

Μελέτη Καταγραφής της Συχνότητας Χορήγησης Μορφίνης σε Ασθενείς με Κακοήθη Νόσο Τελικού Σταδίου στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία

Δημήτρης Παπαγόρας, Χριστίνα Κοντογεώργου, Παναγιώτα Φιλίππου, Γεώργιος Ιωάννης Τσιάνος, Μαρία Καναρά
Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Α΄ Χειρουργική Κλινική

Study of Morphine Administration Frequency in Patients with Terminal Cancer in Greek Public Hospitals

Abstract at the end of the article

Η μελέτη επιδοτήθηκε από το Τμήμα Έρευνας, της Διεύθυνσης Εκπαίδευσης και Έρευνας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας

Υποβλήθηκε: 5/9/2012
Επανυποβλήθηκε: 18/1/2013
Εγκρίθηκε: 23/1/2013

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Δρ. Δημήτρης Παπαγόρας
Ερμού 48, 42100 Τρίκαλα
Τηλ: 2431350423, 6945236213
Email: dparagoras@hotmail.com

Εισαγωγή: Η μορφίνη θεωρείται το πιο αποτελεσματικό οπιοειδές για την ανακούφιση των ογκολογικών ασθενών από τον οξύ καρκινικό πόνο μέτριας και ισχυρής έντασης. Η ανά κεφαλή κατανάλωση συνιστά δείκτη ποιότητας στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, ενώ κλινικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει την δοσολογία με την οποία επιτυγχάνεται με ασφάλεια η ταχεία αναλγησία στους ασθενείς με οξύ καρκινικό πόνο. Παρ' όλα αυτά η μορφίνη περιβάλλεται ακόμα και σήμερα από ένα μύθο με πολλές πτυχές, με αποτέλεσμα να μην χορηγείται στον καρκινικό πόνο στον βαθμό που θα έπρεπε, έτσι ώστε ένα μεγάλο ποσοστό ογκολογικών ασθενών να αναφέρει βιώματα ανυπόφορου πόνου. **Σκοπός** αυτής της μελέτης ήταν η αποσαφήνιση της θέσης που κατέχει η μορφίνη, το αποτελεσματικότερο οπιοειδές στην ανακούφιση από τον οξύ καρκινικό πόνο, στα ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα. **Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αποστολή ερωτηματολογίων και επεξεργασία των απαντήσεων που συλλέχτηκαν από 96 ελληνικά δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα σχετικά με την χορήγηση της μορφίνης στον οξύ καρκινικό πόνο. Τα ερωτηματολόγια αφορούσαν στη συχνότητα και τον τρόπο χορήγησης μορφίνης, την ύπαρξη ή όχι πρωτοκόλλων αναλγησίας και τους λόγους αποφυγής χορήγησης της στις παθολογικές, ογκολογικές κλινικές καθώς επίσης και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, καθώς επίσης και στα φαρμακεία των νοσοκομείων του ελληνικού Δημοσίου. **Αποτελέσματα:** Η μορφίνη δε χορηγείται στον οξύ πόνο στους έλληνες ογκολογικούς ασθενείς παρά μόνο σε ένα ποσοστό που δεν υπερβαίνει το 2%. Οι λόγοι αποφυγής χορήγησης της μορφίνης αφορούσαν στην συντριπτική πλειοψηφία τον φόβο επιπλοκών, ιατρονομικών εμπλοκών, εξάρτησης, την πολύπλοκη και κουραστική διαδικασία συνταγογράφησης και την έλλειψη εμπειρίας στη χορήγηση της. Τα φαρμακεία των δημοσίων ελληνικών νοσοκομείων δεν διαθέτουν δισκία μορφίνης, ενώ η διάθεσή τους υπόκειται σε ελέγχους και νομοθετικές ρυθμίσεις που δυσχεραίνουν σημαντικά την πρόσβαση των ασθενών σε αυτό το οπιοειδές. **Συμπεράσματα:** Η χορήγηση της μορφίνης σε ογκολογικούς ασθενείς σε δημόσια νοσοκομεία παραμένει ιδιαίτερα και αδικαιολόγητα χαμηλή, στερώντας από τους ασθενείς ένα αποτελεσματικό φάρμακο για την ανακούφιση τους από τον καρκινικό πόνο.

