

NA POTI K CELOSTNI OBRAVNAVI PACIENTOV Z BOLEČINO V HRBTU



Ditka Vidmar

Julija Podbevšek

Marin Štefanec

Ljubljana, 2019

NA POTI K CELOSTNI OBRAVNAVI PACIENTOV Z BOLEČINO V HRBTU

Avtorji: Ditka Vidmar, Julija Podbevšek, Marin Štefanec

Recenzija: Ivan Eržen, Radivoje Pribaković Brinovec

Štrokevni pregled posameznih poglavij: Marija Petek Šter, Alan Kacin, Zdenko Šalda, Metka Zaletel, Pika Jazbinšek

Fotografija na naslovnici: Freepik

Izdajatelj:

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Umni, zavod za ustvarjalne rešitve s pomočjo mnenj, Verovškova 45, 1000 Ljubljana

Elektronska izdaja

Elektronski vir: www.nijz.si in www.umni.si

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2019

Zaščita dokumenta

© 2019 NIJZ in © 2019 Umni

Vse pravice pridržane. Reprodukcijsko po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju spodbujamo, vendar je dovoljena le s pisnim dovoljenjem avtorjev. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko pravno in kazensko zakonodajo.

Projekt Bolečina v hrbtu, v okviru katerega je nastala ta monografija, je financiral Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

[COBISS.SI-ID=302219264](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:si:coibiss:302219264)

ISBN 978-961-7002-86-7 (pdf)

»We must embrace pain and burn it as fuel for our journey.«

Kenji Miyazawa

Za vsebino monografije v celoti odgovarjamo avtorji. Po svojih najboljših močeh smo se trudili biti nepopustljivo natančni v procesu analize podatkov in jasni ob predstavitvi rezultatov.

Kljub temu monografija zagotovo ni brez napak. Ko kakšno opazite, nam prosim pišite na bh@nijz.si ali na info@umni.si. Veseli bomo tudi drugih konstruktivnih pripomb in predlogov.

KAZALO

| | |
|--|----|
| Zahvala..... | 9 |
| Pobuda »od spodaj« | 9 |
| Podpora »od zgoraj« | 9 |
| Izvedba pod okriljem NIJZ | 9 |
| Zunanji strokovnjaki..... | 10 |
| Razvoj in testiranje novosti..... | 10 |
| Zdravstveni podatki..... | 11 |
| Ključne ustanove | 11 |
| Razširjeni povzetek..... | 13 |
| Namen in cilji projekta | 13 |
| Metode | 13 |
| Rezultati..... | 15 |
| Obstoječi način zdravstvene obravnave bolečine v hrbtu na primarni ravni | 15 |
| Dopolnjena zdravstvena obravnava pacientov z bolečino v hrbtu..... | 17 |
| Značilnosti težav s hrbtom pri udeležencih raziskave | 20 |
| Uspešnost novih intervencij..... | 21 |
| Vtisi sodelujočih o dopoljnjeni zdravstveni obravnavi | 23 |
| Vpliv dopolnjene zdravstvene obravnave na zdravstveni sistem..... | 23 |
| Vpliv dopolnjene zdravstvene obravnave na stroške | 24 |
| Usmeritve za naprej..... | 25 |
| Uvod..... | 26 |
| Problem..... | 26 |
| Namen in cilji projekta | 28 |
| Opis predloga dopolnjene zdravstvene obravnave | 29 |
| Triažni fizioterapevt..... | 30 |
| Daljša specialna fizioterapija..... | 30 |
| Delavnica za paciente s kronično bolečino in vzdrževalni program | 30 |
| Konzultacija izbranega osebnega zdravnika s spec. MDPŠ | 31 |
| Poklicna rehabilitacija | 32 |
| Pilotni del projekta..... | 33 |
| Metode..... | 35 |
| Zbiranje podatkov | 35 |
| Vprašalniki in meritve | 37 |

| | |
|---|----|
| Podatkovne zbirke | 38 |
| Statistična analiza podatkov | 39 |
| Rezultati – 1. del: Značilnosti pacientov z bolečino v hrbtu | 41 |
| Splošen opis udeležencev raziskave | 41 |
| Telesne značilnosti pacientov | 45 |
| Značilnosti težav s hrbtom – splošno | 45 |
| Prepoznavanje akutnosti in kroničnosti bolečine v hrbtu | 47 |
| Značilnosti težav s hrbtom pri pacientih z akutno epizodo bolečine | 48 |
| Značilnosti težav pri pacientih s kronično bolečino v hrbtu | 50 |
| Telesna masa pri pacientih z bolečino v hrbtu | 51 |
| Prevladujoče aktivnosti pacientov z bolečino v hrbtu v vsakdanjem življenju | 52 |
| Ukvarjanje s telesno dejavnostjo | 52 |
| Psihološke značilnosti pacientov | 53 |
| Pojavnost stresa pri pacientih z bolečino v hrbtu | 53 |
| Težave z duševnim zdravjem pri pacientih z bolečino v hrbtu | 53 |
| Socialne značilnosti pacientov v povezavi z delom | 54 |
| Stopnja izobrazbe in zaposlitveni status pri pacientih z bolečino v hrbtu | 54 |
| Stres pri delu | 55 |
| Motivacija za delo | 57 |
| Rezultati – 2. del: Učinkovitost novih intervencij dopolnjene zdravstvene obravnave | 59 |
| Triažna fizioterapija | 59 |
| Čas čakanja na fizioterapijo | 59 |
| Zdravstveno stanje pacientov ob začetku fizioterapije | 59 |
| Individualna ali skupinska obravnava | 61 |
| Dolžina fizioterapije pri pacientih z bolečino v hrbtu | 61 |
| Uporabljeni fizioterapevtski postopki | 62 |
| Učinkovitost fizioterapije pri pacientih z bolečinov hrbtu | 63 |
| Med kvantiteto in kvaliteto | 64 |
| Mnenje pacientov o triažni fizioterapiji | 66 |
| Kvalitativna ocena zadovoljstva pacientov s triažno fizioterapijo | 66 |
| Delavnica opolnomočenja za paciente s kronično bolečino v hrbtu in gibalno- psihoedukacijski (vzdrževalni) program | 69 |
| Tarčna populacija in potreba po delavnici | 69 |
| Odzivnost pacientov | 70 |

| | |
|--|-----|
| Udeležba na delavnici | 70 |
| Opis udeležencev delavnice: vrsta bolečine v hrbtu | 71 |
| Opis udeležencev delavnice: depresivnost | 71 |
| Opis udeležencev delavnice: anksioznost | 72 |
| Učinkovitost delavnice: stopnja oviranosti in bolečina | 72 |
| Učinkovitost delavnice: kineziofobija in katastrofiziranje | 73 |
| Učinkovitost delavnice: subjektivna ocena | 74 |
| Uporaba naučenih veščin | 75 |
| Znanje udeležencev o bolečini po delavnici | 76 |
| Mnenje udeležencev o delavnici | 77 |
| Udeleženci gibalno-psihoedukacijskega (vzdrževalnega) programa..... | 79 |
| Učinki gibalno-psihoedukacijskega (vzdrževalnega) programa | 79 |
| Povzetek | 81 |
| Sodelovanje s specialistom MDPŠ | 82 |
| Konzultacija osebnega zdravnika s spec. MDPŠ | 82 |
| Poklicna rehabilitacija | 83 |
| Ogled delovnega mesta | 85 |
| Rezultati – 3. del: Vtisi sodelujočih o dopoljnjeni zdravstveni obravnavi | 86 |
| Zadovoljstvo pacientov | 86 |
| Zadovoljstvo zdravstvenih delavcev | 86 |
| Subjektivno zaznani učinki dopolnjene zdravstvene obravnave | 90 |
| Rezultati – 4. del: Vplivi na zdravstveni sistem | 93 |
| Obiski izbranega osebnega zdravnika..... | 93 |
| Posnetek stanja | 93 |
| Vpliv dopolnjene zdravstvene obravnave na obiske izbranih osebnih zdravnikov | 94 |
| Zdravila..... | 96 |
| Posnetek stanja | 96 |
| Vpliv dopolnjene zdravstvene obravnave na predpisovanje zdravil..... | 97 |
| Fizioterapija..... | 100 |
| Posnetek stanja | 100 |
| Vpliv dopolnjene zdravstvene obravnave na napotovanje na fizioterapijo | 100 |
| Specialisti in slikovna diagnostika | 103 |
| Posnetek stanja | 103 |

