



Co rozumiemy przez „zintegrowaną opiekę w leczeniu bólu”?

- **Susanne Becker, PhD:** Department of Experimental Psychology, Heinrich Heine University Düsseldorf, Düsseldorf, Germany
- **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
- **Nantthasorn Zinboonyahoon, MD:** Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Thailand

Istnieje szereg proponowanych definicji opieki zintegrowanej, którym to terminem na ogół określa się połączenie dwóch lub większej liczby strategii terapeutycznych, charakteryzujące się jednocześnie elementami: 1) [multidyscyplinarności](#), 2) [interdyscyplinarności](#), 3) oparcia na współpracy, 4) konsultatywności i 5) skoordynowania [1–3]. W skład opieki zintegrowanej mogą wchodzić strategie leczenia z różnych dziedzin medycyny kompleksarnej/alternatywnej, medycyny tradycyjnej lub obu wyżej wymienionych.

Na potrzeby Światowego Roku IASP 2023 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 celu przedstawienia ogólnych zasad skupimy się na najprostszym przykładzie integracji tylko dwóch różnych interwencji.

Jakie są korzyści ze zintegrowanej opieki w leczeniu bólu?

Kliniczne zaburzenia bólowe związane są z szeregiem wymiarów i manifestacji biologicznych, psychologicznych i społecznych, w tym między innymi z odczuwaniem bólu, lękiem, niepokojem, zaburzeniami snu, zmęczeniem, depresją oraz upośledzeniem sprawności fizycznej, obniżeniem czynności seksualnej i (lub) poznawczej, a także sprawności funkcjonowania w życiu codziennym, zawodowym i (lub) społecznym. W przedklinicznych badaniach neuronaukowego podłoża bólu ujawniono szereg równoległych szlaków i mechanizmów odpowiedzialnych za per-

cepcję bólu. Ponieważ ból opiera się właśnie na złożonych interakcjach biopsychospołecznych [4], jest mało prawdopodobne, by dowolna pojedyncza interwencja mogła całkowicie złagodzić ból lub jakiegokolwiek związane z nim objawy niepożądane. Fakt ten przemawia za zasadnością przemyślanej integracji wielu różnych interwencji, ukierunkowanych na najbardziej uciążliwe i (lub) modyfikowalne objawy kliniczne, podejmowanej w celu uzyskania korzystnych, zindywidualizowanych wyników leczenia.

Dwie różne – tj. działające za pomocą różnych domniemyanych mechanizmów – interwencje mogą, o ile jest to możliwe, zostać zintegrowane czasowo, z oczekiwaniem dodatkowego, a nawet synergistycznego, współdziałania (np. połączenie ćwiczeń z terapią poznawczo-behawioralną w przypadku lęku związanego z bólem). Ewentualnie, jeśli oczekuje się, że pierwsza interwencja ułatwi dostarczenie i zwiększy powodzenie drugiej interwencji, korzystne może być, by dwie różne interwencje zostały zintegrowane sekwencyjnie (np. zewnątrzoponowe wstrzyknięcie sterydów z następczymi ćwiczeniami pleców pod kierownictwem instruktora).

Istnieją jak dotąd ograniczone dowody umożliwiające kierowanie wyborem interwencji, które u osoby leczonej należy zintegrować, w oparciu na mechanizmie ww. interwencji, jednoczasowo lub sekwencyjnie. Inną zaletą opieki zintegrowanej jest przyznanie przed osobą leczoną możliwości odniesienia istotnej korzyści z zastosowania kilku różnych modalności terapeutycznych. W konsekwencji osoba leczona uzyskuje wgląd w złożoność kwestii bólu i jego modulowania; pewną pomocniczą rolę może odgrywać możliwość wyboru i zaangażowania osoby leczonej w proces opracowywania planu leczenia.

Na czym polegają niektóre z aspektów złożoności zintegrowanej opieki w leczeniu bólu?

Dwie lub większą liczbę interwencji w leczeniu bólu należy stosować razem jedynie wtedy, gdy łączny profil korzyści w stosunku do kosztów i (lub) ryzyka jest korzystniejszy niż w przypadku każdej z interwencji rozpatrywanej oddzielnie. W związku z tym, w idealnym przypadku należy dla każdej rozważanej interwencji wziąć pod uwagę dodatkowe koszty, zagrożenia, działania niepożądane i korzyści z zastosowania podejścia skojarzonego.

