



IASP 2023

GLOBAL YEAR

Integrative Pain Care

BROSZURA INFORMACYJNA

Opracowanie planu zintegrowanej opieki w leczeniu bólu

- **Fiona Blyth, PhD:** School of Public Health, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney, Sydney, Australia
- **Ian Gilron, MD, MSc, FRCPC:** Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Centre for Neuroscience Studies; School of Policy Studies, Director, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada
- **Tory Madden, PhD:** Department of Anaesthesia and Perioperative Medicine; Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, Cape Town, South Africa
- **Saurab Sharma, PhD:** Centre for Pain IMPACT, Faculty of Medicine and Health, University of New South Wales, Neuroscience Research Australia, Sydney, Australia

Czym jest plan zintegrowanej opieki w leczeniu bólu?

Plany leczenia bólu opracowywane są w ramach uzgodnionych modeli opieki specyficznych dla poszczególnych systemów opieki zdrowotnej lub służby zdrowia. Są to zorientowane na pacjenta, zindywidualizowane plany leczenia wyznaczane na podstawie biopsychospołecznej ocenie odczuwanego bólu, jego konsekwencji oraz czynników odpowiadających za jego rozwój, z jednoczesnym uwzględnieniem preferencji pacjenta i dostępnych zasobów. Plan powinien zawierać sformułowanie celów/wyników leczenia uznanych za istotne przez osobę leczoną i uzgodnione z lekarzem prowadzącym. Należy sporządzić syntezę wyników oceny klinicznej w postaci opisu przypadku, którego adekwatność powinna zostać potwierdzona przez osobę leczoną. W ramach planu opieki lekarz prowadzący powinien wskazać, które aspekty opisu przypadku (np. doświadczany ból, nastrój, poziom aktywności i sen) będą celem poszczególnych interwencji oraz wyznaczyć harmonogram zawierający kolejność i sposób dostarczania ww. interwencji. Lekarz powinien wyjaśnić plan opieki osobie leczonej w celu upewnienia się, że istnieje wspólne zrozumienie działań, które mają zostać podjęte oraz ról osoby leczonej i lekarza(-zy) prowadzącego(-ych) w realizacji planu. Najkorzystniej jest, gdy plany opieki w leczeniu opierają się na interdyscyplinarnym podejściu dopasowanym do danego przypadku. Centralnym elementem podejścia interdyscyplinarnego jest zebranie multidyscyplinarnego zespołu z uzgodnionym podejściem do rozpoznania, celów leczenia i planów, w tym planów w zakresie

obserwacji kontrolnej i przeglądów. Zgodnie z opisem przedstawionym w *Broszurze Informacyjnej 1*, zintegrowaną opiekę w leczeniu bólu definiujemy jako *oferowaną osobie cierpiącej z powodu bólu starannie zaplanowaną integrację szeregu opartych na dowodach podejść terapeutycznych; w ramach ww. integracji dąży się do indywidualizacji opieki (zorientowania na pacjenta) z jej jednoczesnym oparciem na znanych mechanizmach i czasową koordynacją działań*. W skład opieki zintegrowanej mogą ponadto wchodzić strategie leczenia z różnych dziedzin medycyny komplementarnej/alternatywnej, medycyny tradycyjnej lub obu wyżej wymienionych. Łączenie wszelkich interwencji – niezależnie od tego, czy wiąże się z mieszaniem podejść konwencjonalnych z innymi podejściami, czy też nie – wymaga skoordynowanej współpracy między lekarzami a osobą doświadczającą bólu.

Co to jest model opieki?

Jak opisano powyżej, opracowywanie i dostarczanie zintegrowanych planów opieki w leczeniu bólu powinno optymalnie odbywać się w ramach uzgodnionego modelu opieki prowadzonej w placówce opieki zdrowotnej. Model opieki definiuje się jako oparte na dowodach specyficznych dla danej jurysdykcji (warunków opieki) ramy określające rodzaj opieki, jaką powinien zostać objęty pacjent wraz ze sposobami świadczenia tej opieki w ramach danej jurysdykcji, wraz z adaptacjami do lokalnych warunków, zasobów, infrastruktury i potrzeb populacyjnych (Speerin i wsp., 2020). Model opieki powinien również wyznaczać wyznaczać i uzgadniać role i obowiązki pacjenta oraz podmiotów świadczących opiekę zdrowotną w ramach modelu

opieki. W praktyce istnieje wiele placówek opieki zdrowotnej, w których zintegrowana opieka świadczona jest obecnie bez spójnego modelu opieki.

Istnieją znaczne różnice, nawet w krajach o najwyższych dochodach, w zakresie możliwości tworzenia interdyscyplinarnych modeli opieki w oparciu o multidyscyplinarne zespoły specjalistów. Innymi słowy, obecność multidyscyplinarnego zespołu nie gwarantuje interdyscyplinarności świadczonej opieki. Opieka taka wymaga starannego planowania, a także regularnej komunikacji w zespole leczniczym.