Λέξεις ευρητήριο: Μορφίνη, καρκινικός πόνος, ελληνικά δημόσια νοσοκομεία

Εισαγωγή

Η ανακούφιση των ογκολογικών ασθενών από τον πόνο, που οφείλεται στη νόσο ή τους θεραπευτικούς χειρισμούς που σχετίζονται με αυτή, ορίζεται ως καρκινικός πόνος, και πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα του ιατρού και του νοσηλευτή που διαχειρίζονται αυτούς τους ασθενείς.¹ Η μορφίνη αποτελεί οπιοειδές πρώτης επιλογής για την ανακούφιση από το καρκινικό άλγος που έχει μέτρια ή ισχυρή ένταση.² Η ανά κεφαλή κατανάλωση της μορφίνης, συνιστά για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας δείκτη ποιότητας της φροντίδας κατά την αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών με καρκινικό πόνο.³ Η ταχεία και ισχυρή αναλγητική της δράση, ιδιαίτερα όταν χορηγείται ενδοφλέβια, η ασφάλεια στη χορήγηση της –αντίθετα με την ευρέως διαδομένη δοξασία, ότι αποτελεί «επικίνδυνο», λόγω σοβαρών επιπλοκών, αναλγητικό- καθώς επίσης και το χαμηλό της κόστος, αποτελούν ασυναγώνιστα χαρακτηριστικά της μορφίνης σε σχέση με άλλα οπιοειδή.⁴ Η μορφίνη αποτελεί ουσία εκλογής στο «αναλγητικό ασανσέρ»,⁵ και πρώτη επιλογή στον «κωδικό πόνο»,^{6,7} και τα δυο, πρωτόκολλα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. Παρά την πρόοδο που έχει επιτευχθεί στην τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της μορφίνης, όταν χορηγείται για την ανακούφιση του καρκινικού πόνου, η υποαναλγησία, η υποαντιμετώπιση δηλαδή του καρκινικού πόνου, συνεχίζει να αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, με αποτέλεσμα μέχρι και 80% των ογκολογικών ασθενών να αναφέρει, ότι βίωσε ισχυρό πόνο από τον οποίο δεν ανακουφίστηκε.¹ Αυτό μπορεί να αποδοθεί (α) στη μυθικών διαστάσεων φοβία των ιατρών και νοσηλευτών απέναντι στη μορφίνη,⁸ που συνοψίζεται κυρίως στις επίφοβες – πλην όμως στην πράξη σπανίως εμφανιζόμενες - «επικίνδυνες επιπλοκές», όπως κυρίως η αναπνευστική καταστολή,⁹ (β) στη συνυφασμένη με τη χορήγηση της μορφίνης πολύπλοκη – γραφειοκρατική διαδικασία, στην οποία έχει επισυναπτεί και η ετικέτα των - σχετικών με την διακίνηση των ναρκωτικών - ιατρονομικών ευθυνών,¹⁰ (γ) στην αδικαιολόγητη φοβία του εθισμού του ογκολογικού ασθενούς στη μορφίνη¹¹ και, τέλος, (δ) στο ότι στην πράξη οι ογκολογικοί ασθενείς, που θα παρουσιάσουν οξύ πόνο, αντιμετωπίζονται, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, από εφημερεύοντες ιατρούς, που δεν έχουν καμία εκπαίδευση και πολύ μικρή εμπειρία στο αντικείμενο του ογκολογικού πόνου.¹² Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η μορφίνη είτε να μην χορηγείται καθόλου ή σχεδόν καθόλου, και όταν χορηγείται να χορηγείται σε δόσεις «υποαναλγητικές».¹³ Αλλά και από την

πλευρά τους, τόσο οι ασθενείς, όσο και οι οικείοι τους, δεν αποδέχονται εύκολα να τους χορηγηθεί μορφίνη, επειδή την συνδέουν με την μη αναστρέψιμη κατάσταση του τελικού σταδίου της νόσου,¹⁴ ενώ επίσης, λόγω της επιφανειακής και επιπόλαιας ενημέρωσης μέσω των ΜΜΕ,¹⁵ φοβούνται τις επιπλοκές και τον εθισμό. Τέλος σημαντικό μερίδιο ευθύνης στην αποφυγή της χορήγησης της μορφίνης στους ογκολογικούς ασθενείς έχει και η πολιτεία, που με πολύπλοκες και αλλότριες προς την πραγματικότητα νομοθεσίες, δυσχεραίνει την διάθεση της στους ασθενείς, που πραγματικά την έχουν ανάγκη.¹⁰

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν να συλλεχθούν και να καταγραφούν στοιχεία, που αντανακλούν την κατάσταση σχετικά με τη χορήγηση της μορφίνης σε ασθενείς με καρκινικό πόνο στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, έτσι ώστε να αποτυπωθεί ένα αντικειμενικό πλαίσιο αναφοράς μιας πραγματικότητας, το οποίο μπορεί να λειτουργήσει ως αφετηρία συζήτησης για την βελτίωση της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου στη χώρα μας.