| | |
|---|-----|
| Vpliv dopolnjene zdravstvene obravnave na napotovanje k specialistom in na slikovno diagnostiko | 106 |
| Hospitalizacije in nujne napotitve | 109 |
| Posnetek stanja | 109 |
| Vpliv dopolnjene zdravstvene obravnave na hospitalizacije in nujne napotitve | 110 |
| Bolniški stalež | 111 |
| Posnetek stanja in vpliv dopolnjene zdravstvene obravnave | 111 |
| Bolniški stalež za polni in krajši delovni čas | 114 |
| Bolniški stalež pri pacientih z akutno in kronično bolečino v hrbtu | 114 |
| Invalidske upokojitve | 116 |
| Posnetek stanja | 116 |
| Povzetek koriščenja zdravstvenih storitev pri pacientih z bolečino v hrbtu | 117 |
| Stroški zdravstvenih obravnav | 119 |
| Metodologija | 119 |
| Posnetek stanja | 122 |
| Vpliv dopolnjene zdravstvene obravnave | 124 |
| Stroški pri pacientih z akutno in kronično bolečino v hrbtu | 125 |
| Usmeritve za nadaljnje delo na področju bolečine v hrbtu | 127 |
| Mnenje zdravstvenih delavcev | 128 |
| Kako naprej? | 129 |
| Optimizacija zdravstvene obravnave za paciente z bolečino v hrbtu | 129 |
| Triažna fizioterapija | 130 |
| Delavnica o kronični bolečini (v hrbtu) | 133 |
| Spodbude za obisk drugih delavnic v Centrih za krepitev zdravja | 135 |
| Vzdrževalni program | 135 |
| Delo izbranih osebnih zdravnikov | 138 |
| Medicina dela, prometa in športa | 140 |
| Optimizacija zbiranja zdravstvenih podatkov | 142 |
| Literaura | 144 |
| Priloge | 147 |
| Strokovnjaki pri pripravi dopolnjene zdravstvene obravnave | 147 |
| Sodelujoči iz pilotnih zdravstvenih domov | 148 |
| Naslovnica | 149 |
| Osnovni vprašalnik o bolečini v hrbtu | 150 |

| | |
|---|-----|
| Vprašalnik obremenitev na delovnem mestu | 153 |
| Rezultati fizioterapije: kontrolni zdravstveni dom | 157 |
| Rezultati triažne fizioterapije: testni zdravstveni dom | 163 |
| Rezultati specialne fizioterapije: testni zdravstveni dom..... | 167 |
| Vprašalnik zadovoljstva z delavnico za paciente s kronično bolečino v hrbtu | 174 |
| Vprašalnik zadovoljstva s klinično potjo za paciente | 180 |
| Vprašalnik zadovoljstva s klinično potjo za osebje: testni ZD..... | 184 |
| Vprašalnik zadovoljstva s klinično potjo za osebje: kontrolni ZD | 192 |
| Vrste zdravstvenih dejavnosti, ki so bile zajete v oceno stroškov | 194 |

ZAHVALA

POBUDA »OD SPODAJ«

Začetki projekta, kasneje poimenovanega *Zmanjševanje bolniškega staleža zaradi bolečine v hrbtu* (krajše *Bolečina v hrbtu*), segajo v konec leta 2016, ko je **Umni, zavod za ustvarjalne rešitve s pomočjo mnenj**, organiziral javni posvet in iz njega izhajajoči delavnici na temo zdravstvene oskrbe ljudi z akutno bolečino v hrbtu, na katerih so sodelovali posamezniki z izkušnjo bolečine v hrbtu in strokovnjaki, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti s takšno bolečino. Skupina je oblikovala nabor predlogov za izboljšanje zdravstvene obravnave ljudi z akutno bolečino v hrbtu in naredila akcijski načrt za prve korake k realizaciji teh ukrepov.

PODPORA »OD ZGORAJ«

Temu so sledili sestanki na Ministrstvu za zdravje (MZ) in Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ), kjer je zavod Umni predstavil aktivnosti v okviru prej omenjenega javnega posveta z namenom udejanjanja korakov, zapisanih v akcijskem načrtu, pri tem pa povsod naletel na posluš in podporo.

Tako se moramo še posebej zahvaliti generalni direktorici Direktorata za javno zdravje pri Ministrstvu za zdravje, **Mojci Gobec**, ki je podprla realizacijo ukrepov akcijskega načrta in se strinjala, da je bolečina v hrbtu pomemben javnozdravstveni izziv, ki ga je smiselno naslavljaliti s preventivnimi ukrepi. Prav tako gre posebna zahvala takratni generalni direktorici Direktorata za zdravstveno varstvo, **Tanji Mate**, ki je podprla pobudo pacientov in strokovnjakov iz akcijskega načrta o pripravi enotnih strokovnih priporočil za obravnavo pacientov z bolečino v hrbtu. Ta pobuda je bila predstavljena tudi Zdravstvenemu svetu pri MZ kot najvišjemu strokovno usklajevalnemu in posvetovalnemu organu ministra za zdravje, ki oblikuje vsebino zdravstvenih programov s stališča njihove izvedljivosti, enakomernega razvoja vseh strok in načela enake dostopnosti. Tudi **predstavniki Zdravstvenega sveta**, ki mu je predsedoval **Franc Strle**, so podprli pripravo enotnih nacionalnih strokovnih in organizacijskih priporočil za obravnavo pacientov z bolečino v hrbtu.

Za nadaljevanje projekta sta bili ključni podpora in proaktivnost **Jožice Maučec Zakotnik**, takratne državne sekretarke pri MZ, ki je prav tako poudarila, da so enotne multidisciplinarne strokovne in organizacijske smernice za obravnavo pacientov z bolečino v hrbtu predpogoj za izboljšanje zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu. Hkrati je Maučec Zakotnikova opozorila še na druge pomembne ukrepe, ki bi se jih bilo potrebno lotiti za učinkovito spopadanje z bolečino v hrbtu.

IZVEDBA POD OKRILJEM NIJZ

Zatem je v sodelovanju med MZ, NIJZ in zavodom Umni nastala zasnova projekta *Zmanjševanje bolniškega staleža zaradi bolečine v hrbtu*, ki jo je kot redno nalogo izvajal in financiral NIJZ. Projekt je tekel od oktobra 2017 pod okriljem Centra za upravljanje programov preventive in krepitve zdravja, katerega vodja je **Radivoje**

Pribaković Brinovec. Ta je projekt ves čas podpiral ter z nasveti, usmeritvami in s pomočjo pri vzpostavljanju povezav s ključnimi deležniki prispeval k njegovemu nadaljnjemu razvoju. Projekt smo v sodelovanju z mnogimi strokovnjaki izpeljali avtorji te monografije, pri njem pa sta sodelovali tudi **Andrea Backović Juričan**, ki je prispevala svoje dolgoletne izkušnje s področja promocije zdravja in **Maja Petrič**, ki je soorganizirala delovna srečanja in razvila del delavnice za paciente s kronično bolečino.

ZUNANJI STROKOVNJAKI

V prvem delu projekta smo z namenom oblikovanja predloga izboljšav na področju zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu in smernic za zdravstveno obravnavo teh pacientov nad 18. letom na primarni zdravstveni ravni izvedli delovna srečanja, na katera smo povabili strokovnjake, ki se ukvarjajo z obravnavo pacientov z bolečino v hrbtu. Na javni poziv so se odzvali številni **strokovnjaki**, ki so z razpravami in idejami pomembno prispevali k oblikovanju predloga dopolnjene zdravstvene obravnave za paciente z bolečino v hrbtu. Ker jih je preveč, da bi poimensko vse navedli na tem mestu, so **navedeni v prilogi** (str. 147).

Delovnim srečanjem in oblikovanju predloga dopolnjene zdravstvene obravnave je sledila še priprava končnega besedila osnutka smernic za zdravstveno obravnavo pacientov z bolečino v hrbtu,¹ pri čemer je aktivneje sodeloval del strokovnjakov z delovnih srečanj. Za prispevek k oblikovanju osnutka smernic se tako zahvaljujemo: fizioterapevtu **Alanu Kacinu**, specialistu splošne in družinske medicine **Aleksandru Štepanoviču**, skupini strokovnjakov s področja ortopedije in nevrokirurgije (**Miha Vodičar**, **Gregor Rečnik**, **Rok Vengust**, **Nikša Hero** in **Matjaž Voršič**), ekipi s tima za obravnavo kronične nerakave bolečine z Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Soča (URI Soča; **Helena Jamnik**, **Zala Kuret**, **Nika Bolle** in **Nina Bras Meglič**), delovni terapevtki **Juliji Ocepek**, specialistkama medicine dela, prometa in športa **Maji Petrovič Šteblaj** in **Ireni Manfredo** ter specialistoma klinične farmacije **Demetriju Petrici** in **Alenki Kovačič**.

RAZVOJ IN TESTIRANJE NOVOSTI

Pri razvoju novih intervencij in načrtovanju testiranja novega dopolnjena predloga zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu v praksi smo sodelovali z ekipo s tima za obravnavo kronične nerakave bolečine na URI Soča (Heleno Jamnik, Nino Bras Meglič, **Jano Bonča Vidmar**) in psihologinjo **Sabino Frankovič**, z raziskovalcem s področja fizioterapije, Alanom Kacinom in raziskovalcem s področja kineziologije in fizioterapije **Nejcem Šarabonom**, ter z v pilot vključenimi **zdravstvenimi delavci iz** obeh sodelujočih zdravstvenih domov, tj. **Zdravstvenega doma Celje** in **Zdravstvenega doma Trebnje** (str. 148).

Zaradi posluha in podpore direktorice Področja zdravstvene analitike in ekonomike pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), **Sladjane Jelisavčič**, je bilo izvajanje daljših specialnih fizioterapevtskih obravnav po predlogu dopolnjene zdravstvene obravnave financirano s strani ZZZS. Skupaj z zdravstveno inšpektorico **Nino**

Gajšek ob podpori glavnega inšpektorja **Darka Mehikića** in v sodelovanju s sekretarko **Katarino Ahac** z Direktorata za zdravstveno varstvo pri MZ, pa smo našli način za vodenje čakalnih seznamov v obdobju pilotnega testiranja triažne fizioterapije.

