

OBRAVNAVA BOLEČINE V FIZIKALNI IN REHABILITACIJSKI MEDICINI V SLOVENIJI

APPROACH TO PAIN MANAGEMENT IN PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE IN SLOVENIA

Primož Podbregar¹, dr. med, mag. Klemen Grabljevec¹, dr. med., asist. dr. Zala Kuret¹, dr. Neža Majdič¹, dr. med., dr. Roberto Casale², dr. med.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS – Soča

²Habilita Care & Research Rehabilitation Hospitals, Zingonia (BG), Italija

IZVLEČEK

Izhodišča:

Namen raziskave je bil določiti obseg in karakteristike problematike obravnave bolečine v rehabilitacijski medicini. Zanimalo nas je zaznavanje bremena zmanjšanih zmožnosti zaradi bolečine pri specialistih FRM, njihovo ocenjevanje bolečine, upoštevanje smernic ter navade pri uporabi farmakoloških, fizikalnih in minimalno invazivnih terapij; zanimala nas je tudi samoocena lastnih kompetenc za obravnavo bolečine ter ocena potrebe po dodatnem izpopolnjevanju za obravnavo bolečine.

Metode:

V sodelovanju s Strokovno interesno skupino za bolečino pri Evropskem združenju za FRM smo sestavili vprašalnik, ki smo ga prevedli in prilagodili za področje Slovenije. S pomočjo platforme za spletne ankete smo ga preko elektronske pošte posredovali članom Slovenskega združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino.

Rezultati:

Vprašalnik je izpolnilo 28 specialistov FRM. Vseh 28 vprašanih je bilo mnenja, da bolečina vpliva na izid rehabilitacijske obravnave. Pri tem so delež ocenili z mediano 60 %. Mediana ocenjene pogostosti sledenja smernicam je bila 80 % primerov. Najpogosteje uporabljeni farmakološki terapiji za zdravljenje bolečine sta nesteroidni antirevmatiki in paracetamol; vsi vprašani uporabljajo fizikalne modalitete, minimalno invazivne tehnike pa 57 % vprašanih. Večina (86 %) je podala bodisi odgovor, da ima »nekaj kompetenc«, bodisi »dobre kompetence«, nihče pa odgovora »nimam kompetenc«. Le 14 % jih je menilo, da imajo zelo dobre kompetence.

Abstract

Background:

The purpose of our research was to determine the extent and characteristics of pain in rehabilitation medicine. We were interested in determining how the burden of reduced abilities due to pain is perceived by PRM specialists, their pain assessment, following of different guidelines and the use of pharmacological, physical and minimally invasive therapies as well as self-assessment of own pain management competencies and how they assess the need for additional training for pain management.

Methods:

In cooperation with the Special Interest Scientific Committee for Pain and Disability within European Society for PRM, we compiled a questionnaire, which we translated and adapted for Slovenia. Through an online survey platform, we emailed the questionnaire to the members of the Slovenian Society for Physical and Rehabilitation Medicine.

Results:

Twenty-eight FRM specialists completed the survey. All 28 respondents agreed that pain affects the outcome of rehabilitation. Impact of pain on rehabilitation outcome was estimated with a median of 60 %. At least one of available guidelines is followed by the respondents with a median of 80 % of their cases. The most frequently used pharmacological therapies for the treatment of pain are NSAIDs and paracetamol, all respondents use physical modalities, and minimally invasive techniques are used by 57 % of the respondents. The majority (86 %) gave either the answer that they have "some competencies" or "good competencies",

Zaključek:

Članek po našem vedenju predstavlja prvi poskus opredelitve razsežnosti problematike bolečine v rehabilitacijskem okolju na ravni Republike Slovenije. Rezultati bodo lahko osnova za nadaljnje raziskave na tem področju ter potencial za oblikovanje ukrepov za izboljšanje razumevanja, odkrivanja in obvladovanja te naraščajoče problematike.

Ključne besede:

rehabilitacija; bolečina; specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine; obvladovanje bolečine; samoocena

while no one answered "I have no competencies", and only 14 % think that they have »very good competencies«.

Conclusion:

To our knowledge this is the first attempt to define the extent of pain management problems and its impact in the rehabilitation setting in Slovenia. The results will be used for further research in this area and to design measures for better understanding, detection and management of pain in rehabilitation medicine.

Keywords:

rehabilitation; pain; specialist in physical and rehabilitation medicine; pain management; self-assessment

UVOD

Kronična bolečina je opredeljena kot bolečina, ki vztraja dlje od pričakovanega časa okrevanja oziroma kot bolečina, ki vztraja vsaj tri mesece (1). Danes kronične bolečine ne obravnavamo le kot simptom, temveč kot lastno bolezensko stanje (2, 3). Po nekaterih podatkih je kronična bolečina ena najpogostejših bolezni v svetu (1). Ocenjeno je, da je v Evropi v odrasli populaciji približno 20 % oseb, ki imajo kronične bolečine (2). Po drugih podatkih kronična bolečina ovira od 13 % do 50 % odrasle populacije Združenega kraljestva (3), medtem ko je na Nizozemskem ocenjeno, da je oseb z zmerno do hudo kronično bolečino 18 % populacije (4). Poleg jasnega velikega bremena za telesno in duševno zdravje posameznika predstavlja bolečina tudi pomembno finančno obremenitev za zdravstveni sistem (2). Ocenjeno celokupno finančno breme zaradi kronične bolečine je bilo v ZDA ocenjeno na 150 milijard dolarjev letno (2), oz. celo na več kot 600 milijard dolarjev letno (1). V Evropi je bilo breme za zdravstveni sistem ocenjeno na več kot 200 milijard evrov letno (2).

Kronična bolečina predstavlja še posebej veliko težavo v skupini starostnikov, kjer je pomembno povezana s socialno izolacijo, zmanjšanimi zmožnostmi in večjim bremenom ter stroški za zdravstveni sistem (1). Z ozirom na hitro starajoče se prebivalstvo v zahodnem svetu lahko zato predpostavljamo, da bo breme kronične bolečine v prihodnosti še naraščalo. Ker gre za tako pogosto stanje s tako pomembnimi posledicami in bremenom za posameznika, zdravstveni sistem in družbo, smo bili mnenja, da je potrebno tej tematiki posvetiti več pozornosti.