Υλικό και μέθοδος

Καταρτίσθηκε πλήρης κατάλογος όλων των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας. Από αυτά εξαιρέθηκαν (α) τα κέντρα υγείας καθώς και νοσοκομεία που φέρουν συμπληρωματικά τον τίτλο του Κέντρου Υγείας, (β) τα παιδιατρικά νοσηλευτικά ιδρύματα, (γ) τα εξειδικευμένα καρδιοχειρουργικά κέντρα καθώς και (δ) τα ψυχιατρικά ιδρύματα. Για την εύρεση των δημόσιων νοσοκομείων που πληρούσαν τα παραπάνω χαρακτηριστικά, χρησιμοποιήθηκε η ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας (www.yyka.gov.gr), στην οποία βρέθηκαν και τα στοιχεία επικοινωνίας αυτών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Τελικά στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 96 νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που πληρούσαν τους προαναφερόμενους όρους, και τα οποία υπάγονται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες.

Για τη συλλογή των δεδομένων διαμορφώθηκαν 2 ερωτηματολόγια τα οποία προορίζονταν για (α) τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) (Ερωτηματολόγιο 1), (β) παθολογικές και ογκολογικές κλινικές (Ερωτηματολόγιο 1), και (γ) τα φαρμακεία των δημόσιων νοσοκομείων (Ερωτηματολόγιο 2). Τα ερωτηματολόγια ήταν τα εξής:

Ερωτηματολόγιο I

1. Χρησιμοποιείτε μορφίνη για την αντιμετώπιση του οξέως πόνου σε ογκολογικούς ασθενείς, ανεξάρτητα σταδίου τους; (πάντα, σπάνια, ποτέ)
2. Χρησιμοποιείτε κλίμακες εκτίμησης έντασης πόνου; (ναι / όχι)
3. Έχετε πρωτόκολλα αναλγησίας για τον οξύ πόνο γενικότερα και ειδικότερα σε οξύ καρκινικό πόνο; (ναι / όχι)
4. Ο λόγος που δεν χρησιμοποιείται μορφίνη; (φόβος επιπλοκών, φόβος ιατρονομικών εμπλοκών, γραφειοκρατία, έλλειψη εμπειρίας)
5. Παραπέμπετε τους ογκολογικούς ασθενείς σε ιατρείο πόνου; (Ναι / όχι)

Ερωτηματολόγιο II

1. Διαθέτετε δισκία μορφίνης; (ναι / όχι)
2. Οι παραγγελίες στην μορφίνη (ενέσιμη μορφή) έχουν τα τελευταία τρία χρόνια: αυξηθεί, παραμένουν ίδιες, έχουν ελαττωθεί
3. Η διαδικασία προμήθειας μορφίνης είναι: εύκολη και, πολύπλοκη και γραφειοκρατική και χρονοβόρα (απαράδεκτη)

Η επικοινωνία με τα τμήματα των νοσοκομείων έγινε με δυο τρόπους. Σε δημόσια νοσοκομεία, όπου εργάζονταν γνωστοί με τους συγγραφείς ιατροί, οι ερωτήσεις απεστάλησαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και ανατέθηκε σε αυτούς τους ιατρούς η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Στα νοσοκομεία χωρίς αυτή την «πρόσβαση εκ των έσω», τα ερωτηματολόγια παρουσιάστηκαν μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με τα ΤΕΠ, με γραφεία ιατρών ογκολογικών και παθολογικών κλινικών (σε περίπτωση που στα νοσοκομεία δεν στεγάζονταν ογκολογικές κλινικές) καθώς και με το φαρμακείο των νοσοκομείων. Ο μικρός αριθμός των ερωτήσεων και των δυο ερωτηματολογίων, εξασφάλιζαν την ταχεία απάντηση με την ελάχιστη δυνατή ενόχληση ή διακοπή από το ρυθμό εργασίας του ερωτώμενου ιατρού, νοσηλευτή ή φαρμακοποιού.

Στις κλινικές οι ερωτήσεις θέτονταν σε ιατρό τμήματος παθολογικής ή ογκολογικής κλινικής ανεξάρτητα της βαθμίδας και της θέσης του. Το τηλεφώνημα επαναλαμβανόταν αν ο ιατρός δήλωνε πως δεν είναι σε θέση ή δεν είχε το χρόνο να απαντήσει. Σε νοσοκομεία με περισσότερες της μιας κλινικής, λαμβανόνταν υπόψη, για λόγους ευκολίας, το ερωτηματολόγιο εκείνης της κλινικής, της οποίας ήταν διαθέσιμος ο ιατρός στην πρώτη τηλεφωνική επικοινωνία. Στα τμήματα επειγόντων πε-

ριστατικών που προσεγγίστηκαν αφορούσαν στον παθολογικό τομέα, και η τηλεφωνική επικοινωνία γίνονταν με την προϊσταμένη ή νοσηλεύτρια τμήματος, ενώ στο φαρμακείο οι ερωτήσεις θέτονταν στον φαρμακοποιό ή υπεύθυνο του φαρμακείου. Να σημειωθεί ότι οι ιατροί των παθολογικών ή ογκολογικών κλινικών απαντούσαν και στο ερωτηματολόγιο που αφορούσε στα ΤΕΠ.