ZDRAVSTVENI PODATKI

V procesu pridobivanja zdravstvenih podatkov nam je z usmeritvami in nasveti glede njihovega zbiranja in urejanja veliko pomagala predstojnica Zdravstveno podatkovnega centra NIJZ **Metka Zaletel skupaj z ekipo**, iz katere se še posebej lepo zahvaljujemo **Katji Rostohar** za kasnejše usmerjanje in nasvete pri analizi podatkov. Za vse pravne nasvete in komunikacijo z Informacijskim pooblaščencom RS pa se lepo zahvaljujemo **Vesni Vižintin**.

V procesu priprave podatkov iz sistema E-napotnic smo zelo dobro sodelovali s **Simonom Indiharjem** in **Nino Zenkovič**, pri pridobivanju podatkov iz podatkovnega skladišča ZZZS pa s **Piko Jazbinšek** in kasneje tudi s **Tomažem Marčunom in njegovo ekipo** sodelavcev iz Informacijskega centra ZZZS ter s pooblaščen osebo za varstvo osebnih podatkov, **Evgenom Gržaničem**. Podatke o številu ocen invalidnosti smo pridobili v sodelovanju s Sektorjem za izvedenstvo pri Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ), in sicer z vodjo sektorja **Bojanom Žibratom** in direktorjem **Deanom Premikom**. Radi bi se zahvalili tudi **Jožici Leskovšek** iz podjetja Nova vizija d.d. za zelo konstruktivno sodelovanje pri pridobivanju podatkov iz informacijskega sistema Zdravstvenega doma Celje ter informatiku iz Zdravstvenega doma Trebnje, **Luku Florjančiču**, ki je v sodelovanju s **Simonom Torkarjem** iz podjetja SRC Infonet pripravil podatke iz tega zdravstvenega doma.

KLJUČNE USTANOVE

Izvedba projekta ne bi bila možna brez vseh zgoraj navedenih posameznikov, pa tudi ne brez ključnih javnih zdravstvenih ustanov, katerih vodstvo je projekt ves čas podpiralo ter priskočilo na pomoč, ko je bilo potrebno. To so:

- Ministrstvo za zdravje, ki ga je ob začetku projekta vodila ministrica **Milojka Kolar Celarc**, nato za kratek čas minister **Samo Fakin**, zdaj pa ga vodi minister **Aleš Šabeder**.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, katerega direktor je bil ob začetku projekta **Ivan Eržen**, zdaj pa ga vodi **Nina Pirnat**.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na čelu katerega je **Marjan Sušelj**.
- Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, katerega direktor je **Marijan Papež**.
- Zdravstveni dom Trebnje, ki ga vodi **Vera Rozman**.
- Zdravstveni dom Celje, ki ga vodi **Alenka Obrul**.

Brez vseh sodelujočih danes v rokah ne bi imeli pričujoče monografije, v kateri navajamo kratek opis projekta in njegovega pilotnega dela ter rezultate in glavna spoznanja o dopoljeni zdravstveni obravnavi pacientov z bolečino v hrbtu.

RAZŠIRJENI POVZETEK

NAMEN IN CILJI PROJEKTA

Projekt z delovnim naslovom *Bolečina v hrbtu* se je začel oktobra 2017 z namenom izboljšanja zdravstvene obravnave ljudi z bolečinami v hrbtu in posledičnega zmanjšanja zdravstvenih, psihosocialnih in finančnih posledic bremena, ki ga prinaša pojavljanje bolečine v hrbtu (predvsem v delovno aktivni populaciji).

V skladu z namenom je imel projekt dva glavna cilja: **a) izboljšanje zdravstvene obravnave ljudi z bolečinami v hrbtu**, kar vključuje izboljšanje dostopnosti do ustrezne zdravstvene obravnave in izboljšanje njene vsebine in **b) izboljšanje preprečevanja bolečine v hrbtu** in zmanjšanje števila ponavljajočih se epizod bolečine v hrbtu v delovno aktivni populaciji ob upoštevanju narave dela, ki ga pacient opravlja.

Rezultat prvega dela projekta je bil **predlog dopolnjene zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu** nad 18. letom starosti, ki so ga v medsebojnem sodelovanju oblikovali predstavniki vseh relevantnih strok, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti z bolečino v hrbtu.

Namen drugega dela projekta (t. i. pilotnega dela projekta) pa je bil zbrati natančnejše podatke o obstoječem načinu zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu na primarni ravni in predlog dopolnjene zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu pilotno testirati. Cilji pilotnega testiranja so bili oceniti kakovost vsebine in dostopnost dopolnjene zdravstvene obravnave v primerjavi z obstoječo, oceniti finančne učinke predloga nove obravnave v primerjavi z obstoječo ter identificirati potencialne vsebinske in organizacijske ovire pri uvedbi novosti v prakso.

METODE

Pilotno izvajanje dopolnjene zdravstvene obravnave je potekalo med majem in decembrom 2018 v Zdravstvenem domu Trebnje (t. i. **testni zdravstveni dom**), medtem ko je v Zdravstvenem domu Celje (t. i. **kontrolni zdravstveni dom**) zdravstvena obravnava potekala po obstoječem načinu.

V sedemmesečnem obdobju trajanja pilotne raziskave je osebnega zdravnika zaradi težav s hrbtom v obeh pilotnih okoljih skupno obiskalo 1619 pacientov med 18. in vključno 65. letom starosti, kar predstavlja **8,4 % celotne populacije opredeljenih pacientov v tej starostni kategoriji**. Med njimi so s približno **80 % prevladovali tisti z diagnozo M54, bolečina v hrbtu**. V povprečju so bili **stari 50 let**; v testnem zdravstvenem domu jih je bilo več iz najmlajše starostne kategorije, tj. 18 do 35 let, v kontrolnem pa iz starostne kategorije 56 do 65 let. Večina je bila žensk (dobrih 50 % v testnem in skoraj 70 % v kontrolnem zdravstvenem domu).

Podrobnejše podatke o zdravstvenem, psihološkem in socialnem stanju nekaterih izmed teh pacientov smo zbrali s pomočjo vprašalnikov, ki so jih administrirali specialisti družinske medicine in fizioterapevti v obeh pilotnih okoljih. V testnem zdravstvenem

domu je na ta način sodelovalo 310 pacientov (ti so bili obravnavni po predlogu dopolnjene zdravstvene obravnave), v kontrolnem pa 239 pacientov. V pilot niso bili vključeni pacienti z nujnimi zdravstvenimi stanji in tisti, ki so potrebovali specifično specialistično zdravljenje. **Populaciji v testnem in kontrolnem okolju sta bili dobro primerljivi** kar se tiče težav s hrbtom (mesto bolečine v hrbtu, pogostost širjenja bolečine v nogo, trajanje bolečine, vzorec pojavljanja bolečine). Podobne so bile tudi prevladujoče aktivnosti v življenju (najpogosteje sedenje, težja fizična dela in hoja); najvišja stopnja zaključene izobrazbe (poklicna šola, srednja šola ali gimnazija) in zaposlitveni status, le da je bilo v kontrolnem okolju več brezposelnih. Populaciji sta bili nekoliko manj primerljivi v psiholoških značilnostih; v kontrolnem je bilo splošno doživljanje stresa večje in težave z duševnim zdravjem zabeležene pogosteje.

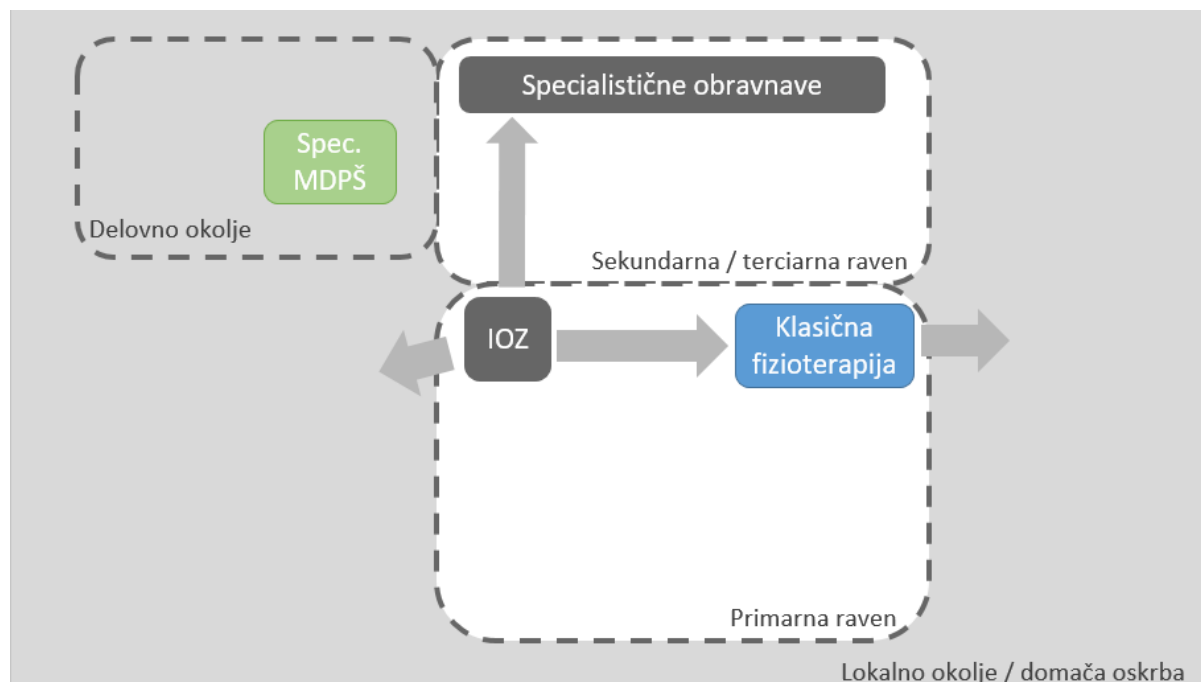
Poleg vprašalnikov, ki so jih izpolnjevali pacienti sami, smo podatke zbirali še preko obrazcev, ki so jih izpolnjevali zdravstveni delavci, in preko izbranih kliničnih meritev. Vprašalniki in meritve so se administrirali po predhodno določenem protokolu, ob izbranih časovnih točkah in v odvisnosti od vrste intervencij, ki jih je bil posamezen pacient deležen.

