

# PAIN

PAŹDZIERNIK 2010-2011

## W jaki sposób wprowadzać zmiany

Pomimo wysokiej jakości dowodów oraz zaawansowanych medycznych i niemedycznych metod leczenia ból ostry nadal nie jest w dostatecznym stopniu oceniany i leczony. Różnice w opiece klinicznej są w dużym stopniu wynikiem niejasności będących rezultatem niedostatecznej ilości badań lub różnego interpretowania i rozpowszechniania właściwych dowodów. Różnorakie podejmowane interwencje, włączając w to zalecenia i oceny przydatności, miały niewielki widoczny wpływ na praktykę kliniczną.

### Co trzeba zrobić, żeby ułatwić wprowadzanie zmian?

Przyszłe randomizowane badania kontrolowane jako podstawa zaleceń opartych na dowodach naukowych powinny:

- Odnosić się do bardziej realistycznych sytuacji klinicznych (np. pacjentów w wieku podeszłym albo pacjentów ze schorzeniami współistniejącymi)
- W większym stopniu koncentrować się na efektach w zakresie funkcjonowania pacjenta, niepożądanych objawach związanych z leczeniem bólu, i jakości życia w połączeniu z ulgą w dolegliwościach bólu jako głównym kryterium skuteczności leczenia;
- Uwzględniać analizę stosunku kosztów i użyteczności, a nie tylko różnice w skuteczności pomiędzy różnymi metodami leczenia.

Zalecenia oparte o dowody naukowe powinny być:

- Napisane w sposób czytelny dla członków zespołu leczącego nie mających kontaktu z „językiem naukowym” ;
- Dostępne w placówkach leczniczych;
- Często sprawdzane w celu stwierdzenia, czy zalecenia przekładają się na lepszy wynik w praktyce klinicznej;
- Powiązane ze strategią wprowadzania i uwzględniać:
  - Systemy przypominania, monitorowania i informacji zwrotnych;
  - Edukację interaktywną;
  - Audyty;
  - Systemy certyfikacji/akredytacji;
  - Systemy wynagradzania (opłaty za wykonanie);
  - Włączenie w istniejący system zarządzania jakością.

Zalecenia oparte o dowody naukowe powinny być uzupełniane przez:

- Informacje zwrotne i analizę porównawczą wskaźników jakości związanych z wynikiem leczenia pacjenta;
- Zorganizowanie rejestru danych w celu monitorowania rzadko występujących sytuacji klinicznych i efektywności metod leczenia;
- Kliniczne systemy wspierania decyzji (oparte zarówno o wiedzę, jak i o opisy przypadków) pomagające klinicydom w placówkach leczniczych.

Pacjenci, ich krewni i opinia publiczna powinni być:

- Informowani o istotności odpowiedniego leczenia bólu i konsekwencjach niedostatecznej kontroli bólu;
- Powiadomieni o zakresie bezpieczeństwa i efektywności strategii leczenia bólu;
- Uznawani za najbardziej wartościowe źródło informacji zwrotnych odnośnie jakości leczenia bólu (z preferowaniem wykorzystania ocen dokonywanych przez pacjentów) ;
- Kształceni i wspierani w zakresie strategii leczenia bólu.

Nie powinno się jednakowoż wzbudzać nierealistycznych oczekiwań pacjenta odnośnie stopnia ulgi w bólu i celów opieki okołoperacyjnej.

Pracownicy opieki zdrowotnej powinni:

- Uznawać leczenie bólu za istotną, ale nie jedyną część opieki okołoperacyjnej;
- Umieścić leczenie bólu w ramy postępowania klinicznego razem z ogólniejszym celem ograniczenia komplikacji, usprawnienia rehabilitacji oraz optymalizacji stosunku kosztów i użyteczności opieki okołoperacyjnej;
- Być wspierani poprzez strategie koncepcyjne akceptowane i formalnie wspierane przez administrację szpitalną, instytucje rządowe i społeczeństwo.

Uśmierzanie bólu ostrego powinno:

- Stać się obowiązkowym elementem nauczania we wszystkich uczelniach medycznych i pielęgniarzkich;
- Być elementem kształcenia administracji medycznej;
- Być kierowane poprzez ustanowienie państwowych strategii i struktur, z uwzględnieniem wszystkich zajmujących się bólem na poziomie naukowym i praktycznym.

Dostęp do leków uśmierzających ból ostry powinien być usprawniany poprzez:

- Zmiany w zakresie regulacji rynku leków w celu ułatwienia dostępu do niedrogich analgetyków
- Zmiany w polityce rządowej dotyczącej kontroli substancji leczniczych.

#### **Piśmiennictwo**

[1] Anderson T. The politics of pain. *BMJ* 2010;341:328–30.