Jakie są korzyści z opracowania planów zintegrowanej opieki w leczeniu bólu?

Model opieki integrujący różne interwencje/podejścia terapeutyczne zwiększa możliwość nakierowywania leczenia na różne objawy i czynniki odpowiedzialne za utrzymywanie się klinicznych stanów bólowych. Ponadto istnieje większe prawdopodobieństwo, że plan taki będzie dopasowany do preferencji i celów danej osoby. Dodatkowa korzyść z wdrożenia specjalnie ukierunkowanych i połączonych interwencji polega na minimalizacji nadmiarowości i maksymalizacji szans na uzyskanie synergistycznego efektu leczenia. Ma to szczególne znaczenie w warunkach ograniczonych zasobów (np. w krajach o niskim i średnim dochodzie) oraz w przypadkach, w których możliwe jest zmaksymalizowanie korzyści poprzez połączenie dostępnych zasobów zarządzania bólem (np. niedrogie leki z prostymi strategiami edukacyjnymi i fizjoterapeutycznymi).

Jakie są wyzwania związane z zastosowaniem zintegrowanego podejścia w planach leczenia bólu?

Oprócz wyzwań określonych w *Broszurze Informacyjnej 1*, możliwe jest istnienie ograniczeń w ramach systemów opieki zdrowotnej, takich jak ograniczenia finansowania (np. dla dwóch lub większej liczby pracowników służby zdrowia leczących tego samego pacjenta w tym samym czasie lub w ramach ustanowionego zespołu) lub brak porozumień w zakresie wzajemnej odpowiedzialności między różnymi podmiotami świadczącymi opiekę zdrowotną. Choć powszechne na całym świecie, wyzwania te są bardziej widoczne w regionach o niskim poziomie społeczno-ekonomicznym z ograniczoną liczbą wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia (Sharma i wsp., 2019). Bariery dla stosowania planów mogą okazać się również oczekiwania pacjentów, na przykład w sytuacjach, gdy istnieje rozbieżność między opieką oczekiwaną, a opieką otrzymywaną lub gdy pacjent nie był aktywnie zaangażowany w procesie

opracowania i nie rozumie modelu opieki wdrażanego w postaci planu leczenia bólu. Wiele środowisk (np. w krajach o niskim i średnim dochodzie oraz wiejskich i społeczno-ekonomicznych regionach krajów o najwyższym dochodzie) może borykać się z brakiem pracowników służby zdrowia posiadających doświadczenie w zakresie leczenia bólu, a w szczególności tych z podwójnym doświadczeniem w zakresie leczenia bólu i opieki zintegrowanej. Istnieje potrzeba opracowania innowacyjnych rozwiązań umożliwiających zapewnienie wysokiej jakości opieki nad pacjentem doświadczającym bólu, takich jak na przykład współprojektowanie interwencji z użytkownikami końcowymi (zarówno lekarzami, jak i świadczeniobiorcami). W przypadkach braku dostępności multidyscyplinarnych zespołów leczenia bólu, szczególnie w obszarach wiejskich, o wartości dodanej może stanowić międzydyscyplinarne szkolenie pracowników służby zdrowia. Przykłady mogą obejmować szkolenie środowiskowych pracowników służby zdrowia lub asystentów zdrowotnych w zakresie oferowania ćwiczeń lub opieki promującej samoleczenia oraz szkolenie sprzymierzonych pracowników służby zdrowia w zakresie uwzględniania zasad zmiany wzorców zachowań w oferowanym leczeniu.

W wielu obszarach wiejskich, gdzie lekarze ogólni są rzadko dostępni, tego rodzaju podejścia międzyspecjalnościowe powinny stać się priorytetowym obszarem badań i oceny.

Podsumowanie i wnioski

Niesienie ulgi w doświadczeniu bólu w domenie biologicznej, psychologicznej i społecznej wymaga zintegrowanej opieki. Zrównoważenie potrzeb i dostępnych zasobów systemów opieki zdrowotnej może wymagać lokalnych adaptacji planów opieki. Historie sukcesu osiągniętego w jednym kraju można wypróbować i testować w innych krajach o podobnych systemach opieki zdrowotnej i uwarunkowaniach kulturowych (patrz np. Cardoso i wsp., 2012).

Piśmiennictwo

1. Cardoso M, Osman ZJ, Nicholas MK, Tonkin L, Williams A, Aziz KA, Ali RM, Dahari NM. Self-management of chronic pain in Malaysian patients: effectiveness trial with 1-year follow-up. *Translational Behavioral Medicine* 2012; 2 (1):30-37
2. Sharma S, Blyth FM, Mishra SR, Briggs AM. Health system strengthening is needed to respond to the burden of pain in low- and middle-income countries and to support healthy ageing. *J Glob health* 2019; (2): 020317.
3. Speerin R, Needs C, Chua J, Woodhouse LJ, Nordin M, McGlasson R, Briggs AM. Implementing models of care for musculoskeletal conditions in health systems to support value-based care. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2020; 34 (5): 101548