Dodatni podatki o vseh sodelujočih pacientih so bili v anonimizirani obliki pridobljeni iz **podatkovnih zbirk** zdravstvenih domov, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ). Ti podatki so se nanašali na predpisovanje zdravil, bolniški stalež, izplačana nadomestila za bolniško odsotnost in izdatke za zdravstvene storitve, podatke o napotitvah k specialistom in na slikovno diagnostiko idr.

REZULTATI

OBSTOJEČI NAČIN ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE BOLEČINE V HRBTU NA PRIMARNI RAVNI

Običajen potek obstoječe zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu prikazuje Slika 1.



Slika 1. Obstojča zdravstvena obravnava pacientov z bolečino v hrbtu. Pacienti se po zdravstveni obravnavi pri izbranem osebnem zdravniku (IOZ) bodisi takoj vrnejo v svoje domače oz. delovno okolje ali pa so napoteni na fizioterapijo oz. k specialistu. Debelina puščic je odraz velikosti toka pacientov, njihova dolžina pa odraža čas čakanja na določeno obravnavo. Pacientov pooblaščen specialist medicine dela, prometa in športa (spec. MDPŠ) ni del javnega zdravstvenega sistema, zato izbrani osebni zdravnik z njim praviloma ne sodeluje.

Analiza podatkov iz podatkovnih zbirk obeh sodelujočih zdravstvenih domov za sedemmesečno obdobje leta 2017 (torej pred pilotnim testiranjem dopolnjene zdravstvene obravnave) je pokazala, da sta **povprečnega izbranega osebnega zdravnika na povprečen delovni dan obiskala dva pacienta z bolečino v hrbtu**. Testni zdravstveni dom je umeščen v bolj ruralno, kontrolni zdravstveni dom pa v pretežno mestno okolje, čemur lahko vsaj delno pripišemo ugotovljene razlike v zdravstveni obravnavi pacientov z bolečino v hrbtu na primarni ravni, ki jih prikazuje Preglednica 1.

Preglednica 1. Značilnosti obstoječega načina zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu (BH), starih 18–65 let, v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu (ZD) v sedemmesečnem obdobju (med majem in decembrom) leta 2017.

| | Testni ZD | Kontrolni ZD |
|--|---------------|---------------|
| Delež pacientov, ki so vsaj enkrat obiskali svojega IOZ zaradi BH glede na celotno populacijo opredeljenih pacientov v starostni skupini 18–65 let [%] | 7,7 | 9,2 |
| Število obiskov izbranega osebnega zdravnika na posameznega pacienta (mediana) | 2 | 1 |
| Prejet vsaj en recept ob obisku zaradi BH [% pacientov] | 48 | Ni podatka |
| Vsaj en dan bolniškega staleža zaradi BH [% pacientov] | 31 | 32 |
| Napotitev na fizioterapijo zaradi BH [% pacientov] | 14 | 27 |
| Napotitev na slikovno diagnostiko/k specialistu zaradi BH [% pacientov] | 31 | 53 |
| Realizirana operacija zaradi BH [% pacientov] | 2–3 | 1–2 |
| Novo invalidske upokojitve 2. in 3. kategorije za polni delovni čas zaradi boleznih hrbta (diagnoze M40–M54) [% pacientov] | 1,3 | 0,9 |
| Stroški za zdravstvene obravnave in bolniški stalež zaradi BH na 100 pacientov [eur] | 60.000–80.000 | 35.000–55.000 |

Približno polovica pacientov je ob obiskih izbranega osebnega zdravnika zaradi bolečine v hrbtu prejela vsaj en recept, in sicer v polovici teh primerov za zdravila za boleznimi mišično-skeletnega sistema, najpogosteje za nesteroidna protivnetna in protirevmatična zdravila, in v polovici primerov za zdravila z delovanjem na živčevje, med njimi najpogosteje za opioide. V več kot 85 % primerov so bila predpisana zdravila navedena v smernicah za zdravljenje bolečine v hrbtu, oblikovanih v sklopu projekta.

V mestnem okolju kontrolnega zdravstvenega doma je povprečni pacient v sedemmesečnem obdobju leta 2017 k zdravniku prišel enkrat in je imel večjo verjetnost napotitve na fizioterapijo in na slikovno diagnostiko oz. k specialistu kot povprečni pacient iz ruralnejšega okolja testnega zdravstvenega doma, ki je v enakem obdobju zdravnika v povprečju obiskal dvakrat. **Več kot polovica izdanih napotnic je bila za slikovne preiskave**, med njimi najpogosteje za magnetno resonanco in v nekoliko manjši meri za rentgensko slikanje. **Slaba polovica napotnic pa je bila izdana za pregled pri specialistu**, pri čemer je v dobri polovici primerov šlo za napotitve k specialistu kirurških strok, pretežno ortopedije ali nevrokirurgije, v slabi četrtini primerov

k specialistu nevrologije, v dobri desetini primerov k specialistu anesteziologije za obvladovanje bolečine in v slabi desetini primerov k specialistu fizikalne medicine in rehabilitacije. Napotitev na bolnišnično obravnavo (prek sistema e-napotnic) je bilo v sedemmesečnem obdobju manj kot en odstotek. Kljub visoki stopnji napotovanja na specialistične preglede in slikovne preiskave je bilo v mestnem okolju v primerjavi z ruralnim v opazovanem obdobju realiziranih manj operacij, in sicer ena do dve v nasprotju z dvema do tremi na 100 pacientov z bolečino v hrbtu.

Bolniški stalež je v opazovanem obdobju koristilo 30 % pacientov z bolečino v hrbtu. Preračunano na povprečnega pacienta iz celotne populacije pacientov z bolečino v hrbtu je bil bolniški stalež nekoliko daljši v testnem okolju, kjer je trajal osem delovnih dni, medtem ko je v kontrolnem okolju trajal šest delovnih dni. Ocenjen delež novih invalidskih upokojitev 2. in 3. kategorije za polni delovni čas je bil v opazovanem obdobju pri pacientih s težavami s hrbtom okrog 1%.

Skupni stroški obiskov izbranih osebnih zdravnikov, fizioterapije, drugih izvenbolnišničnih in bolnišničnih zdravstvenih obravnav ter bolniškega staleža za 100 pacientov z bolečino v hrbtu so bili v sedemmesečnem obdobju pred uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave nekoliko večji v testnem zdravstvenem domu. Približno **dve tretjini teh stroškov** (zaradi diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu) je bilo **na račun bolniškega staleža** (v breme Zavoda za zdravstveno varstvo Slovenije (ZZVS) in delodajalcev skupaj), okrog četrtnina za druge izvenbolnišnične in bolnišnične preglede in posege **ter okrog 10 % za zgoraj omenjene obravnave na primarni zdravstveni ravni.**

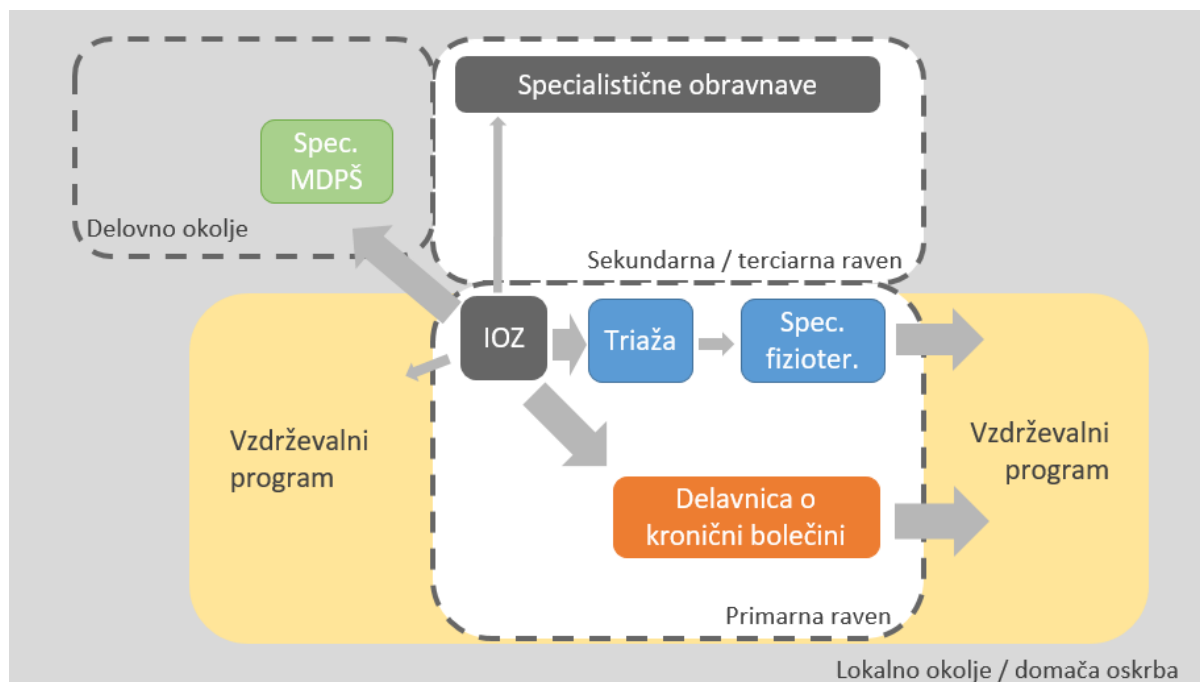
DOPOLNJENA ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA PACIENTOV Z BOLEČINO V HRBTU

