



MAGAZYN POLSKIEJ GRUPY FARMACEUTYCZNEJ PGF

# bez recepty

[Aktualności](#)
[Styl życia](#)
[Uroda](#)
[Zdrowie](#)
[Poradnik](#)
[Wizyta w aptece](#)

[Bieżący numer](#)  
[Archiwum](#)  
[Kontakt](#)

## Leczenie bólu. Medycyna stawia na opioidy

Agata Domańska

**Choć opioidy są jednym z najskuteczniejszych sposobów leczenia bólu, wciąż nie wszyscy chorzy mają możliwość skorzystania z ich dobrodziejstwa.**

WHO szacuje, że każdego roku wiele milionów osób cierpi z powodu bólu różnego pochodzenia, wśród nich 5,5 miliona chorych na terminalne nowotwory, prawie milion ofiar wypadków lub przemocy, około miliona pacjentów w ostatnim stadium AIDS. Wszystkim tym ludziom mogą pomóc opioidowe analgetyki, łatwe w stosowaniu i niezwykle skuteczne w walce z bólem. Konsumpcja opioidów wzrosła po roku 1986, kiedy to WHO wprowadziła tzw. drabinę środków przeciwbólowych w celu uśmierzania bólu u pacjentów nowotworowych. Niestety, ten wzrost nastąpił tylko w uprzemysłowionej części świata. Szacuje się, że wciąż aż 80 proc. chorych nie ma dostępu do morfiny. Brakuje dokładnych danych o sytuacji w naszym kraju. Jest jednak wiele głosów skarżących się na to, że stan rzeczy daleki jest od ideału.

### Głos pacjenta

Medycyna skupia się na leczeniu somatycznej strony choroby. Wielu lekarzy wciąż nie uważa bólu za zjawisko somatyczne, lecz za zjawisko bliższe emocjonalnemu (zarówno w chorobach nowotworowych, jak i nienowotworowych). Chorzy oraz ich rodziny skarżą się, że nękane silnymi bólami osoby czasem cierpią bez szans na pomoc i zrozumienie. Marlena Ewa Kazoń, psychoonkolog i psychoterapeuta, reprezentująca Fundację Chustka, pacjenczką inicjatywę wspierającą chorych na choroby nowotworowe, uważa, że trzeba zmienić system klasyfikowania pacjentów do leczenia i dostępności opioidów w walce z bólem. – Mamy niespójne procedury leczenia bólu, brak u nas priorytetyzacji w tej dziedzinie. Chorym nie umożliwia się równoczesnego korzystania z opieki paliatywnej i onkologicznej – mówi. I dodaje: – Konieczna jest zmiana zarówno w świadomości lekarzy, jak i pacjentów. Trzeba nie tylko kształcić lekarzy w kierunku walki z bólem, zwłaszcza na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, oraz inicjować zwyczaj wymiany „dobrych praktyk”, ale też łamać stereotypy stygmatyzujące przyjmowanie przez chorych silnych leków przeciwbólowych. Kształcenie w zakresie walki z bólem na poziomie POZ wydaje się istotne, ponieważ wielu chorych nie ma szans na miejsce w hospicjum lub zmuszonych jest czekać kilka tygodni. W tym czasie są pozbawiani opieki paliatywnej i żyją z bólem. Fundacja Chustka propaguje hasło „Nikt nie powinien cierpieć”.



– Konieczne są jednak dwie zmiany – mówi Marlena Ewa Kazoń. – Pierwsza to zarządzenie, by recepty na leki przeciwbólowe były dostępne w trybie obowiązku u wszystkich lekarzy. Nie na zasadzie „mogę je mieć”, ale na zasadzie „muszę nimi dysponować, ponieważ jestem lekarzem i niesienie ulgi w cierpieniu jest moim obowiązkiem”. Druga zmiana to wprowadzenie obowiązku leczenia przeciwbólowego, nie ponosi za to żadnych konsekwencji. Dr Kazoń sugeruje, że jedną z możliwości byłaby np. odmowa rozliczenia terapii przez NFZ, jeśli nie będzie wdrożona równoczesna procedura ulgi w bólu.

### Kwestia barier

Bariery w dostępie do leczenia bólu opioidami można podzielić na trzy rodzaje: kwestie legislacyjne, brak wiedzy oraz bariery ekonomiczne. – Zapewne mogłoby być lepiej, ale jakiś sukces w kwestii