Kronična bolečina je neločljivo povezana tudi s področjem fizikalne in rehabilitacijske medicine (FRM) (5). Ker lahko brez zadržkov sklepamo, da bo breme obravnave bolečine tudi na področju FRM s prihodnostjo naraščalo, smo se odločili za oblikovanje vprašalnika, namenjenega specialistom FRM, ki delujejo na področju Republike Slovenije, katerega rezultate predstavljamo v tem članku.

Namen naše raziskave je bil ugotoviti, kolikšen je obseg in kakšne so značilnosti problematike (kronične) bolečine v rehabilitacijskem okolju, kako to problematiko vidijo specialisti FRM, kako ocenjujejo njeno breme in njen vpliv na zmanjšane zmožnosti, kako se s problematiko spopadajo z vidika diagnostike, zdravljenja in smernic za obravnavo ter kako ocenjujejo lastne kompetence za obravnavo bolečine in morebitne potrebe po dodatnem izobraževanju na tem področju. Ti podatki nam bodo ponudili boljši vpogled v področje obravnave (kronične) bolečine v rehabilitacijskem okolju, s pomočjo česar bomo lažje oblikovali potrebne ukrepe za izboljšanje razumevanja, odkrivanja in obvladovanja te naraščajoče problematike. Poleg tega nam bodo pomagali pri načrtovanju nadaljnjih raziskav. Kolikor nam je znano, gre za prvo tovrstno raziskavo v našem geografskem območju.

METODE

V sodelovanju z Znanstvenim odborom za posebno interesno področje bolečine in zmanjšanih zmožnosti Evropskega združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino (*angl.* Special Interest Scientific Committee for Pain and Disability of European Society of Physical and Rehabilitation Medicine) je bil sestavljen vprašalnik o obravnavi pacientov z bolečino, ki so ga nato uporabili v različnih geografskih in jezikovnih okoljih. Vprašalnik smo v aprilu 2021 prevedli v slovenščino in ga prilagodili za naše socialno-kulturno okolje. S pomočjo platforme za spletne ankete *Google Forms* smo ga nato po elektronski pošti posredovali specialistom fizikalne in rehabilitacijske medicine, ki so člani Slovenskega združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino (ZFRM) in so na seznamu ZFRM za elektronsko obveščanje. Vprašalnik smo posredovali v maju 2021, čemur sta sledila še dva opomnika. V analizo smo vključili podatke, ki smo jih zbrali do konca julija 2021.

V začetnem delu vprašalnika smo spraševali po osnovnih demografskih podatkih anketiranih, kot so starost, spol, leto diplome na Medicinski fakulteti ipd. V glavnem delu vprašalnika so bila vpra-

šanja o obravnavi bolečine – o ocenjenem povprečnem tedenskem obravnavanem številu pacientov z bolečino, starostni in spolni strukturi teh pacientov, najpogostejših skupin bolezni, zaradi katerih so pacienti napoteni na nadaljnjo obravnavo k specialistom FRM in kateri specialisti jih najpogosteje napotijo; sledila so vprašanja o mnenju anketiranih o vplivu bolečine na izid rehabilitacije, njihovem beleženju prisotnosti bolečine pri pacientih, uporabi smernic pri obravnavi bolečine, pogostosti posameznih vrst kronične in lokalizirane bolečine, o načinih zdravljenja bolečine, samooceni lastnih kompetenc za obravnavo bolečine, o koristnosti dodatnega izpopolnjevanja na tem področju ipd. Ker je celotni vprašalnik preobsežen, ga nismo priložili k temu prispevku.

Statistična analiza

Demografske in osnovne klinične podatke smo statistično analizirali z opisno statistiko in zanje pripravili grafične prikaze. Srednjo vrednost ocenjenih deležev smo prikazali z mediano, ki smo jo za vprašanja, kjer so anketiranci deleže razporejali med različnimi odgovori, normirali. Podatke smo analizirali s pomočjo programa Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corp., Redmond, Washington, ZDA).

Soglasje k etični ustreznosti raziskave je podala Komisija za strokovno medicinsko etična vprašanja Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča.

REZULTATI

Vprašalnik smo po elektronski pošti posredovali specialistom FRM, ki so člani ZFRM in so na seznamu ZFRM za prejemanje elektronske pošte, kar predstavlja 87 specialistov od sicer 100 specialistov FRM v Sloveniji. Vprašalnik je izpolnilo 28 specialistov, kar predstavlja okoli 32-odstotni odziv. Demografski podatki anketiranih so predstavljeni v Tabeli 1.

Tabela 1: Demografski podatki specialistov, ki so odgovorili na vprašalnik.

Table 1: Demographic data of the specialists who answered the questionnaire.

Značilnosti anketirancev	Vrednost (N=28)
Osnovni podatki	
Ženski spol	17 (61%)
Starost, leta: povprečje [SD] (razpon)	48[11] (31 - 75)
Ustanova zaposlitve	
Univerza	3 (11%)
Splošna bolnišnica oz. klinični center z rehabilitacijskim oddelkom	4 (14%)
Splošna bolnišnica oz. klinični center brez rehabilitacijskega oddelka	3 (11%)
Rehabilitacijski center v okviru javne zdravstvene mreže	14 (50%)
Zasebni rehabilitacijski center	1 (4%)
Zasebna ambulanta rehabilitacijska dejavnost	3 (11%)

Število in značilnosti pacientov z bolečino

Specialisti FRM na teden povprečno obravnavajo 23 pacientov z bolečino. Večina anketiranih (89 %) tedensko obravnava 10 ali več pacientov z bolečino. Med pacienti s kronično bolečino prevladujejo tisti v srednjih letih (od 45 let do 65 let), z ocenjeno povprečno starostjo 52 let (SO 11 let). Večina obravnavanih pacientov je žensk. Tri četrtine specialistov je delež obravnavanih žensk ocenilo na 60 % ali več.