Η αποστολή των ερωτηματολογίων καθώς και η τηλεφωνική επικοινωνία με τα νοσοκομεία έγινε κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ 12.02.2009 μέχρι και 26.05.2009. Η μελέτη εγκρίθηκε και επιδοτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Αρ. Πρωτ. ΔΥ2β/Οικ 86621/23.6.2008).

Για την ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική με το πρόγραμμα Microsoft Office Excel 2003.

Αποτελέσματα

Στα 96 νοσοκομεία που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη ήταν δυνατή, στο προαναφερόμενο διάστημα, συλλογή δεδομένων από τις παθολογικές, ογκολογικές, το τμήμα επειγόντων περιστατικών και το φαρμακείο (Πίνακες 1-5). Στα 51 από τα 96 νοσοκομεία (51.23%) τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από ιατρούς (δείγμα ευκολίας) που εργάζονταν εκείνο το χρονικό διάστημα στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Στα υπόλοιπα 45 νοσοκομεία (46.87%), οι απαντήσεις εδόθησαν μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, όπως περιγράφηκε στη μεθοδολογία. Ο αριθμός των ογκολογικών κλινικών ή τμημάτων που λειτουργούν στα 96 νοσοκομεία ΕΣΥ της χώρας μας είναι 16. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων αφορούσε τελικά στις 80 παθολογικές κλινικές, στις 16 ογκολογικές κλινικές ή τμήματα, στα 96 ΤΕΠ και στα 96 φαρμακεία.

Πίνακας 1

Συχνότητα χορήγησης μορφίνης για την αντιμετώπιση του οξέως πόνου σε ογκολογικούς ασθενείς, ανεξάρτητα του σταδίου τους;

Κλινικές (Τμήματα)	Ποτέ	Πάντα	Σπάνια
Παθολογικές Κλινικές	78 / 80 (97,5%)	0	2 / 80 (2,5%)
Ογκολογικές Κλινικές	0	2 / 16 (12.5%)	14 / 16 (87.5%)
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	96 / 96 (100%)	0	0

Μόνο το 2% των κλινικών / τμημάτων επί του συνόλου των νοσοκομείων, ανέφεραν πώς έχουν ως πάγια τακτική τη χορήγηση της μορφίνης για την ανακούφιση του καρκινικού πόνου, ενώ στο 16.6 % των κλινικών η χορήγηση είναι περιστασιακή. Κανένα φαρμακείο στη χώρα μας δε διαθέτει δισκία μορφίνης. (Πίνακες 1-5). Οι απαντήσεις των ιατρών των κλινικών καθώς και των νοσηλευτών στα ΤΕΠ του ίδιου νοσοκομείου ήταν ταυτόσημες και δεν παρατηρήθηκε καμία απόκλιση.

Πίνακας 2

Συχνότητα χρήσης κλιμάκων εκτίμησης της έντασης του πόνου;			
Κλινικές (Τμήματα)	Ποτέ	Πάντα	Σπάνια
Παθολογικές Κλινικές	80 / 80 (100%)		
Ογκολογικές Κλινικές	16 / 16 100%		
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	96 / 96 (100%)		

Πίνακας 3

Συχνότητα χρήσης πρωτοκόλλων αναλγησίας για τον οξύ καρκινικό πόνο;			
Κλινικές (Τμήματα)	Ποτέ	Πάντα	Σπάνια
Παθολογικές Κλινικές	80 / 80 (100%)		
Ογκολογικές Κλινικές	16 / 16 (100%)		
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	96 / 96 (100%)		

Συζήτηση

Ο πόνος αποτελεί ιδιαίτερα συχνό σύμπτωμα του καρκίνου, αφορώντας στο 70% των ασθενών με νόσο τελικού σταδίου.¹⁶ Η άμεση και αποτελεσματική ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο, που περιλαμβάνει φαρμακευτική, ακτινοθεραπευτική, χειρουργική και ψυχολογική προσέγγιση,¹⁷ υπάγεται σε αλγόριθμους αναλγησίας, οι οποίοι συνοψίζονται κάτω από τον όρο «κωδικός πόνου» (pain code).¹⁸ Όσον αφορά στους φαρμακευτικούς χειρισμούς, η ενδοφλέβια χορήγηση μορφίνης, αποτελεί το οπιοειδές εκλογής για την ταχεία ανακούφιση αυτών των ασθενών και την απαλλαγή τους από το δυσάρεστο βίωμα του πό-

