, dziennikarzy) pozwoli na prawidłową i szybką diagnostykę oraz skuteczną terapię¹⁹.

Mając na względzie dobro dzieci i konieczność zapewnienia im bezpieczeństwa zdrowotnego, powołując się na upoważnienie Rzecznika Praw Dziecka do podejmowania działań w interesie dzieci określone przepisami art. 3, art. 10a i art. 11 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka²⁰, proszę o dokonanie analizy problematyki zaburzeń odżywiania u dzieci oraz zajęcie stanowiska w tej sprawie.

¹⁸ Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania, dz. cyt., s.190

¹⁹ Tamże

²⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 141

Z poważaniem
Rzecznik Praw Dziecka
Mikołaj Pawlak