Najpogostejše bolezni, zaradi katerih so pacienti z bolečino napoteni k specialistom FRM, so ortopedske bolezni, sledijo nevrološke in revmatološke bolezni. V Tabeli 2 so prikazane normirane mediane ocenjenih povprečij. Paciente z bolečino na nadaljnjo obravnavo k specialistom FRM najpogosteje napotijo specialisti družinske medicine, sledijo ortopedi, revmatologi in nevrologi. V Tabeli 3 so prikazane normirane mediane ocenjenih povprečij. Kar 86 % vprašanih je bilo mnenja, da je bolečina odvisna od oziroma povezana z osnovno boleznijo, zaradi katere so bili pacienti napoteni na nadaljnjo obravnavo, samo 7 % pa je mnenja, da te povezave ni.

Značilnosti bolečine

Specialiste FRM smo vprašali, pri kolikšnem deležu njihovih pacientov je prisotna akutna bolečina, pri kolikšnem kronična bolečina in pri kolikšnem lokalizirana bolečina. Pri tem je bila kronična bolečina opredeljena kot bolečina, ki traja več kot tri mesece, lokalizirana bolečina pa kot površinska bolečina, ki zajema območje velikosti formata približno A4. Specialisti so delež pacientov, pri katerih je prisotna akutna bolečina, ocenili z mediano 30 %, delež pacientov, pri katerih je prisotna lokalizirana bolečina, z mediano 20 % in delež pacientov, pri katerih je prisotna kronična bolečina, z mediano 70 %.

Tabela 2: Normirane mediane ocenjenih povprečij posameznih skupin bolezni, zaradi katerih so pacienti z bolečino napoteni k specialistom FRM.

Table 2: Normalized medians of estimated averages of disease groups which patients with pain are referred to PRM specialists for.

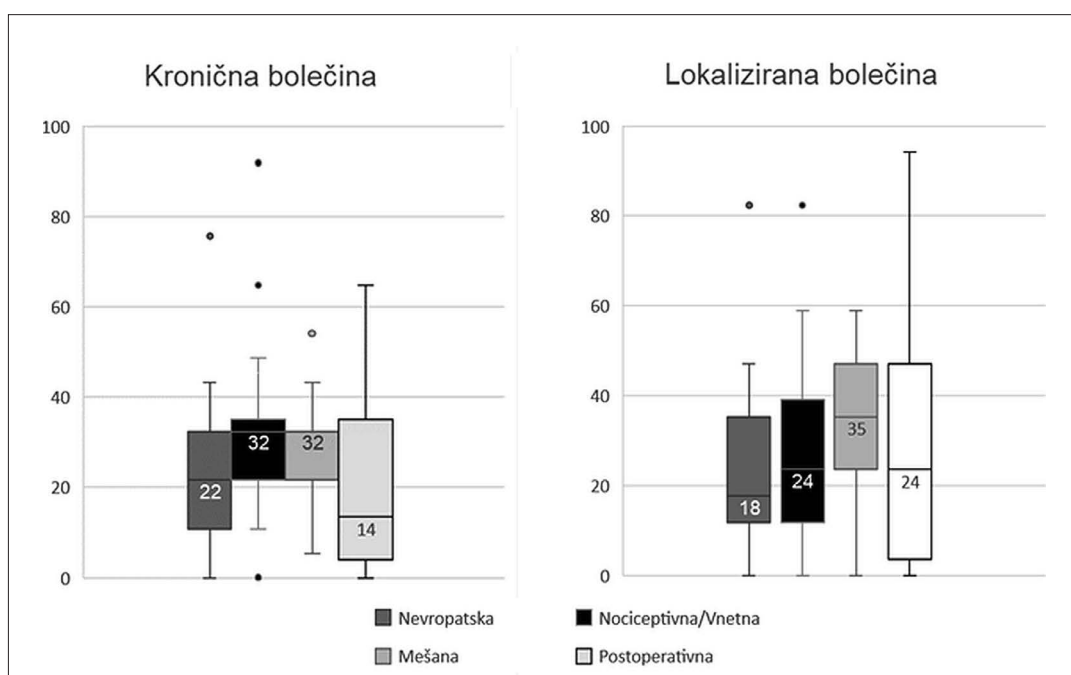
Bolezen/ Disease	Nevrološka/ Neurologic	Ortopedska/ Orthopaedic	Revmatološka/ Rheumatologic	Onkološka/ Oncologic	Drugo/ Other
Mediana/ Median	23 %	58 %	12 %	1 %	6 %

Tabela 3: Normirane mediane ocenjenih povprečij posameznih skupin specialistov, ki paciente z bolečino napotijo na nadaljnjo obravnavo k specialistom FRM.

Table 3: Normalized medians of estimated averages of different specialists who refer patients with pain to PRM specialists.

Specialist	Neur	Ort	Reum	Onk	Zdr	Krg	Drugo/Other
Mediana/ Median	12 %	24 %	12 %	2 %	45 %	2 %	1 %

Legenda/ Legend: Neur – nevrolog/neurologist; Ort – ortoped/orthopaedic surgeon; Reum – revmatolog/rheumatologist; Onk – onkolog/oncologist; Zdr – družinski zdravnik/ general practitioner; Krg – splošni kirurg/general surgeon.



Slika 1: Grafikoni kvantilov za prikaz normiranih median ocenjenih deležev kronične in lokalizirane bolečine pri pacientih, obravnavanih s strani specialistov FRM. Krogi predstavljajo osamelce.

Figure 1: Boxplots showing normalized median estimated proportions of chronic (left) and localized pain (right) in patients treated by PRM specialists. Circles denote outlier.

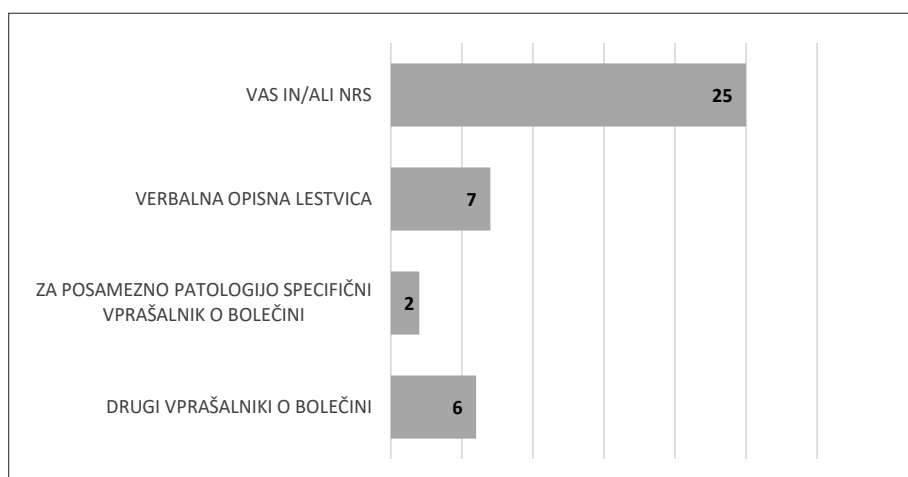
Pri opredelitvi vrste kronične bolečine sta bili najpogostejši nociceptivna/vnetna in mešana bolečina, pri lokalizirani pa mešana bolečina (Slika 1).