Ključne težave obstoječega načina obravnave pacientov z bolečino v hrbtu so naslednje:

- o pacientov z bolečino v hrbtu je zelo veliko;
- o izbrani osebni zdravniki imajo zanje na voljo zelo malo časa;
- o zaradi dolgih čakalnih dob pacienti z akutnimi težavami pogosto niso obravnavani pravočasno in na ustrezen način, kar veča verjetnost za pojav kronične bolečine;
- o pacienti s kronično (razširjeno) bolečino v hrbtu so pogosto v hudi stiski in so zaradi kompleksnosti svojih težav tudi zelo velik izziv za zdravstvene delavce in
- o čeprav je bolečina v hrbtu eden najpogostejših vzrokov za (dolgotrajni) bolniški stalež in invalidsko upokojevanje, okoliščine v povezavi z delovnim mestom v zdravstveni obravnavi niso naslovljene.

Predlogi dopolnjene zdravstvene obravnave skušajo pomanjkljivosti obstoječega načina dela s pacienti z bolečino v hrbtu preseči z uvedbo novih intervencij na primarni zdravstveni ravni, ki jih prikazuje Slika 2. Te obsegajo hitri dostop do kakovostne

fizioterapije za paciente z akutnimi težavami, delavnico za paciente s kronično bolečino v hrbtu in pripadajoč vzdrževalni program ter intervencije v povezavi s področjem medicine dela, prometa in športa.



Slika 2. Predlog dopolnjene zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu. Po obisku izbranega osebnega zdravnika (IOZ) so pacienti z akutno bolečino v hrbtu brez resnih specifičnih zdravstvenih stanj (t. i. rdečih zastavic) napoteni na triažno fizioterapijo, ki jim je na voljo takoj (v roku 1 tedna) in traja med 1 do 3 obiski. Le nekateri pacienti so po triažni fizioterapiji deležni daljše specialne fizioterapevtske obravnave. Pacienti s kronično bolečino v hrbtu, ki niso v fazi akutnega poslabšanja, so napoteni na delavnico o kronični bolečini, ki poteka v okviru Centra za krepitev zdravja. Po zaključku zdravstvenih obravnav so pacienti usmerjeni v vzdrževalni program, ki poteka v lokalnem okolju. Vsi pacienti so najkasneje po 4 tednih bolniškega staleža oz. kadar koli ob sumu, da so vzroki za bolečino v hrbtu povezani z delovnim mestom, usmerjeni k svojemu pooblaščenemu specialistu medicine dela, prometa in športa (spec. MDPŠ), ki pomaga pacientom v procesu vračanja na delo. Debelina puščic je odraz velikosti toka pacientov, njihova dolžina pa odraža čas čakanja na določeno obravnavo.

V naslednjih podpoglavjih navajamo podrobnejši opis novo razvitih intervencij v okviru dopolnjene zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu.

TRIAŽNA FIZIOTERAPIJA

Po obisku pri izbranem osebnem zdravniku so k triažnemu fizioterapevtu, ki ima **specialna fizioterapevtska znanja in večletne izkušnje**, usmerjeni pacienti z akutno bolečino hrbta ali akutnim poslabšanjem te bolečine. Triažna fizioterapija se začne **najkasneje v enem tednu od obiska izbranega osebnega zdravnika** in sestoji iz enega do treh obiskov (v skladu s strokovno presojo triažnega fizioterapevta). Ob prvem

obisku triažni fizioterapevt opravi individualno triažo z oceno pacientovega stanja in pacientu preda osnovne napotke za samoobvladovanje bolečine, v nadaljevanju pa pri obravnavi pacienta **uporablja zgolj dokazano učinkovite fizioterapevtske postopke** (manualna terapija, kinezioterapija, termoterapija).

DALJŠA SPECIALNA FIZIOTERAPIJA

Pacienti z resnejšimi težavami (npr. nekaterimi oblikami radikulopatij) so po triaži usmerjeni na daljšo specialno fizioterapevtsko obravnavo, ki jo prav tako izvaja **fizioterapevt s specialnimi znanji** in pri tem **uporablja le dokazano učinkovite fizioterapevtske postopke. O številu potrebnih obiskov presoja fizioterapevt** glede na pacientovo stanje in napredek.

DELAVNICA ZA PACIENTE S KRONIČNO BOLEČINO V HRBTU

Delavnica poteka pod okriljem **Centra za krepitev zdravja** in temelji na najnovejših dognanjih s področja nevroznanosti bolečine in na **biopsihosocialnem modelu razumevanja bolečine**. Obsega osem srečanj v obdobju dveh mesecev, ki jih izmenoma vodijo **družinski zdravnik, fizioterapevt in psiholog**. Namen delavnice je pacientom omogočiti razumevanje narave kronične bolečine, vzrokov, ki do nje vodijo, in dejavnikov, ki nanjo vplivajo, ter jih naučiti praktičnih veščin za samoobvladovanje bolečine in jih podpirati v procesu uvajanja sprememb v svoj obstoječi način življenja. V fizioterapevtskem delu je poudarek na sistematičnem in postopnem premagovanju strahu pred gibanjem, v psihološkem pa na obvladovanju stresa, izvajanju tehnik sproščanja ter osnovnih principih spremembe mišljenja in vedenja po kognitivno-vedenjski terapiji.

VZDRŽEVALNI PROGRAM

Med izvajanjem pilota se je pojavila potreba, da se paciente, ki z delavnico zaključijo, podpira in spodbuja pri redni uporabi in nadgradnji na delavnici naučenih znanj in veščin v vsakdanjem življenju. S tem namenom se je osnoval (delno samoplačniški) vzdrževalni program z gibalnimi in psihoedukacijskimi poudarki, ki je potekal dva meseca, približno dvakrat na teden. Vzdrževalni program je bil **v celoti praktičen; pod vodstvom kineziologa** so udeleženci izvajali individualno prilagojen gibalni program v skladu z načeli postopnosti gibanja, **v psihološkem delu** pa so s psihologom vadili uporabo psiholoških veščin v vsakdanjih situacijah.

SODELOVANJE S SPEC. MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA

Izbrani osebni zdravnik sodelovanje s pacientovim pooblaščenim spec. MDPŠ vzpostavi v sklopu **konzultacije** in se z njim posvetuje glede zaključka oz. nadaljevanja bolniškega staleža. V primeru, da skupaj ugotovita, da pacient potrebuje pomoč v procesu vračanja na delo, se začne **poklicna rehabilitacija**, ki je namenjena zgodnji individualni pomoči pacientom pri vračanju na delo. Cilj te intervencije je, da se v sodelovanju med zdravstvenimi delavci, pacientom in njegovim delodajalcem **poskrbi za ustrezne okoliščine na delovnem mestu, ki pacienta podpirajo pri čim prejšnjem vračanju na delo**. S tem se zmanjšuje tudi tveganje za ponovitev bolečine

v hrbtu ter za nastanek dolgotrajnega bolniškega staleža in invalidnosti. V sklopu te intervencije je bila zamišljena multidisciplinarna obravnava v timu poklicne rehabilitacije, na čelu katerega je spec. MDPŠ, v tim pa se po njegovi presoji vključujejo še drugi strokovnjaki, denimo psiholog in delovni terapevt oz. kineziolog.

Vse predlagane intervencije za paciente z bolečino v hrbtu skupaj zasledujejo naslednje cilje:

1. **Izboljšanje dostopnosti do hitre in učinkovite zdravstvene obravnave akutnih težav s hrbtom na primarni ravni**, da se odkriva in odpravlja vzroke za težave, preprečuje kronifikacijo bolečine, **opolnomoči paciente za aktivni pristop** pri preprečevanju in obvladovanju (morebitnih) prihodnjih težav s hrbtom ter ustrezno odmerja intenziteto obravnave v skladu z zdravstvenim stanjem in psihosocialnimi okoliščinami posameznega pacienta.
2. **Opolnomočenje in podpora pacientov s kronično bolečino**, da razumejo svojo bolečino, spoznajo in uporabljajo veščine za njeno obvladovanje ter ob ustrezni podpori izboljšajo kakovost svojega življenja in ohranjajo ali ponovno pridobijo zmožnost za delo.
3. **Aktivna podpora pacientom v procesu vračanja na delo** ob upoštevanju pacientovega zdravstvenega stanja, razmer na delovnem mestu in ostalih biopsihosocialnih okoliščin.
4. **Aktivna podpora** pacientom po zaključku zdravstvene obravnave **pri ohranjanju motivacije za redno skrb za zdravje hrbtenice** v njihovem lokalnem okolju.