νου.²⁷ Αυτή η άμεση, όσο και απλή προσέγγιση απέναντι στον καρκινικό πόνο, συνιστά το «αναλγητικό ασανσέρ», το οποίο παρακάμπτει τη κλιμακωτή χορήγηση των αναλγητικών, όπως προτείνεται εδώ και 25 χρόνια από τον ΠΟΥ.⁵ Σήμερα πιστεύεται, ότι σε μέτριας και ισχυρής έντασης οξέος καρκινικού πόνου ή σε παροξυσμική έξαρση του σε έδαφος χρόνιου καρκινικού πόνου, πρέπει να χορηγείται μορφίνη ανεξάρτητα από οποιαδήποτε μέχρι πρότεινος αναλγητική αγωγή του ασθενούς, με στόχο την ταχεία ανακούφιση.²⁷ Παρ' όλα αυτά, η μορφίνη συνεχίζει να περιβάλλεται από ένα αδικαιολόγητα αδιαπέραστο μανδύα ιατρικών προκαταλήψεων,¹⁹ όπως είναι (α) ο κίνδυνος των αναπνευστικών επιπλοκών, που στην πράξη είναι πολύ χαμηλός, ιδίως όταν η χορήγηση της μορφίνης γίνεται με την μέθοδο της τιτλοποίησης της δόσης της,⁷ (β) το στίγμα της ευθανασίας, που δεν μπορεί να ευσταθεί απέναντι σε έναν ογκολογικό ασθενή που υποφέρει από μεγάλης έντασης πόνους,²⁰ και τέλος (γ) ο φόβος του εθισμού του ασθενούς, που για ένα ασθενή που βρίσκεται στα τελικά στάδια της νόσου και βιώνει ανυπόφορους πόνους, αποτελεί ένα τελείως ανυπόστατο²¹ αν όχι ανήθικο σκεπτικό.²² Αυτές οι τρεις μυθικές φοβίες σε συνδυασμό με την αυστηρή νομοθεσία περί ναρκωτικών και κυρίως της μορφίνης, έχει σαν αποτέλεσμα να χορηγούνται άλλα οπιοειδή, είτε πολύ πιο υποδεέστερα από αναλγητικής πλευράς, όπως η πεθιδίνη, είτε πολύ πιο ακριβά, όπως τα διαδερμικά αυτοκόλλητα φαιντανύλης.^{10,23} Οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων δείχνουν ότι ακόμη και δέκα χρόνια μετά από τη δημοσίευση σχετικών στοιχείων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας,³ η χορήγηση της μορφίνης, - που αποτελεί δείκτη ποιότητας αντιμετώπισης του πόνου - στη χώρα μας παραμένει σταθερά και τραγικά πολύ χαμηλή. Συγκεκριμένα η Ελλάδα καταλαμβάνει την 76^η θέση, σε σύνολο 156 χωρών του κόσμου, στην κατανάλωση μορφίνης (0.56 mg μορφίνης / κεφαλή), με τις υπόλοιπες χώρες που ακολουθούν να είναι η Αλβανία και Ρωσία και στη συνέχεια να βρίσκονται αποκλειστικά και μόνο χώρες του τρίτου κόσμου. Τη πρώτη θέση στη χορήγηση μορφίνης σε παγκόσμιο επίπεδο καταλαμβάνει η Αυστρία (με κατανάλωση 121 mg / κεφαλή), μια χώρα μικρότερη, από την Ελλάδα. Όσον αφορά στην κατανάλωση της φαιντανύλης, που διατίθεται στα πολύ ακριβότερα από τη μορφίνη διαδερμικά αυτοκόλλητα, η Ελλάδα κατέχει την 23^η ανάμεσα σε 147 χώρες, με την Αυστρία, που είναι οικονομικά πιο ισχυρή από την χώρα μας, να καταλαμβάνει την 7^η θέση.²⁴ Όσον αφορά στην πεθιδίνη, ένα οπιοειδές που δεν ενδείκνυται για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου²⁵ η Ελλάδα καταλαμβάνει την 47^η

Πίνακας 4

Αιτίες που δε χρησιμοποιείται η μορφίνη;					
Κλινικές (Τμήματα)	Φόβος επιπλοκών	Φόβος ιατρονομικών εμπλοκών	Γραφειοκρατία	Έλλειψη εμπειρίας	Φόβος εξάρτησης
Παθολογικές Κλινικές	80 / 80 (100%)	62 / 80 (77.5%)	58 / 80 (72,5%)	73 / 80 (91,25%)	66 / 80 (82,5%)
Ογκολογικές Κλινικές	16 / 16 (100%)	2 / 16 (12.5%)	4 / 16 (25%)	7 / 16 (43.75%)	6 / 16 (37.5%)
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	96 / 96 (100%)	78 / 96 (81.25%)	82 / 96 (85.41%)	96 / 96 (100%)	83 / 96 (86.45%)

Πίνακας 5

Συχνότητα παραπομπής ασθενών σε ιατρείο πόνου

Κλινικές (Τμήματα)	Ποτέ	Πάντα	Σπάνια
Παθολογικές Κλινικές		80 / 80 (100%)	
Ογκολογικές Κλινικές		16 / 16 (100%)	
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών		96 / 96 (100%)	