leczenia bólu opioidami osiągnęliśmy” – mówi dr hab. med. Małgorzata Krajnik z Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum w Bydgoszczy. Dodaje: – W ciągu ostatnich 30 lat całkowite zużycie leków opioidowych w przeliczeniu na opakowania morfiny wzrosło aż piętnastokrotnie. Ponadto Polska nie należy do krajów, w których są jakieś specjalne restrykcje w stosowaniu opioidów, w leczeniu bólu dostępne są prawie wszystkie opioidy, od słabych po silne, a leki są refundowane. Mamy też niezłe rozwiniętą medycynę paliatywną, jest na większości uczelni dostępna jako przedmiot. Widać też próby zmniejszenia stygmatyzacji stosowania silnie działających środków kontrolowanych – chorzy chwalą pomysł zmiany koloru recept i przyznają, że dzięki temu czują się mniej stygmatyzowani. Istnieje jednak bariera, którą, zdaniem dr Krajnik, można nazwać opioidofobią. Choć odnosimy drobne sukcesy, na tle innych krajów wciąż wypadamy blade. – Niemcy 30 lat temu zaczęli od podobnego zużycia opioidów, co my – dziś jednak mają aż jedenastokrotnie większą ich konsumpcję. Takie kraje jak Czechy, Słowacja i Bułgaria także mają wyższe zużycie leków opioidowych niż Polska – mówi dr Krajnik. Na Zachodzie zużycie opioidów jest ośmiokrotnie wyższe w przeliczeniu na jednego pacjenta. To znaczy, że tam pacjent jest dłużej leczony opioidami. W Polsce włącza się je do terapii w ostatniej chwili, w ostatnim stadium choroby.

## Lekarzu, nie bój się

Wszystkie nasze sukcesy w kwestii terapii bólu rozbijają się wciąż o lęk przed stosowaniem opioidów, negatywne postrzeganie tych leków. Choć opioidy są dostępne, nie są stosowane lub nie są przepisywane odpowiednio wcześnie. – Możemy mówić o dwóch rodzajach fobii: tej ze strony pacjentów, ich rodzin i środowiska oraz tej ze strony środowisk medycznych – podsumowuje dr Krajnik. Badania zaskakują: akademicki poziom wiedzy o stosowaniu opioidów jest wśród profesjonalistów wysoki. Ale lekarze nisko oceniali swoją pewność w stosowaniu takiej terapii. Aż 64 proc. lekarzy przyznało, że boi się depresji oddechowej, a 12 proc. przyznało się do lęku przed uzależnieniem pacjenta. To właśnie takie obawy przekładają się na praktykę i skutkują brakiem decyzji o rozpoczęciu leczenia lekami opioidowymi, włączanie ich w małych dawkach albo czekanie do ostatniej chwili z ich przepisaniem. Lekarze widzą opioidy raczej jako rodzaj leczenia zarezerwowany dla opieki hospicyjnej i wolą pozostawiać ich ordynowanie hospicjom. Lęk lekarzy odzwierciedla się w lęku chorych. Ludzie ze strachu wypierają świadomość, że są leczeni takimi środkami. Dodajmy, że częściej dotyczyło to leczenia morfiną niż innymi preparatami. Lęk przed opioidami występuje częściej u osób przyjmujących silne leki – aż 50 proc. takich chorych przyznaje, że boi się swojej terapii. Strach chorych najczęściej dotyczy czterech zakresów: uzależnienia, objawów niepożądanych, śmierci, którą lek mógłby spowodować oraz umierania („skoro mam już brać te leki, to znaczy, że jestem już blisko końca”). Objawy niepożądane to rzeczywiście problem: aż 21 proc. chorych skarży się na mdłości, 10 proc. na wymioty, 14 proc. mówi o zaburzeniach poznawczych, 15 proc. o zaparciach, a 13 proc. chorych skarży się na uporczywy świąd. Objawy te odbierane są jako uciążliwe – do tego stopnia, że aż jedna piąta leczonych z powodu bólu pochodzenia nienowotworowego decyduje się odstawić leczenie. Ale znakomita część chorych obawia się opioidów, ponieważ rezonuje w nich lęk środowisk medycznych. Dr Krajnik mówi: – W dobie Internetu i dostępu do różnych źródeł informacji chorzy deklarują, że ich głównym źródłem wiedzy na temat opioidów są lekarze. Aż 84 proc. chorych tak wskazało. Łatwo o wniosek: skoro lekarze obawiają się tych leków, trudno, by nie bali się ich pacjenci. Lekarze muszą uporać się ze swoimi obawami, by byli wiarygodni w oczach pacjentów, przepisując im skuteczną terapię przeciwbólową.



projekt strony - rokart

W 2009 roku w Aachen, w Niemczech, powstał pod egidą WHO, University of Aachen i Lancaster University (WB) specjalny projekt o nazwie ATOME (Access to Opioid Medication in Europe). Jego zadaniem jest rozpoznawanie legalnych, administracyjnych i organizacyjnych barier w dostępie do skutecznego leczenia przeciwbólowego. Założeniem projektu jest doprowadzenie do tego, by ludzie nie musieli chorować i umierać, doświadczając czasami strasznego bólu, gdy dostępne jest skuteczne leczenie przeciwbólowe.

ATOME zwraca uwagę na jedną z barier, obecną w wielu krajach, w tym także w Polsce: stygmatyzujący język. Silne leki przeciwbólowe o kontrolowanym stosowaniu powinny być nazywane

wane opioidowymi analgetykami. Należy unikać nazwy „leki narkotyczne” – podobnie jak długotrwałe użycie leków przeciwbólowych powinno przestać być łączone z nadużywaniem substancji odurzających. Język legislacyjny także powinien przedkładać te niestygmatyzujące sformułowania ponad te budzące negatywne skojarzenia. To kolejny przyczynek do odczarowania opioidów – w końcu język ma siłę kreowania rzeczywistości.