ZNAČILNOSTI TEŽAV S HRBTOM PRI UDELEŽENCIH RAZISKAVE

Približno 90 % pacientov je zdravnika obiskalo zaradi akutne bolečine v hrbtu, med njimi je pri več kot polovici šlo za akutno poslabšanje sicer kroničnega bolečinskega stanja. Najpogostejša je bila bolečina v spodnjem delu hrbta (pri 90 % pacientov), ki se pri kar 40 % pacientov ni pojavljala le tam, temveč hkrati tudi v zgornjem delu hrbta in/ali vratu.

Pri pacientih, ki so navajali akutne težave s hrbtom, se je **trem od štirih bolečina širila tudi v nogo**, enemu do kolena, kar dvema pa nižje od kolena. 80 % jih je imelo bolečine vsak dan ali večino dni v zadnjih štirih tednih, pri **40 % je običajna jakost bolečine na lestvici od 0 do 10 presejala 7**.

Med pacienti, ki so navajali kronične težave s hrbtom, so se bolečine pri večini začele že pred več kot tremi leti in so se v več kot 70 % primerov kazale kot stalne bolečine z večjimi ali manjšimi nihanji, pri preostalih pa kot občasni napadi bolečine. V kar polovici primerov je šlo za vsaj tri tovrstne napade v zadnjem letu.

USPEŠNOST NOVIH INTERVENCIJ

Med pilotnim testiranjem novih intervencij je bil z zaposlitvijo enega dodatnega fizioterapevta pacientom z akutno bolečino v hrbtu v testnem zdravstvenem domu omogočen hiter dostop do triažne fizioterapije. Kumulativni učinek tega hitrega dostopa do fizioterapije, uporabe dokazano učinkovitih fizioterapevtskih postopkov in povsem individualnega fizioterapevtskega dela prikazuje Preglednica 2. Z novim načinom dela je bil posamezni pacient v testnem zdravstvenem domu v povprečju deležen **skoraj pol krajše fizioterapevtske obravnave** kot v kontrolnem zdravstvenem domu. Le nekaj več kot 10 % pacientov je potrebovalo daljšo specialno fizioterapevtsko obravnavo, tj. več kot tri obiske pri triažnem fizioterapevtu. Ob tem se je zdravstveno stanje **klinično pomembno izboljšalo pri več kot 80 % pacientov**, kar je skoraj dvakrat večji delež pacientov kot v kontrolnem zdravstvenem domu, kjer je fizioterapija potekala tako kot običajno in pri več kot polovici pacientov ni prinesla nobenega klinično pomembnega izboljšanja. Zaradi razlik v načinu dela je lahko fizioterapevt v testnem okolju v enem mesecu nudil svoje storitve le 28 pacientom z bolečino v hrbtu, kar je za 18 manj kot v kontrolnem, vendar pa se je ob tem stanje po fizioterapiji izboljšalo 23 pacientom, v kontrolnem pa zgolj 21 pacientom.

Preglednica 2. Značilnosti fizioterapevtske obravnave pacientov z bolečino v hrbtu (BH) v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu (ZD).

| | Testni ZD | Kontrolni ZD |
|--|--|---|
| Čas čakanja [dnevi] | mediana: 7 | mediana: 110 |
| Značilnosti pacientov ob začetku fizioterapije | <ul style="list-style-type: none"> • bolj akutne težave • močnejša bolečina • večja oviranost pacientov | <ul style="list-style-type: none"> • bolj kronične težave • manjša bolečina • manjša oviranost pacientov |
| Fizioterapevtski postopki | Izključno dokazano učinkoviti fizioterapevtski postopki | Pretežno podporni fizioterapevtski postopki |
| Način dela | Povsem individualna obravnavo (1 pacient naenkrat) | Individualno, princip »postaj« (3 pacienti naenkrat) |
| Povprečno trajanje fizioterapije pri posameznem pacientu [ure] | 3,6 | 6,6 |

| | | |
|---|----|----|
| Klinično pomembno zmanjšanje bolečine oz. izboljšanje funkcioniranja [% pacientov] | 83 | 45 |
| Nobenega klinično pomembnega izboljšanja bolečine ali funkcioniranja [% pacientov] | 17 | 55 |
| Število pacientov z BH, s katerimi lahko v 1 mesecu dela en fizioterapevt | 28 | 46 |
| Število pacientov z BH, pri katerih en fizioterapevt v 1 mesecu dela doseže klinično pomembno izboljšanje bolečine oz. funkcioniranja | 23 | 21 |

Pacienti so bili za udeležbo na delavnici o kronični bolečini hrbta zelo zainteresirani, kar se je odražalo tudi v **visoki stopnji odzivnosti** (od vseh klicanih pacientov se je delavnice želelo udeležiti dobrih 83 %). Skupno so bile izvedene štiri delavnice, s pričetkom prve na sredini pilotnega obdobja. Delavnico je od 39 zaključilo 36 udeležencev, ki so na delavnico **redno hodili** (70 % udeležencev je manjkalo največ enkrat). Četrtnina udeležencev je v delavnico glede na rezultate vprašalnika vstopila z blago razpoloženjsko motnjo, preostala **četrtnina pa s hujšimi oblikami depresije**. **Polovica pacientov** je pred delavnico izražala tudi **klinično pomembno stopnjo pretirane skrbi glede svoje bolečine** (katastrofiziranje).

Po delavnici sta **dve tretjini pacientov poročali o manjši omejitvi aktivnosti in dvigu splošne kakovosti življenja, polovica tudi o upadu bolečin, kar 90 % pa je vsaj delno bolje razumelo svojo bolečino in spoznalo načine, s katerimi jo lahko obvladuje**. Po delavnici smo preverili, v kolikšni meri udeleženci te veščine uporabljajo v vsakdanjem življenju. 97 % vseh udeležencev delavnice je v zadnjem tednu uporabilo vsaj eno veščino, več kot polovica pa pet različnih veščin. Pri tem so se v največji meri posluževali trebušnega dihanja, izvajanja telesne dejavnosti in vključevanja v dejavnosti, ki jih sprostijo in veselijo. Dve tretjini udeležencev sta po delavnici naučene veščine uporabljali redno. Rezultati standardiziranih vprašalnikov so nakazali trend izboljšanja zmožnosti in zmanjšanja bolečine; **strah pred gibanjem (kineziofobija) in katastrofiziranje pa sta bila po koncu delavnice statistično značilno manjša** kot pred njenim začetkom. Velika večina udeležencev je izkazala splošno zadovoljstvo z delavnico (89 %) in njeno razumljivostjo (95 %) ter uporabnostjo (92 %). Izmed vseh udeležencev bi jih **kar 92 % delavnico priporočilo** nekemu, ki se spopada s podobnimi težavami z bolečino v hrbtu.

Izmed vseh udeležencev delavnice se jih je 33 % po zaključku delavnice prostovoljno vključilo v samoplačniški **vzdrževalni program**. Njegova vrednost se vidi v tem, da so po dveh mesecih od zaključka delavnice udeleženci tega programa učinkovite veščine, ki so jih spoznali že na delavnici, **redno uporabljali kar v 90 %**, tisti, ki se vzdrževalnega programa niso udeležili, pa v občutno manjši meri, to je v 61 %.

Konzultacija med izbranim osebnim zdravnikom in spec. MDPŠ glede pacientovega bolniškega staleža in poklicna rehabilitacija, čeprav teoretično dobro zamišljeni, v pilotu nista zažvela, kot je bilo predvideno. To se je odražalo v majhnem številu opravljenih konzultacij, med poklicnimi rehabilitacijami pa je bila le ena izvedena v polni obliki. Ta je vključevala obisk pacientkinega delovnega mesta s strani tima poklicne rehabilitacije (spec. MDPŠ, kineziolog, psiholog) in sestanek s kadrovnikom podjetja in pacientkinim neposredno nadrejenim. Kasneje sta psiholog in kineziolog pacientki individualno nudila psihološko svetovanje v zvezi z vračanjem na delovno mesto oz. edukacijo o prilagoditvi delovnih aktivnosti in usposabljanje za gibanje med delom preko simulacije delovnih aktivnosti. Spec. MDPŠ je za pacientko pripravil novo delovno mesto in bolniški stalež se je po njegovi oceni lahko zaključil. Pri ostalih poklicnih rehabilitacijah je spec. MDPŠ zgolj teoretično ocenil, kakšni bi bili izidi, med njimi pa najpogosteje navedel **prilagoditev delovnega mesta in vrnitev na staro delovno mesto, reorganizacijo delovnega procesa ter izvedbo delavnic na temo promocije zdravja na delovnem mestu za zaposlene v podjetju.**

VTISI SODELUJOČIH O DOPOLNjeni ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI

Pacienti iz testnega okolja so bili z zdravstveno obravnavo bolečine v hrbtu večinoma **zelo zadovoljni** (tisti iz kontrolnega pa zadovoljni), predvsem s hitro napotitvijo na trižno fizioterapijo, ki jim je skrajšala čas okrevanja. Tudi **zdravstveni delavci** v testnem okolju so bili ob koncu projekta z dopolnjeno zdravstveno obravnavo v povprečju **zelo zadovoljni**, in sicer so bili čisto vsi zelo zadovoljni s trižno fizioterapijo, dve tretjini pa z delavnico (preostali so bili zadovoljni). Svoje zadovoljstvo s trižno fizioterapijo so utemeljevali s hitrim izboljšanjem pacientove bolečine in posledičnim krajšim časom zdravljenja, opazili so tudi, da je bilo potrebno predpisati manj analgetikov. Delavnica se je nekaterim zdela potrebna poenostavitve, sicer pa dobrodošla novost zaradi celostne obravnave, za katero v ambulantni ni časa, in njene multidisciplinarnar narave, ki je pomembna pri bolnikih s kronično bolečino. Med zaznanimi učinki dopolnjene zdravstvene obravnave so zdravstveni delavci med drugim zaznali, da **je bolniški stalež zaradi bolečine v hrbtu krajši in da pacienti v manjši meri zahtevajo dodatne preiskave ter se manj pogosto vrnejo k osebnemu zdravniku zaradi iste težave v hrbtu.** Več kot 75 % jih je izpostavilo, da se zaradi hitrejšega dostopa do **fizioterapije akutne težave z bolečino v hrbtu pogosteje rešijo pravočasno.** V kontrolnem zdravstvenem domu je bila z obstoječo zdravstveno obravnavo zadovoljna slaba polovica zdravstvenih delavcev.