θέση ανάμεσα σε 140 χώρες, όταν η Αυστρία καταλαμβάνει, αντίστοιχα, την 77^η θέση.²⁴ Η σύγκριση των στοιχείων από την κατανάλωση των τριών αυτών οπιοειδών (μορφίνη, φαιτανύλη, πεθιδίνη) ανάμεσα στις δυο αυτές Ευρωπαϊκές χώρες, αντανάκλα τις διαφορές στην ιατρική αντίληψη, στη νοοτροπία, στην εκπαίδευση, στη πρακτική συνταγογράφησης και στις νομοθετικές ρυθμίσεις των δυο χωρών, η ανάλυση των οποίων θα διαφώτιζε, σε σημαντικό βαθμό, αρκετούς από τους λόγους, για τους οποίους στη χώρα μας η μορφίνη περιβάλλεται από την αντίληψη ενός απαγορευμένου φαρμάκου.

Επίσης, είναι χαρακτηριστική η καθολική απουσία κλιμάκων για την εκτίμηση πόνου, ακόμα και από τις ογκολογικές κλινικές / τμήματα της χώρας μας, οι οποίες διεθνώς αποτελούν αναπόσπαστο μέρος στην ορθολογική αντιμετώπιση του οξέως - και όχι μόνο - καρκινικού πόνου.^{2,16-18}

Παρά το ότι, όπως διαφαίνεται από τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο, οι αιτίες αποφυγής χορήγησης μορφίνης έχουν να κάνουν με την προσωπική αναστολή των Ελλήνων ιατρών, η οποία μοιράζεται πολλά κοινά σημεία με τις φοβίες και αναστολές των ιατρών σε παγκόσμιο επίπεδο, το πρόβλημα στην πολύ περιορισμένη χρήση της μορφίνης είναι πολυσύνθετο και σχετίζεται (α) με την παντελή απουσία πρωτοκόλλων αναλγησίας, ιδιαίτερα αυτών που αναφέρονται στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου στα ελληνικά νοσοκομεία, έτσι ώστε να μην

υπάρχει σαφής οδηγία για τη χορήγηση της μορφίνης, με αποτέλεσμα ο ιατρός να αισθάνεται ότι δεν απαλλάσσεται από τις φοβίες και τις «προσωπικές» ευθύνες, όσον αφορά την επιλογή της, (β) με τη χαρακτηριστική απουσία εκπαίδευσης στον πόνο και στην αναλγησία και ιδιαίτερα στον ογκολογικό πόνο, από τις προπτυχιακές σπουδές στο πανεπιστήμιο, μέχρι και το τέλος της ειδικότητας, - ιδιαίτερα όταν πρόκειται για ειδικότητες που έρχονται αντιμέτωπες με τον ογκολογικό πόνο, όπως είναι η παθολογία, η ογκολογία, και η χειρουργική,- με αποτέλεσμα το αντικείμενο της αναλγησίας να είναι όχι μόνο άγνωστο, αλλά ο πόνος ακόμα και σήμερα να θεωρείται από τους περισσότερους ως ένα σύμπτωμα αναπόφευκτο, το οποίο δεν μπορεί να καταπολεμηθεί, ενώ είναι ήδη παλιά γνώση ότι το 90% τουλάχιστον των ασθενών με καρκινικό πόνο, μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά.^{10,13} Είναι δε χαρακτηριστική, όπως προκύπτει από τις απαντήσεις, η μη χρησιμοποίηση, ακόμα και από τις ογκολογικές κλινικές, κλιμάκων εκτίμησης πόνου, οι οποίες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος στην αντιμετώπιση του οξέως καρκινικού πόνου, αφού καθορίζουν αφενός μεν την ένδειξη χορήγησης οπιοειδούς, αφετέρου δε, συμβάλλουν στην εκτίμηση τους αναλγητικού αποτελέσματος (γ) με τη γραφειοκρατική δαιδαλώδη και κουραστική διαδικασία προμήθειας της μορφίνης, που αποθαρρύνει, αποτρέποντας πολλούς γιατρούς, να τη συνταγογραφήσουν και η οποία συγχρόνως υποβάλλει τους περισσότερους σε μια φοβία για ιατρο-