Ocena bremena bolečine

Vseh 28 sodelujočih specialistov FRM je bilo mnenja, da bolečina vpliva na izid rehabilitacijske obravnave. Pri tem so delež, pri katerem je po njihovi oceni bolečina vplivala na izid rehabilitacije, ocenili z mediano 60 %. Samo 21 % vprašanih je ocenilo, da je do tega prišlo v manj kot polovici primerov. Več kot tretjina vprašanih (36 %) je ocenila, da se to zgodi v 80 % primerov ali več.

Pristop k obravnavi bolečine in smernice

Vsi specialisti, sodelujoči v raziskavi, svoje paciente običajno povprašajo po prisotnosti bolečine. Velika večina (82 %) jih prisotnost bolečine in njeno jakost vedno meri ter beleži, ostali pa bodisi redko, bodisi ne vedno, bodisi zgolj, kadar je nujno. Najpogosteje za to uporabijo številske lestvice (Slika 2).



Slika 2: Načini merjenja jakosti bolečine.

Figure 2: Methods of measuring pain intensity.

Vseh 28 specialistov, vključenih v raziskavo, je odgovorilo, da bolečino zdravijo vedno. Pri tem jih 57 % vedno zdravi vse vrste bolečine, 43 % pa bolečino zdravi, vendar ne vseh vrst bolečine.

Sedemindvajset vprašanih (96 %) je odgovorilo, da smernicam sledijo vedno (6), običajno, vendar ne vedno (19) ali zelo redko (2). Mediana ocenjene pogostosti sledenja smernicam je bila 80 %. Pri tem jih 16 sledi nacionalnim smernicam, devet jih sledi smernicam IASP, šest smernicam WHO in pet smernicam EFNS. Pri tem vprašanju je bilo možnih več odgovorov.

Zdravljenje bolečine

Na področju farmakološkega zdravljenja pacientov z bolečino največ specialistov FRM pri svojem delu uporablja nesteroidne antirevmatike, paracetamol in šibke opioide (Slika 3). Pri tem sta najpogosteje uporabljeni farmakološki terapiji za zdravljenje bolečine sistemski nesteroidni antirevmatiki in paracetamol. Delež pacientov, ki jih specialisti zdravijo z nesteroidnimi antirevmatiki, kot tudi delež pacientov, ki jih zdravijo s paracetamolom, so specialisti ocenili z mediano 30 % (Tabela 4).

Tabela 4: Mediane ocenjenega deleža pacientov, ki jih specialisti zdravijo z navedenimi farmakološkimi agensi.

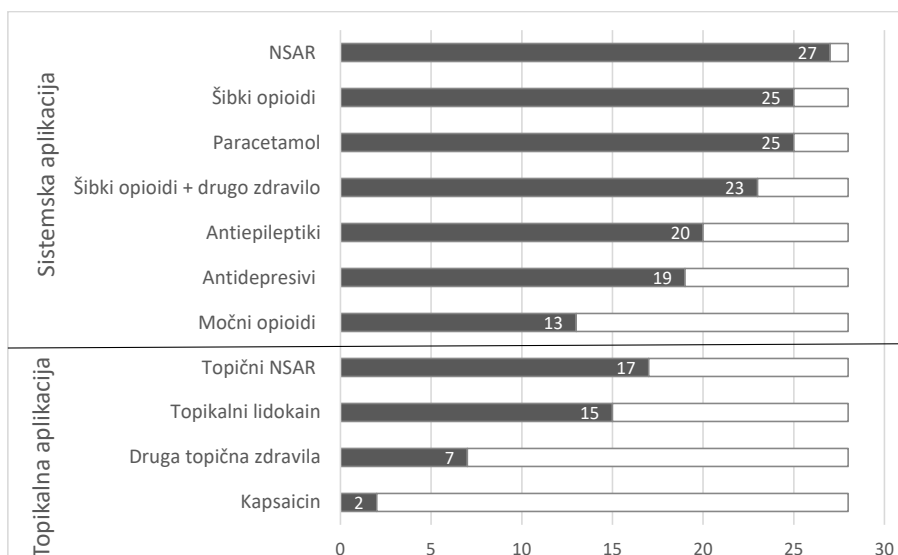
Table 4: Median estimated percentage of patients treated with different pharmacological agents.

Farmakološki agensi/ Pharmacological agents	Mediana/ Median
NSAR – sistemsko	30 %
Paracetamol – sistemsko	30 %
Šibki opioidi – sistemsko	10 %
Šibki opioidi v kombinaciji – sistemsko	10 %
Močni opioidi – sistemsko	0 %
Antiepileptiki – sistemsko	5 %
Antidepresivi – sistemsko	10 %
NSAR – topično	10 %
Lidokain – topično	1 %
Kapsaicin – topično	0 %
Druga topična zdravila	0 %

Legenda/ Legend: NSAR – nesteroidni antirevmatiki/ non-steroid anti-rheumatic drugs

Slika 3: Število specialistov, ki pri zdravljenju bolečine uporabljajo posamezne farmakološke agense.

Figure 3: Number of specialists who use the listed pharmacological agents in the treatment of pain.



Legenda/ Legend: NSAR – nesteroidni antirevmatiki/ non-steroid anti-rheumatic drugs

Tabela 5: Število specialistov, ki pri zdravljenju bolečine uporablja posamezne fizikalne modalitete.**Table 5:** Number of specialists who use the listed physical agent modalities in the treatment of pain.

