

Zašto raskorak između dokaza i prakse?

Dovoljno dokaza rezimiranih u pridruženim tekstovima ovog informatora (fact sheets), pokazuju da optimalni tretman akutnog bola:

- Poboljšava kvalitet života i zadovoljstvo pacijenata sa lečenjem;
- Smanjuje rizik od mnogih komplikacija (venske tromboze);
- Dozvoljava ranije otpuštanje;
- Olakšava oporavak kroz mnoge mehanizme (smanjen stres odgovor);
- Može povećati sredstva za kliničko zbrinjavanje (tj. minimizacija poremećenog oporavka pacijenta) i smanjiti kratkoročne i dugoročne troškove lečenja.

Bitni dokazi visokog kvaliteta potvrđuju efikasnost različitih klasa medikamenata i načina njihovog davanja (uključujući regionalnu anesteziju) i nemedikamentoznih tehnika za pacijente sa akutnim bolom zbog operacije, povrede ili bolesti. Dokazi takođe ističu značaj individualnog zbrinjavanja i razmatranja u kliničkom kontekstu (raspoloživa sredstva).

Međutim, obilni dokazi takođe ukazuju na raširenu neadekvatnu procenu i tretman akutnog bola i nedovoljnost proaktivnih planova za bol [8]. Raskoraci između dokaza i prakse su različitog tipa. Neki odražavaju opšte barijere implementacije dokaza i ishodom zasnovane prakse [3,9]. Drugi tip raskoraka između dokaza i prakse je uniformna, rigidna aplikacija dokaza zasnovanih na populaciji kao što su velike randomizovane kontrolisane studije (RCT), individualni pacijenti bez uzimanja u obzir njihovih varijabilnosti, njihovih preferencija ili specifičnosti kliničkog konteksta [4]. Druge barijere od naročitog značaja za optimalno zbrinjavanje akutnog bola odražavaju slabosti, koje potiču od dugotrajnih, prevalentnih mitova oko akutnog bola i značaja njegovog zbrinjavanja [8,12].

Raskoraci u kvalitetu zbrinjavanja bola odražavaju:

- Probleme vezane za zdravstvene profesionalce;
- Probleme vezane za pacijente;
- Probleme vezane za zdravstveni sistem.

Problemi vezani za zdravstvene profesionalce, uključuju:

- Staromodne i neadekvatne stavove i znanja, tj. pogrešne ideje da:
 - Kontrola postoperativnog bola interferira sa hirurškim komplikacijama;
 - Operacija mora biti udružena sa bolom;
 - Pacijenti, koji glasno govore o bolu su nervozni i galamđžije.
- Nacionalne razlike sa razlikama koje se odnose na profesionalna društva, te razlike u interpretaciji dokaza
- "Klinička inercija" [10], tj. sporost da se modernizuje individualna praksa u svetlu razvijenih dokaza [1];
- Neadekvatno osoblje u akutnom servisu za bol, rezultujući u *ad hoc* naporima, koji su usmereni prema tretmanu bola, pre nego sistematičnom preveniranju [9,11];
- Nekompletna, sporadična i nestandardna procena bola;
- Opiofobija;
- Preterana zabrinutost oko neželjenih efekata tretmana bola;
- Ograničeni transfer rezultata randomizovanih kontrolisanih studija (RCT) u kliničku praksu.

Problemi vezani za pacijente, uključuju:

- Staromodne i pogrešne ideje slične onima, koje su iznete gore za zdravstvene profesionalce;
- Verovanje da se "dobar" pacijent ne žali na bol i ne pokazuje patnju (kulturalni faktori);
- Tendencija biti zadovoljan sa neadekvatnom kontrolom bola, naročito kada se zdravstveni radnici doživljavaju kao brižni i podržavajući [5];

- Nerado prihvatanje medikacije za bol zbog neželjenih efekata (mučnina, povraćanje) i drugih posledica (adikcija, tolerancija);
- Nedostatak svesnosti o značaju kontrole bola u optimizaciji kratkoročnih i dugoročnih ishoda (tj. hronični bol);
- Nedostatak organizovanih društava pacijenata (i njihovih porodica) koji imaju neke hronične bolesti, uključujući malignitet.

Problemi vezani za zdravstveni sistem, uključuju:

- Nizak prioritet edukacije zdravstvenih profesionalaca u vezi kontrole bola;
- Niska vrednost saglasnosti prema preferencijama pacijenata;
- Regulatorni uticaji u vezi upotrebe kontrolisanih supstanci;
- Prihod nastao kao rezultat tretmana bola često je neadekvatan (fragmentisan, oštećene isplativosti);
- Pomeranje troškova (osiguranja);
- Neadekvatna infrastruktura, uključujući znanje personala da primeni medikaciju i druge intervencije (analgezija kontrolisana od strane pacijenta, kognitivno-bihevioralne tehnike);
- Restrikcije u praksi, takve kao regulacije koje dozvoljavaju sestrama da ordiniraju injekcije samo intramuskularno ili subkutano, a ne i intravenski;
- Slabost da se "uhvate" kratko i dugoročni ishodi, koji bi mogli biti u korelaciji sa adekvatnom kontrolom bola [6,13];
- U odnosu na teret akutnog bola, ulaganja za bazična, translacionalna i klinička istraživanja su disproportionalno niska [2,7].

Literatura

- [1] Bernhardt GA, Kornprat P, Cerwenka H, El-Shabrawi A, Mischinger HJ. Do we follow evidence-based medicine recommendations during inguinal hernia surgery? Results of a survey covering 2441 hernia repairs in 2007. *World J Surg* 2009;33:2050–5.
- [2] Bradshaw DH, Empy C, Davis P, Lipschitz D, Dalton P, Nakamura Y, Chapman CR. Trends in funding for research on pain: a report on the National Institutes of Health grant awards over the years 2003 to 2007. *J Pain* 2008;9:1077–87.
- [3] Braun BI, et al. Understanding factors that affect organizational improvement. In: Braun BI, et al., editors. *Improving the quality of pain management through measurement and action*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2003. p 59–65.
- [4] Carr DB. When bad evidence happens to good treatments. *Reg Anesth Pain Med* 2008;33:229–40.
- [5] Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:211–20.
- [6] Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, Bookbinder M. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcomes measures. *Pain Manage Nurs* 2002;3:116–30.
- [7] Lynch ME, Schopflocher D, Taenzer P, Sinclair C. Research funding for pain in Canada. *Pain Res Manage* 2009;14:113–11.
- [8] Macintyre PE, Scott DA. Reasons for undertreatment. In: Chapter 43. *Acute pain management and acute pain services*. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins and Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*, 4th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 1037–8.
- [9] Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. *Pain* 1999;80:23–9.
- [10] Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825–34.
- [11] Stamer UM, Mpasios N, Stüber F, Maier C. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med* 2002;27:125–131.
- [12] Uppington J. Implementation of guidelines. In: Chapter 3. *Guidelines, recommendations, protocols and practice*. In: Shorten G, Carr DB, Harmon D, Puig MM, Browne J, editors. *Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p 18–20.
- [13] Wu CL, Fleisher LA. Outcomes research in regional anesthesia and analgesia. *Anesth Analg* 2000;91:1232–42.