νομικές συνέπειες, που θα ήθελαν να αποφύγουν, αφού οι νομοθετικές ρυθμίσεις στη χώρα μας αντιμετωπίζουν τη μορφίνη κάτω από το πρίσμα επαπειλούμενης ποινικοποίησης και όχι σαν φάρμακο, που θα προσφέρει ανακούφιση σε ασθενείς, που το κύριο σύμπτωμά τους είναι ο πόνος. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην Ελλάδα δεν διατίθενται δισκία μορφίνης, τα οποία θεωρούνται ιδανικά για την συντήρηση του αναλγητικού αποτελέσματος, μετά από την ανακούφιση από τον παροξυσμικό πόνο, η δε διαδικασία προμήθειας τους, είναι έξω από κάθε λογική και πραγματικότητα, αν ληφθεί υπόψη, ότι για ένα φάρμακο πρώτης ανάγκης και καθημερινής χρήσης, δίνονται μόνο περιορισμένες ποσότητες, υποβάλλοντας τους ασθενείς και τους οικείους τους σε ένα μαρτύριο επαναληπτικής αναζήτησης από την Κεντρική Φαρμακαποθήκη, αλληλοδιαδοχικών μετακινήσεων για συγκομιδή υπογραφών και βεβαιώσεων, που προσθέτουν σε έναν ήδη ταλαιπωρημένο ασθενή ένα αδικαιολόγητο επιπρόσθετο πλήγμα και δυσβάσταχτη δυσκολία. Το τελικό αποτέλεσμα είναι να μη συνταγογραφούνται στην Ελλάδα δισκία μορφίνης και η πλειοψηφία των ογκολογικών ασθενών να φέρουν διαδερμικά αυτοκόλλητα φαιντανύλης,²⁴ που ενώ είναι πολύ πιο ακριβά από τα δισκία μορφίνης και κατατάσσονται επίσης στα ναρκωτικά, διατίθενται αδιάλειπτα και απρόσκοπτα από όλα τα φαρμακεία της χώρας. Η απουσία των δισκίων μορφίνης από τη συνταγογράφηση των ογκολογικών ασθενών αντανακλά αναμφισβήτητα και στην περιορισμένη ενδοφλέβια χορήγηση της. Αντίθετα, στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ, η μορφίνη ολοένα και περισσότερο προτείνεται ως αναλγητικό πρώτης επιλογής σε πρωτόκολλα αντιμετώπισης καρκινι-

κού πόνου, που προσφέρουν ακόμα και σε γιατρούς που δεν έχουν καμία εμπειρία στη χορήγηση της, έναν ασφαλή τρόπο να ανακουφίσουν τον ογκολογικό ασθενή.⁷ Παρ' όλα αυτά, η δυσκολία πρόσβασης στη μορφίνη, ο περιορισμός στη διάθεση της και οι αναστολές στη χορήγηση της, αποτελούν ακόμη και σήμερα ένα παγκόσμιο φαινόμενο, για την ανάδειξη, τη δημοσιοποίηση και αντιμετώπιση του οποίου συντάχθηκε πρόσφατα ένα μανιφέστο,²⁶ που διακρίνεται από μια ασυναγώνιστη σαφήνεια επιχειρημάτων και ορθολογική παράθεση λύσεων, με στόχο να ξεπεραστούν γραφειοκρατικά κυρίως ζητήματα, που αποτελούν εμπόδια στην εύκολη πρόσβαση στη μορφίνη για τους πολίτες σε όλα τα κράτη του κόσμου.

Συμπερασματικά

Τα τραγικά χαμηλά ποσοστά χορήγησης της μορφίνης για τον καρκινικό πόνο στα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία δεν αντανακλούν μόνο μια ιατρική αντίληψη, αλλά σαφώς και είναι συνέπεια ενός ξεπερασμένου κρατικού μηχανισμού και μιας αναχρονιστικής νομοθετικής ρύθμισης, που περιορίζουν τη διάθεση και την ευρεία κυκλοφορία της. Πέρα όμως από την κρατική παρέμβαση, που θα απλοποιήσει τον τρόπο διάθεσης της μορφίνης, τόσο στην ενδοφλέβια όσο και στη μορφή των δισκίων της, είναι απόλυτα αναγκαία η ένταξη της μορφίνης σε πρωτόκολλα αναλγησίας καρκινικού πόνου στα ελληνικά νοσοκομεία και η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των ιατρών που έρχονται αντιμέτωποι με ογκολογικούς ασθενείς. Μόνο έτσι θα είναι δυνατή η στροφή στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου στη χώρα μας.

ABSTRACT

Study of Morphine Administration Frequency in Patients with Terminal Cancer in Greek Public Hospitals

Papagoras D. MD, PhD, Kontogeorgou Ch. MD, Philippou P. MD, Tsianos G.I. MD, PhD, Kanara M. MD, PhD