Fizikalna modaliteta / Physical modality	Vrednost (delež)/ Value (proportion)
Elektroterapija	27 (96 %)
TENS	16 (57 %)
Interferenca	12 (43 %)
InterX	5 (18 %)
Diadinamična terapija	1 (4 %)
PENS	1 (4 %)
Galvanizacija	1 (4 %)
Neopredeljeno	9 (32 %)
Magnetoterapija	17 (61 %)
Ultrazvok	16 (57 %)
Laser	16 (57 %)
Termoterapija	6 (21 %)
Bioptron	5 (18 %)
Kinezioterapija	4 (14 %)
Tarčna radiofrekvenčna terapija (TRT)	1 (4 %)
Super magnetoterapija (Super Inductive System – SIS)	1 (4 %)
Suho iglanje	1 (4 %)
Aparaturna limfna drenaža	1 (4 %)
Biospectrum	1 (4 %)
Hidroterapija	1 (4 %)
Manualne tehnike	1 (4 %)
Principi nevrofizioterapije	1 (4 %)

Vseh 28 anketiranih specialistov FRM za pomoč pri obvladovanju bolečine uporablja fizikalne modalitete. Najpogosteje uporabljajo elektroterapijo (96 %) in magnetoterapijo (61 %). Porazdelitev uporabe fizikalnih modalitet je predstavljena v Tabeli 5.

Minimalno invazivne tehnike za zdravljenje bolečine pri svojem delu uporablja 16 (57 %) vprašanih, najpogosteje protibolečinske infiltracije mehkih tkiv in/ali intraartikularne infiltracije ter punkcije, ki jih uporablja 11 vprašanih (39 %). Preostale intervencije, kot so akupunktura (štirje vprašani; 14 %), suho iglanje (trije vprašani; 11 %), akupresura (eden vprašani; 4 %) in blokade spinalnih korenin (eden vprašani; 4 %), so redkejšje.

Samoocena kompetenc za obravnavo bolečine

Le nekaj več kot desetina vključenih specialistov FRM (14 %) meni, da ima *zelo dobre kompetence* s področja zdravljenja in obvladovanja bolečine za postavljanje ustrezne diagnoze ter

načrtovanje ustreznega zdravljenja. Skoraj polovica (46 %) jih meni, da ima *dobre kompetence*, ostali (39 %) menijo, da imajo *nekaj kompetenc*, ki pa jih ne ocenjujejo kot dobre ali zelo dobre. Nihče ne meni, da *nima kompetenc*.

Več kot tri četrtine (79 %) se jih je strinjalo, da bi bilo pridobivanje dodatnega znanja s tega področja *zelo koristno*. Ostali so menili, da bi bilo *koristno* (18 %) in le eden od vključenih je menil, da bi bilo *koristno v manjši meri*. Nihče ni menil, da bi bilo *nekoristno*.

Pri zadnjem vprašanju, ki je bilo odprtega tipa, so specialisti lahko opredelili, na katerih področjih zdravljenja in obvladovanja bolečine bi po njihovem mnenju najbolj potrebovali obnovev ali dopolnitev svojega znanja. Odgovori so se največkrat nanašali na področje kronične (razširjene/trdovratne) bolečine in fibromialgije (8 odgovorov), na področje minimalno invazivnih tehnik oziroma infiltracij (7 odgovorov) ter na področje uporabe peroralnih zdravil, njihovih kombinacij ter znanja o novih zdravilih za zdravljenje bolečine (6 odgovorov). Pet odgovorov se je nanašalo na bolj splošne vidike obravnave bolečine (npr. možne oblike zdravljenja vseh vrst bolečine, diagnostična merila, obnavljanje smernic, »pain management« ipd.).

Precej obsežnejši in širok je bil nabor odgovorov, ki so se pojavili 3-krat ali redkeje, npr. etiologija bolečine, nevromodulacija, mehanoterapija, onkološka bolečina, nevropatska bolečina, nevropatska bolečina pri psihiatričnih pacientih (interakcije zdravil), ultrazvočna diagnostika (prepoznavanje prožilnih točk), elektroakupunktura, pooperativna bolečina, nevrologija, novosti na področju fizikalnega zdravljenja, odvajanje od uporabe močnih opioidov, delovanje bolečinskega sistema osrednjega živčevja.

RAZPRAVA

Rezultati analize odgovorov potrjujejo predpostavko, da je problematika (kronične) bolečine vseprisotna tudi v rehabilitacijskem okolju, saj večina anketiranih tedensko obravnava vsaj 10 pacientov z bolečino, povprečno pa kar 23 pacientov z bolečino. Bolečina ni le pogosta entiteta pri obravnavanih pacientih, temveč po mnenju vseh udeleženih specialistov FRM predstavlja tudi pomembno breme oziroma vpliva na izid rehabilitacijske obravnave. Tako podatki o pogostosti bolečine v rehabilitacijskem okolju kot mnenja o njenem vplivu na uspešnost obravnave kažeta na velik pomen ustreznega znanja za obravnavo bolečine tudi v rehabilitacijskem okolju.

Da pogostost bolečine in njen pomen za obravnavo nista pomembni entiteti v rehabilitaciji le na območju Republike Slovenije, kaže tudi strokovni članek o vlogi specialistov FRM pri obravnavi pacientov z akutno in kronično bolečino, ki ga je pripravila Sekcija za FRM Evropskega združenja zdravnikov specialistov (UEMS). Avtorji tudi tu ugotavljajo, da je bolečina v rehabilitacijskem okolju pogosta težava pacientov ter izpostavlja velik pomen ustrezne usposobljenosti specialistov FRM za obravnavo pacientov z bolečino. Prav zato so oblikovali strokovna in na dokazih

temelječa priporočila o vlogi specialistov FRM ter priporočila za najboljši pristop k obravnavi akutne in kronične bolečine (5).