VPLIV DOPOLNjene ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE NA ZDRAVSTVENI SISTEM

Dopolnjena zdravstvena obravnava ni vplivala na pogostost obiskovanja izbranih osebnih zdravnikov s strani pacientov z bolečino v hrbtu. Je pa zdravnike spodbudila k napotovanju pacientov z akutno bolečino na fizioterapijo, tako da se je v testnem zdravstvenem domu **delež napotenih pacientov z bolečino v hrbtu na fizioterapijo v primerjavi z obdobjem pred pilotom skoraj podvojil** in dosegel 30 %, ki so značilni za mestno okolje kontrolnega zdravstvenega doma. Zaradi spremenjene zdravstvene obravnave se je **zvečalo tudi število realiziranih specialnih fizioterapevtskih obravn**

pri pacientih z bolečino v hrbtu, in sicer s 4,3 % na kar 86,2 %. Z uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave se je v podpopulaciji pacientov, ki je izpolnjevala vprašalnike, pojavil tudi blag **trend zmanjševanja deleža napotnih pacientov na izvenbolnišnične specialistične obravnave**, ki je bil najbolj izrazit pri pacientih, ki so bili obravnavani le pri triažnem fizioterapevtu. Med slednjimi jih kar 80 % ni prejelo nobene napotnice za specialistično obravnavo. Pri vseh pacientih z bolečino v hrbtu, ki so bili napoteni k specialistom, pa je dopolnjena zdravstvena obravnava vplivala na statistično značilno **zmanjšanje števila prejetih napotnic**. Po uvedbi dopolnjene zdravstvene obravnave so zdravniki pacientom začeli pogosteje predpisovati zdravila za bolezen mišično-skeletnega sistema na račun manjšega predpisovanja zdravil z delovanjem na živčevje. Statistično značilno se je **zmanjšalo predpisovanje opioidov**, in sicer z 21 % vseh predpisov na 15 %, in zvečalo predpisovanje mišičnih relaksantov s centralnim delovanjem (z 2 % na 5 %). Zaradi uvedbe dopolnjene zdravstvene obravnave se je v testnem zdravstvenem domu pri povprečnem pacientu za pol delovnega dneva **podaljšalo trajanje bolniškega staleža na stroške delodajalcev**, saj je več pacientov dobilo dostop do zdravstvenih intervencij na primarni zdravstveni ravni, za obiskovanje katerih so ostajali na bolniškem staležu. Vplivov dopolnjene zdravstvene obravnave na trend naraščanja dolgotrajnega bolniškega staleža v breme ZZS v testnem obdobju nismo zaznali, ker je bil čas testiranja novosti prekratek in ker intervencije v povezavi z medicino dela v tem času niso zaživele, kot je bilo predvideno.

VPLIV DOPOLNJENE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE NA STROŠKE

Celotni ocenjeni stroški (na račun diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu) za zdravstvene obravnave na primarni ravni, druge izvenbolnišnične in bolnišnične obravnave ter za bolniški stalež so se v letu 2018 v primerjavi z letom 2017 v testnem zdravstvenem domu zvečali za 6 %, v kontrolnem pa za 8 %. Z uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave so se **v testnem zdravstvenem domu bolj zvečali stroški obravnave pri izbranih osebnih zdravnikih in na fizioterapiji**, medtem ko so stroški ostalih izvenbolnišničnih in bolnišničnih obravnave ter bolniškega staleža narasli manj kot v kontrolnem zdravstvenem domu. V obeh opazovanih zdravstvenih domovih so **več kot 80 % vseh stroškov** za zdravstvene obravnave, zdravila, bolniški stalež in invalidske upokojitve ustvarili pacienti, katerih bolečina v hrbtu ima **znake kroničnosti**. Do dobrih 15 % porabljenega denarja, predvsem za kratkotrajni bolniški stalež in fizioterapijo, pa so z dopolnjeno zdravstveno obravnavo postali upravičeni tudi pacienti z akutno bolečino v hrbtu.

Z vsakim pacientom z bolečino v hrbtu, pri katerem bi lahko preprečili dolgotrajni bolniški stalež, bi v samo sedmih mesecih ustvarili prihranke približno v protivrednosti vseh fizioterapevtskih storitev, ki jih v enakem obdobju porabi 100 pacientov z bolečino v hrbtu. Podobno bi lahko preprečitev vseh novih invalidskih upokojitev že v samo sedmih mesecih ustvarila prihranke skoraj v protivrednosti stroškov vseh ostalih izvenbolnišničnih zdravstvenih obravnave (razen obiskov pri izbranih osebnih zdravnikih in na fizioterapiji), ki jih v istem obdobju ustvari 100 pacientov z bolečino v hrbtu.

USMERITVE ZA NAPREJ

Za dolgoročno zmanjševanje stroškov zaradi bolniškega staleža, zdravstvenih storitev in invalidskih pokojnin je pomembno predvsem **zmanjšati delež** tistih pacientov, pri katerih se akutna bolečina v hrbtu razvije v **kronično obliko**, in skrbeti za **ohranjanje delazmožnosti** pacientov z že prisotno kronično bolečino hrbta. Vse intervencije, ki sestavljajo dopolnjeno zdravstveno obravnavo – triažna fizioterapija, delavnica za paciente s kronično bolečino hrbta, vzdrževalni program, intervencije v povezavi z medicino dela, prometa in športa – k temu uspešno prispevajo.

V monografiji navajamo tudi po našem mnenju ključne korake za uspešno uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave v prakso na nacionalni ravni. Ti med drugim obsegajo optimizacijo intervencij dopolnjene zdravstvene obravnave na podlagi do sedaj pridobljenih izkušenj in v sodelovanju z vsemi strokovnjaki in javnimi ustanovami, relevantnimi za področje bolečine v hrbtu. Vzporedno z optimizacijo intervencij dopolnjene zdravstvene obravnave pa je potrebno razviti tudi celostne ukrepe za ohranjanje delazmožnosti, ki so usklajeni med vsemi deležniki: pacienti, delodajalci, zdravstvenim sistemom in področjem socialnega varstva. Tega pomembnega področja smo se v tem projektu le dotaknili, predstavlja pa naslednji ključni sestavni del prizadevanj za več zdravja hrbta v delovno aktivni populaciji.

UVOD

Pričujoča monografija obravnava rezultate prizadevanj, da se za ljudi z bolečino v hrbtu v okviru zdravstvene obravnave poskrbi bolje.

Opisu problema obstoječe zdravstvene obravnave ljudi z bolečino v hrbtu sledi opis predloga dopolnjene zdravstvene obravnave in zdravstvenih intervencij, ki jo sestavljajo. Po predstavitvi metod pa navajamo ključne ugotovitve pilotnega testiranja dopolnjene zdravstvene obravnave, ki se dotikajo njene učinkovitosti in stroškovnih vidikov.

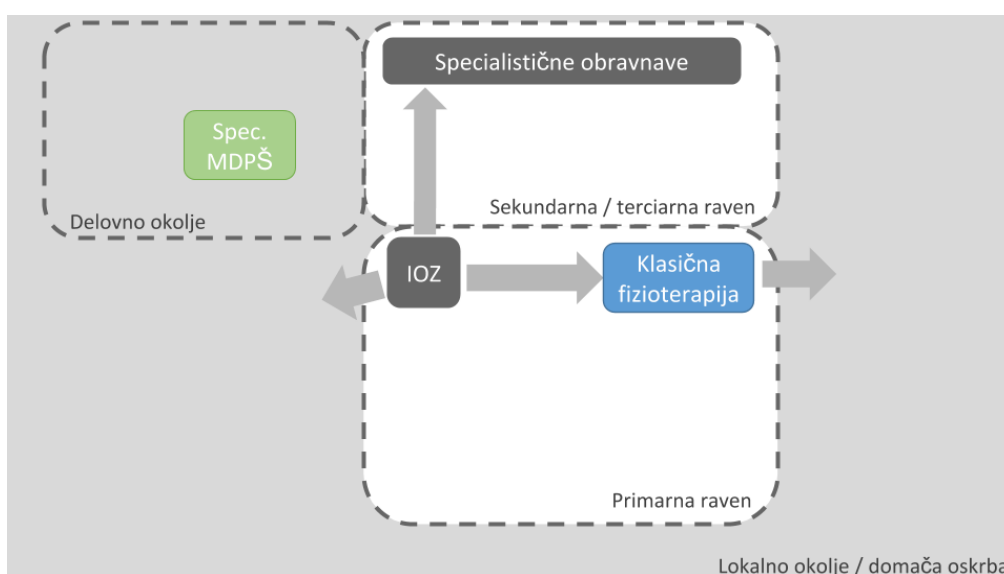
V monografiji na podlagi pridobljenih rezultatov navajamo ključne usmeritve za naprej in napotke, kako vsa spoznanja prenesti v prakso, da bo celostna obravnava pacienta z bolečino v hrbtu čim prej zaživela na nacionalni ravni.