General Hospital of Trikala 1st Surgical Department

Background: Morphine is regarded as a first choice drug in the treatment of mild and intensive acute cancer pain. The total (in mg) consumption per capita per year of morphine constitutes a quality index in the management of acute cancer pain. Accumulated solid data have confirmed the effectiveness and the safety of morphine in cancer

patients. Nevertheless there is also evidence that morphine is underused worldwide, which results in ineffective pain treatment in an unjustified great percentage of cancer patients. The main reasons for this phenomenon called oligoanalgesia in cancer pain have its roots in a number of myths surrounding morphine. **Aim:** This audit was designed to investigate the frequency of morphine administration in patients with acute cancer pain admitted or hospitalized in clinics of the Greek National Health System. **Method:** Questionnaires about the frequency of morphine administration in cancer pain patients and the availability of pain treatment protocols were sent to the departments of oncology, internal and emergency medicine and to hospital pharmacies of the 96 Greek National Health System Hospitals as well. **Results:** The response rate was 100%. Morphine, the first choice analgesic in acute cancer pain, is ordered and administered in only 2 % of the Hospitals of the Greek National Health System. The main reasons to withhold the administration of morphine in cancer patients were related to mythological fears about this opiod: the vast majority of the doctors reported reluctance to morphine administration founded in fear of lethal complications, legal implications, drug addiction and lack of experience. None of the Greek hospitals has a pain treatment protocol, and not a single hospital pharmacy was in position to offer morphine in form of tablets. **Conclusion:** There is a major issue regarding the management of cancer pain in the daily practice of Greek Hospitals, requiring well grounded efforts from the state, but also from the hospitals, in order not only to simplify the access to morphine, but also to incorporate this opiod as a first choice drug for the treatment of acute cancer pain.

Key-words: morphine, cancer pain, Greek National Health System



Corresponding Author: Dr. Dimitrios Papagoras, 48 Ermou str., GR42100 Trikala, Greece., Tel. +30 2431350423, +30 6945236213, e-mail: dpapagoras@hotmail.com

Βιβλιογραφία

1. Pace JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin* 2011, 61:157-182.
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Version I. 2012. In www.nccn.org
3. World Health Organisation (WHO). *Cancer Pain Relief*. Second edition. Geneva, 1996:66-74.
4. Gordon DB. Morphine in cancer pain. *Oncology Issues* 2003, 18:41-42.
5. Eisenberg E, Marinageli F, Birkhahn J, PaladiniA, Varrasi G. Time to modify the WHO analgesic ladder. *Pain Clinical Updates Volume XIII* 2005. In www.iasp-pain.org
6. Moryl N, Coyle N, Foley KM. Managing an acute pain crisis in a patient with advanced cancer. "this is as much of crisis as a code". *JAMA* 2008, 299:1457-1467.
7. Von Gunten CF. Managing pain: determining the right maintenance dose. In www.medscape.com
8. Anderson Fohr S. The double effect of medication. Separating myth from reality. *J Palliat Med* 1998, 1:315-328.
9. Vilensky W. Opioid "mythstakes": opioid analgesics – current clinical and regulatory perspectives. *J Am Osteop Assoc* 2002, 102:S13-S14.
10. Flemming K. The use of morphine to treat cancer related pain: a synthesis of quantitative and qualitative research. *J Pain and Symptom Management* 2010, 39:139-154.
11. McCarberg BH, Dachs R. Managing pain: dispelling the myths. CME video program: American Academy of Family Physicians 2003. In www.aafp.org
12. Φιλίππατος Γ. Προβλήματα και εμπόδια στη διαχείριση του πόνου στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. *Νοσηλευτική* 2012, 51:18-25.

13. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Annals of Oncology* 2008, 19:1985-1991.
14. Reid CM, Goobermann Hill R, Hanks GW. Opioid analgesics for cancer pain: symptom control for the living or comfort for the dying? A qualitative study to investigate the factors influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. *Ann Oncol* 2008, 19:44-48.
15. Εφημερίδα Καθημερινή. Η Μορφίνη μπορεί να βοηθήσει στην εξάπλωση του καρκίνου. Δημοσίευμα της 23 Νοεμβρίου 2009. In www.kathimerini.gr
16. Grossmann SA, Nesbit S. Cancer pain. In *Abelof's Clinical Oncology 2008* Churchill Livingstone 2008. An Imprint of Elsevier. Available at www.md-consult.com
17. Grossman SA, Dunbar EM, Nesbit SA. Cancer pain management in the 21st century. *Oncology* 2006, 20:1333-1340.
18. British Pain Society. Cancer Pain Management 2010. In www.britishpainsociety.org
19. Zenz M. Morphine myths. Sedation, tolerance, addiction. *Postgrad Med J* 1991, 67(Suppl 2):S100-102.
20. Regnard C. Double effect is a myth leading a double life. *BMJ* 2007, 334:440.
21. Schlug SA, Zech D, Grond S, Jung H, Meuser T, Stobe B. A long term survey of morphine in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1992, 7:259-266.
22. Maltoni M. Opioids, pain and fear. *Ann Oncology* 2008, 19:5-7.
23. Butola S. They suffer in silence. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2012, 26:167-169.
24. WHO. Pain and Policy Studies Group. Opium consumption statistics. WHO Collaborating Center 2011. In www.painpolicy.wisc.edu (accessed 11.03.2012).
25. Latta KS, Ginsberg B, Barkin RI. Meperidine: a critical review. *Am J Ther* 2002, 9:53-68.
26. The Morphine Manifesto 2012. In www.palliumind-iamanifesto.org