Hkrati je zanimiva ugotovitev, da so pacienti z bolečino na obravnavo k specialistom FRM najpogosteje napoteni neposredno iz ambulate družinske medicine (Tabela 3), kar nakazuje, da so specialisti FRM med prvimi, ki se srečajo z obravnavo bolečine pri pacientih oziroma da so njihovi ukrepi eni izmed prvih intervencij pri obravnavi bolečine. Podobno ugotavljajo tudi avtorji strokovnih priporočil o vlogi specialistov FRM pri obravnavi bolečine v ramenu in pri obravnavi bolečine v hrbtenici, ki sta nastali v okviru UEMS. Avtorji teh priporočil poudarjajo, da specialisti FRM so in bi tudi morali biti med prvimi, ki obravnavajo pacienta z bolečino (6, 7). Vse navedeno podpira razmišljanje o tem, kako pomembno je znanje o ustrezni obravnavi pacienta z bolečino za zdravstvene delavce v rehabilitacijskem okolju in kaže na nujnost rednega strokovnega izobraževanja in izpopolnjevanja s tega področja za specialiste in specializante FRM.

Da so podobnega mnenja tudi specialisti sami, kažejo njihovi odgovori na vprašanje o koristnosti oziroma uporabnosti pridobivanja novega znanja/dodatnega izobraževanja na področju zdravljenja in obvladovanja bolečine za specialiste fizikalne in rehabilitacijske medicine. Na nujnost ustreznega dodatnega strokovnega izobraževanja s tega področja kažejo tudi odgovori anketirancev pri vprašanju o samoevalvaciji kompetenc s področja zdravljenja in obvladovanja bolečine. Večina specialistov je sicer mnenja, da kompetence ima, vendar bi le-te lahko bile boljše. Tudi to je skladno z že omenjenim mnenjem specialistov o koristnosti pridobivanja novega znanja oziroma dodatnega izobraževanja s tega področja.

Vzrok za nezadostne kompetence je zagotovo večplasten. Delno bi k temu lahko prispevala nezadostna vključenost tematike bolečine v kurikulumih obeh Medicinskih fakultet. Za potrditev te predpostavke bi bila potrebna natančnejša in bolj poglobljena strokovna analiza. Kljub temu pa lahko na nezadostno zastopanost bolečine v kurikulumih študijskih programov vsaj do neke mere sklepamo iz ugotovitev nekaterih drugih držav. V Združenih državah Amerike, Kanadi in Združenem kraljestvu so ugotavljali neustrezno in pomanjkljivo strokovno izobraževanje o bolečini, tako v programih izobraževanja zdravnikov kot drugih zdravstvenih strok (8 - 10), zato bi bilo zanimivo ugotoviti, kje se na tem področju nahaja Slovenija.

V povezavi z dodatnim strokovnim izobraževanjem so se nam zdele zanimive tudi navedbe ob zadnjem vprašanju v anketi, kjer so specialisti v vprašanju odprtega tipa lahko opredelili, na katerih področjih zdravljenja in obvladovanja bolečine bi po njihovem mnenju najbolj potrebovali obnovitev ali dopolnitev svojega znanja. Dobili smo izredno širok nabor odgovorov, kar kaže ne le na obsežnost samega področja obravnave bolečine v rehabilitacijskem okolju, temveč tudi na veliko širino področij, kjer obstaja vsaj minimalni zaznani primanjkljaj v usposobljenosti oziroma kompetentnosti zdravnikov specialistov FRM na tem področju. Če smo v prejšnjih odstavkih ugotavljali pomembnost pridobivanja novega znanja/dodatnega izobraževanja s področja

obrnave bolečine, so ugotovitve pri tem vprašanju pomembne predvsem z vidika organizacije potencialnih usposabljanj in izobraževanj v prihodnosti. Po eni strani kažejo, da je področij, kjer bi bila potrebna dopolnitev znanja, zares veliko, po drugi strani pa nam odgovori pri tem vprašanju dajejo prve usmeritve, katera so ta področja. To predstavlja prvi tovrsten vir podatkov od potencialno mnogih, na podlagi katerih bi v prihodnosti lahko načrtovali in oblikovali dodatna izpopolnjevanja.

Od preostalih rezultatov je zanimiv podatek, da med pacienti z bolečino, ki jih obravnavajo specialisti FRM, prevladuje starostna skupina srednjih let, torej delovno aktivno prebivalstvo, pri katerih je socialno in finančno breme zaradi zmanjšanih zmožnosti kot posledica bolečine še toliko večje kot pri starejših in mlajših pacientih. Zaradi tega je pomen ustrezne in zgodnje obravnave bolečine in z njo povezanih zmanjšanih zmožnosti z vidika zmanjševanja bremena, ne le za posameznika, temveč tudi za zdravstveni sistem in družbo, še toliko večji. Prevladovanje predvsem starostnih skupin delovno aktivnega prebivalstva med pacienti z bolečino so v svoji raziskavi ugotavljali tudi Mailis-Gagnon in sodelavci (11). Kar 43,3 % od 1242 pacientov, vključenih v obravnavo v terciarni ustanovi za bolečino v Torontu, je pripadalo starostni skupini od 35 let do 49 let; 27,0 % pacientov je pripadalo starostni skupini od 50 do 64 let. Starejših od 65 let je bilo le 14,6 % pacientov; pacientov, starih od 20 let do 34 let je bilo le 14,1 % (11).

V skladu z našimi pričakovanji so bili pacienti z bolečino na obravnavo k specialistom FRM najpogosteje napoteni zaradi ortopedskih bolezni. Podobno so poročali tudi Mailis-Gagnon in sodelavci (11). Najpogosteje so bili k njim napoteni pacienti z bolečino in težavami mišično-skeletnega izvora (41 %).

Bolečino zdravijo vedno vsi specialisti, vključeni v našo raziskavo. Vsi svoje paciente običajno tudi povprašajo po prisotnosti bolečine, vendar pa manj specialistov jakost bolečine tudi meri in beleži. Pri tem so najpogosteje uporabljena metoda številčne lestvice, kot sta vidna analogna lestvica (VAS) in numerična ocenjevalna lestvica (NRS). Uporaba drugih, bolj specifičnih vprašalnikov, je redka (Slika 2). Ob tem je bila mediana ocen specialistov, kako pogosto sledijo smernicam, zgolj 80 %. Omenjeni podatki lahko nakazujejo, da prvi pristop k obravnavi bolečine (anamneza, merjenje, beleženje, uporaba smernic) temelji na osnovnejših (presejalnih) metodah in da neredko pristop k obravnavi bolečine temelji na bolj osebnih strategijah. A bi za tovrstne zaključke vendarle bilo potrebno narediti podrobnejšo raziskavo.