W porównaniu z pojedynczą interwencją, podejmowaną w leczeniu bólu, zapewnianą przez jednego klinicystę, integracja dwóch lub większej liczby interwencji potencjalnie wiąże się: 1) ze zwiększeniem kosztów (dla osoby leczonej i (lub) systemu opieki zdrowotnej); 2) z większym stopniem wykorzystania personelu medycznego; 3) bardziej złożonym planowaniem logistycznym (np. koniecznością zaplanowania i ułożenia konkretnego harmonogramu wszystkich interwencji), 4) brakiem wspólnego wglądu i (lub) motywacji do współpracy między lekarzami różnych specjalności („efekt silosu”), a także 5) większym zapotrzebowaniem na czas i zasoby po stronie osoby leczonej.

Jak wygląda przyszłość wdrażania zintegrowanej opieki w leczeniu bólu?

Pozyskiwanie wiarygodnych dowodów naukowych w dziedzinie leczenia ma kluczowe znaczenie, jednak jest procesem trudnym i zasobożernym. W przypadku złożonych interwencji istnieje konieczność standaryzacji szkolenia dostawców i protokołów leczenia w celu zapewnienia spójności wyników. Rygorystycznie zaplanowane badania mogą wymagać dużych grup uczestników, najbardziej wykwalifikowanych świadczeniodawców oferujących badane interwencje oraz odpowiedniej interwencji kontrolnej (leczenia pozorowanego, placebo lub innego aktywnego komparatora). Ponadto rygorystyczna ocena dwóch połączonych interwencji może wymagać porównania skojarzenia z każdą z interwencji oddzielnie, a także porównania z pozorowaną próbą kontrolną, co prowadzi do konieczności dokonania nawet 6 porównań

w ramach jednego badania.

Najkorzystniejszymi skojarzeniami interwencji w leczeniu bólu będą skojarzenia charakteryzujące się równym (lub większym) bezpieczeństwem i ogólnie większą opłacalnością niż każda interwencja z osobna. W przyszłości powodzenie zintegrowanej opieki w leczeniu bólu będzie zależało od: 1) skutecznej współpracy między klinicystami i badaczami z różnych dziedzin zajmujących się leczeniem bólu; 2) standaryzacji protokołów leczenia złożonych interwencji terapeutycznych; 3) uzyskania wiarygodnych, wysokiej jakości dowodów (np. patrz poz. bibl. 5 i 6) uzasadniających integrację dwóch lub większej liczby interwencji (jak również dowodów wspierających skuteczność każdej interwencji jako takiej) oraz 4) dowodów wpływających na wybór zintegrowanego podejścia do leczenia bólu przez osobę leczoną.

Piśmiennictwo

1. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Serv Res*. 2004 Jul 1;4(1):15. doi: 10.1186/1472-6963-4-15. PMID: 15230977; PMCID: PMC459233.
2. Chiaromonte D, Morrison B, D'adamo C. The integrative approach to pain management. In: Benzon H, Rathmell J, Wu C, Turk D, Argoff C, Hurley R, editors. *Practical Management of Pain*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2022. p.809-822. (ISBN: 9780323711012)
3. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013 Mar 22;13:e010. doi: 10.5334/ijic.886. PMID: 23687482; PMCID: PMC3653278.
4. Nicholas MK. The biopsychosocial model of pain 40 years on: time for a reappraisal? *Pain*. 2022 Nov 1;163 (Suppl 1):S3-S14. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002654. PMID: 36252231.
5. Bernard P, Romain AJ, Caudroit J, Chevance G, Carayol M, Gourlan M, Needham Dancause K, Moullec G. Cognitive behavior therapy combined with exercise for adults with chronic diseases: Systematic review and meta-analysis. *Health Psychol*. 2018 May;37(5):433-450. doi: 10.1037/hea0000578. PMID: 29698018.
6. Hammerich A, Whitman J, Mintken P, Denninger T, Akuthota V, Sawyer EE, Hofmann M, Childs JD, Cleland J. Effectiveness of Physical Therapy Combined With Epidural Steroid Injection for Individuals With Lumbar Spinal Stenosis: A Randomized Parallel-Group Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019 May;100(5):797-810. doi: 10.1016/j.apmr.2018.12.035. Epub 2019 Jan 29. PMID: 30703349.