V skladu z našimi pričakovanji so med anketiranimi specialisti najpogosteje uporabljena farmakološka sredstva za obvladovanje bolečine sistemski nesteroidni antirevmatiki in paracetamol. Zanimiv je podatek o uporabi opioidov, predvsem močnih opioidov. Primerjava naših podatkov (Slika 3 in Tabela 4) s podatki v ZDA kaže, da pri nas izstopa predvsem nizka uporaba močnih opioidov. Edlund in sodelavci so v raziskavi, objavljeni leta 2014 (12), zajeli so podatke 568.640 odraslih posameznikov brez predhodne uporabe opioidov, ki so med letoma 2000 in 2005 imeli prvo ali novo epizodo kronične nerakave bolečine, in spremljali trend predpisovanja opioidov tem pacientom. Po njihovih

podatkih so bili opiodi predpisani v 34,7 % vseh primerov, kar je v primerjavi z našimi podatki več. Po drugi strani pa na bolj primerljivo pogostost uporabe opiodov na splošno, vendar na nizko uporabo močnih opiodov pri nas kaže analiza nacionalnih trendov predpisovanja protibolečinske terapije za ambulantno zdravljenje mišično-skeletne bolečine v ZDA, ki so jo opravili Caudill-Slosberg in sodelavci na vzorcu 45.000 ambulantnih obiskov v letih 1999-2000 (13). Po njihovih podatkih so bili opiodi predpisani v 11 % primerov akutne bolečine in 16 % kronične bolečine, močnejši opiodi pa v kar 9 % primerov mišično-skeletne bolečine. Iz pridobljenih podatkov seveda ne moremo predvideti, ali je redka uporaba močnih opiodov pri nas posledica previdne in odgovorne rabe le-teh, posledica pomanjkanja znanja in s tem povezane samozavesti za predpisovanje ali je enostavno delež pacientov, ki objektivno potrebuje tovrstno zdravljenje, manjši. Ne glede na to se lahko ob tem navežemo na odgovore pri vprašanju odprtega tipa, v katerih so specialisti opredelili, na katerih področjih zdravljenja in obvladovanja bolečine bi po njihovem mnenju najbolj potrebovali obnovitev ali dopolnitev svojega znanja. Tretja najpogostejša skupina odgovorov (tj. šest odgovorov; takoj za področjem kronične (razširjene/trdovratne) bolečine in fibromialgije ter področjem minimalno invazivnih tehnik in infiltracij) je bila povezana s področjem uporabe peroralnih zdravil, njihovih kombinacij ter znanja o novih zdravilih za zdravljenje bolečine. Čeprav ni šlo za odgovore, v katerih bi bila uporaba opiodov neposredno omenjena, le-ti vendarle kažejo, da specialisti zaznavajo vsaj minimalno pomanjkanje znanja o najučinkovitejši uporabi farmakološkega zdravljenja pri obvladovanju bolečine, kar med drugim zajema tudi uporabo opiodov. Čeprav bi bile za gotovo potrditev te predpostavke potrebne nadaljnje raziskave, bi lahko sklepali, da bi bilo dodatno izpopolnjevanje koristno tudi s področja optimalnega in smotrnega predpisovanja opiodov.

Specialisti FRM v naši raziskavi so menili, da potrebujejo dodatno izpopolnjevanje s področja minimalno invazivnih tehnik in infiltracij. Sklepamo, da bi bila izobraževanja s področja teh tehnik dobro obiskana, predvsem pa tudi koristna, saj je učinkovitost različnih infiltracijskih terapij (npr. kortikosteroidne infiltracije, hialuronska kislina) pri zmanjševanju bolečine in vnetja ter izboljšanju funkcije pri različnih sklepnih patologijah ob sočasni nizki pojavnosti zapletov splošno sprejeta (14-21).

Naša raziskava ima tudi nekaj omejitev. Ker je bil vprašalnik dostopen samo preko elektronske povezave, ki smo jo specialistom FRM, članom ZFRM, poslali preko elektronske pošte, obstaja neznanljiva verjetnost, da so na število izpolnjenih vprašalnikov vplivali različni dejavniki, kot so dostopnost do interneta, požarni zid, ki lahko blokira sprejem e-pošte, in ne nazadnje, morebitno pomanjkanje poznavanja računalniško podprtih tehnologij in uporabe interneta s strani ciljne populacije. Poleg tega, zaradi načina posredovanja vprašalnika in anonimnosti anketirancev, obstaja tudi možnost, da so vprašalnik izpolnile osebe, ki ne ustrezajo ciljni populaciji (npr. specialisti drugih specialnosti, specializanti, drugi zdravstveni delavci in delavci v zdravstvu ipd.).

Pomanjkljivost raziskave je tudi majhno število izpolnjenih vprašalnikov. Kljub temu, da je šlo za relativno dober odziv

(vprašalnik je izpolnilo okoli 32 % vseh specialistov FRM, ki jim je bil poslan), je absolutno število izpolnjenih vprašalnikov kljub temu nizko. Glede na to so rezultati analize morda manj zanesljivi, kljub temu pa predstavljajo dobro izhodišče za delo v prihodnosti. Rezultate bi bilo potrebno preveriti in potrditi na večjem vzorcu.

Omejitev naše raziskave je tudi slabša reprezentativnost vzorca (anketiranih specialistov) z ozirom na raven zdravstvene dejavnosti (primarni, sekundarni, terciarni). Kar 61 % vseh anketiranih je namreč kot primarno zaposlitev navedlo terciarno dejavnost (»rehabilitacijski center v okviru javne zdravstvene mreže« in »univerza«), 25 % sekundarno raven (»splošna bolnišnica oz. klinični center z rehabilitacijskim oddelkom« in »splošna bolnišnica oz. klinični center brez rehabilitacijskega oddelka«), preostalih 14 % pa zaposlitev v zasebnem sektorju, kar predstavlja odstopanje od dejanske zastopanosti posamezne ravni zdravstvene dejavnosti med specialisti FRM v Sloveniji. Z ozirom na to so rezultati analize morda manj zanesljivi, zato bi bilo potrebno naše rezultate potrditi tudi na bolj reprezentativnem vzorcu z vidika zastopanosti posamezne ravni zdravstvene dejavnosti.

Izpostaviti velja še eno omejitev naše raziskave, in sicer, da vsi zbrani podatki temeljijo na ocenah vključenih specialistov in torej ne gre za objektivne podatke o njihovem delu in obravnavi oseb z bolečino. Naša raziskava sicer ponuja prvi vpogled in informacije o obravnavani tematiki pri nas, vendar bi bili objektivni podatki vendarle lahko nekoliko drugačni. V prihodnosti bi bilo treba naše delo nadgraditi z raziskavami, ki bi določene segmente naših podatkov (npr. deleži pacientov, zdravljenih z različnimi agenci, starostna in spolna struktura pacientov z bolečino, skupine bolezni, zaradi katerih so pacienti z bolečino poslani na obravnavo, kateri specialisti jih napotijo itd.) potrdile ali ovrgle še z bolj natančnimi raziskovalnimi metodami, npr. s pregledom zdravstvene dokumentacije.

ZAKLJUČEK

Ta članek po našem vedenju predstavlja prvi poskus opredelitve razsežnosti problematike bolečine v rehabilitacijskem okolju na nacionalni ravni Republike Slovenije. Raziskava daje boljši vpogled v to, kako breme zmanjšanih zmožnosti zaradi bolečine zaznavajo specialisti FRM, kako bolečino ocenjujejo in obravnavajo z vidika različnih smernic, kakšne so njihove navade pri uporabi farmakoloških, fizikalnih in minimalno invazivnih terapij, kako ocenjujejo lastne kompetence za obravnavo bolečine ter kako ocenjujejo potrebe po dodatnem izobraževanju oziroma izpopolnjevanju za obravnavo bolečine in na katerih področjih bi bilo tovrstno izpopolnjevanje najbolj potrebno. Ti podatki dajejo boljši vpogled v področje bolečine v rehabilitacijskem okolju in ponujajo prve, konkretnije informacije, ki bodo lahko osnova za nadaljnje raziskave na tem področju ter potencial za oblikovanje ukrepov za izboljšanje razumevanja, odkrivanja in obvladovanja te naraščajoče problematike.

Literatura:

1. Domenichiello AF, Ramsden CE. The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019;93:284-90.
2. Van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):13-8.
3. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019;123(2):e273-e83.
4. Bekkering GE, Bala MM, Reid K, Kellen E, Harker J, Riemsma R, et al. Epidemiology of chronic pain and its treatment in The Netherlands. *Neth J Med*. 2011;69(3):41-153.
5. Fazekas G, Antunes F, Negrini S, Barotsis N, Schwarzkopf SR, Winkelmann A, et al. Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine professional practice for persons with acute and chronic pain. The European PRM position (UEMS PRM Section). *Eur J Phys Rehabil Med*. 2018;54(6):952-6.
6. Varela E, Valero R, Küçükdeveci AA, Oral A, Ilieva E, Berteanu M, et al. Shoulder pain management. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013;49(5):743-51.
7. Valero R, Varela E, Küçükdeveci AA, Oral A, Ilieva E, Berteanu M, et al. Spinal pain management. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2013;49(5):715-25.
8. Mezei L, Murinson BB, Johns Hopkins Pain Curriculum Development Team. Pain education in North American medical schools. *J Pain*. 2011;12(12):1199-208.
9. Watt-Watson J, McGillion M, Hunter J, Choiniere M, Clark AJ, Dewar A, et al. A survey of prelicensure pain curricula in health science faculties in Canadian universities. *Pain Res Manag*. 2009;14(6):439-44.
10. Briggs EV, Carr EC, Whittaker MS. Survey of undergraduate pain curricula for healthcare professionals in the United Kingdom. *Eur J Pain*. 2011;15(8):789-95.
11. Mailis-Gagnon A, Yegneswaran B, Lakha SF, Nicholson K, Steiman AJ, Ng D, et al. Pain characteristics and demographics of patients attending a university-affiliated pain clinic in Toronto, Ontario. *Pain Res Manag*. 2007;12(2):93-9.
12. Edlund MJ, Martin BC, Russo JE, DeVries A, Braden JB, Sullivan MD. The role of opioid prescription in incident opioid abuse and dependence among individuals with chronic noncancer pain: the role of opioid prescription. *Clin J Pain*. 2014;30(7):557-64.
13. Caudill-Slosberg MA, Schwartz LM, Woloshin S. Office visits and analgesic prescriptions for musculoskeletal pain in US: 1980 vs. 2000. *Pain*. 2004;109(3):514-9.
14. Carette S, Moffet H, Tardif J, Bessette L, Morin F, Frémont P, et al. Intraarticular corticosteroids, supervised physiotherapy, or a combination of the two in the treatment of adhesive capsulitis of the shoulder: a placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*. 2003;48(3):829-38.
15. Cheng OT, Souzdamnitski D, Vrooman B, Cheng J. Evidence-based knee injections for the management of arthritis. *Pain Med*. 2012;13(6):740-53.
16. Plaas A, Li J, Riesco J, Das R, Sandy JD, Harrison A. Intraarticular injection of hyaluronan prevents cartilage erosion, periarticular fibrosis and mechanical allodynia and normalizes stance time in murine knee osteoarthritis. *Arthritis Res Ther*. 2011;13(2):R46.
17. Shbeeb MI, O'Duffy JD, Michet CJ Jr, O'Fallon WM, Matteson EL. Evaluation of glucocorticosteroid injection for the treatment of trochanteric bursitis. *J Rheumatol*. 1996;23(12):2104-6.
18. Messina C, Banfi G, Orlandi D, Lacelli F, Serafini G, Mauri G, et al. Ultrasound-guided interventional procedures around the shoulder. *Br J Radiol*. 2016;89(1057):20150372.
19. Tallia AF, Cardone DA. Diagnostic and therapeutic injection of the wrist and hand region. *Am Fam Physician*. 2003;67(4):745-50.
20. Cardone DA, Tallia AF. Diagnostic and therapeutic injection of the hip and knee. *Am Fam Physician*. 2003;67(10):2147-52.
21. Cardone DA, Tallia AF. Diagnostic and therapeutic injection of the elbow region. *Am Fam Physician*. 2002;66(11):2097-100.