PROBLEM

Pri obstoječem načinu zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu, ki jo prikazuje Slika 1, se pojavljajo naslednje težave:

- Pacientov, ki se vsaj enkrat v življenju srečajo z bolečino v hrbtu, je zelo veliko.
- Izbrani osebni zdravniki imajo zanje (podobno kot tudi za ostale svoje paciente) na voljo zelo malo časa, zato se v njihove težave težko poglobijo. Pacientom lahko pomagajo s hitrim nasvetom, zdravili, napotitvijo k specialistu ali na fizioterapijo in z bolniškim staležem (Slika 1).
- Zaradi dolgega čakanja na fizioterapijo ali drugo specialistično zdravstveno obravnavo so pacienti z akutnimi težavami pogosto dalj časa prepuščeni sami sebi, kar (lahko) vodi v poslabšanje zdravstvenega stanja, večja verjetnost za pojav kronične bolečine, pacientom onemogoča hitro okrevanje in vrnitev na delo, obenem pa jih tudi ne opolnomoči za samoaktivnost, ki je za dolgoročno zdravje hrbtenice, ne glede na izvedeno zdravstveno intervencijo, ključna.
- Po zdravniško pomoč se zatekajo tudi ljudje s kronično bolečino v hrbtu. Slednja se razvije ob neugodnih biopsihosocialnih okoliščinah in pomeni hudo stisko za paciente. Pacienti s kronično (razširjeno) bolečino so zaradi kompleksnosti težav za izbrane osebne zdravnike in vse ostale zdravstvene delavce, h katerim se zatekajo po pomoč, še večji izziv. Za celostno naslavljanje kroničnih bolečinskih sindromov je trenutno na voljo le kompleksna rehabilitacija, ki jo vodi tim za kronično nerakavo bolečino na Univerzitem rehabilitacijskem inštitutu Soča, na katero se po napotitvi lahko (trenutno) čaka več let. V vmesnem času pa so (tudi zaradi nerazumevanja svojih težav s strani zdravstvenih delavcev) mnogi pacienti prestrašeni, nemočni, pasivni in brez znanj in veščin, ki bi jim omogočila naslavljanje svojih kroničnih težav.

- o Bolečina v hrbtu je tudi eden najpogostejših vzrokov za bolniški stalež in invalidsko upokojevanje, zato predstavlja pomemben psihosocialni in ekonomski problem. Pogosto so vzroki za njen pojav oz. poslabšanje povezani z delovnim mestom, kar pa v sklopu obstoječe zdravstvene obravnave ni naslovljeno. Pacientov pooblaščen specialist medicine dela ni del zdravstvenega sistema, temveč ga izbirajo in njegove storitve plačujejo delodajalci sami. Ob težavah s hrbtom komunikacija med pacientovim izbranim osebnim zdravnikom in njegovim pooblaščenim spec. MDPŠ praviloma ne poteka, zato se krajši bolniški stalež pogosto prevesi v dolgotrajnega, ne da bi bile okoliščine v povezavi z delovnim mestom sploh naslovljene. Z vsakim mesecem na bolniškem staležu pa se obenem zmanjšuje verjetnost, da se bo pacient sploh še kdaj vrnil na delo, in večja verjetnost, da bo na koncu potrebna invalidska upokojitev.



Slika 1. Obstoječa zdravstvena obravnava pacientov z bolečino v hrbtu. Pacienti se po zdravstveni obravnavi pri izbranem osebnem zdravniku (IOZ) bodisi takoj vrnejo v svoje domače oz. delovno okolje ali pa so napoteni na fizioterapijo oz. k specialistu. Debelina puščic je odraz velikosti toka pacientov, njihova dolžina pa odraža čas čakanja na določeno obravnavo. Pacientov pooblaščen specialist medicine dela, prometa in športa (spec. MDPŠ) ni del javnega zdravstvenega sistema, zato izbrani osebni zdravnik z njim praviloma ne sodeluje.

NAMEN IN CILJI PROJEKTA

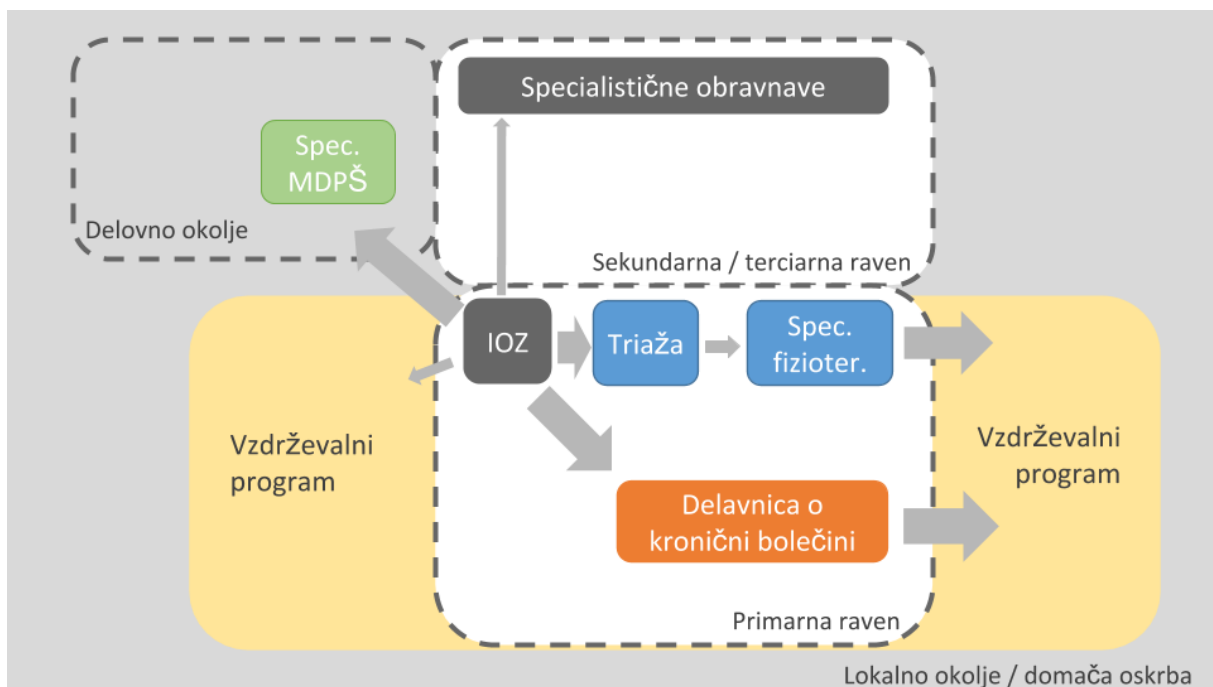
Namen projekta je bil premostiti zgoraj opisane probleme obstoječe zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu in s tem zmanjšati zdravstvene, psihosocialne in finančne posledice bremena, ki ga prinaša pojavljanje bolečine v hrbtu v delovno aktivni populaciji. Bolečina v hrbtu je namreč pogost pojav in eden izmed glavnih vzrokov za odsotnost z dela ter obisk pri zdravniku, zato predstavlja tudi pomemben ekonomski problem.

V skladu z namenom je imel projekt dva glavna cilja:

- **Izboljšanje zdravstvene obravnave ljudi z bolečinami v hrbtu**, kar vključuje:
 - izboljšanje dostopnosti do ustrezne zdravstvene obravnave v okviru zdravstvenega sistema za paciente z bolečino v hrbtu in
 - izboljšanje vsebine zdravstvene obravnave za paciente z bolečino v hrbtu.

- **Izboljšanje preprečevanja bolečine v hrbtu v delovno aktivni populaciji** in zmanjšanje števila ponavljajočih se epizod bolečine v hrbtu v delovno aktivni populaciji ob upoštevanju narave dela, ki ga pacient opravlja, in ostalih psihosocialnih okoliščin, ki so povezane s pojavom bolečine v hrbtu.

Vezano na prvi cilj so bila tako v novembru in decembru 2017 izvedena tri delovna srečanja, na katerih so sodelovali strokovnjaki, navedeni na str. 147 (specialisti družinske in splošne medicine; specialisti ortopedije; specialisti nevrokirurgije; specialisti fizikalne in rehabilitacijske medicine; specialisti medicine dela, prometa in športa; specialisti nevrologije; specialisti javnega zdravja; specialisti ginekologije in porodništva; fizioterapevti; kineziologi; delovni terapevti; farmacevti; psihologi; klinični psihologi; medicinske sestre ter predstavniki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zavarovalnice Triglav), ki se pri svojem delu vsakodnevno srečujejo s pacienti z bolečino v hrbtu. Rezultat je bil predlog dopolnjene zdravstvene obravnave (Slika 2) in smernic za izvajanje dopolnjene zdravstvene obravnave teh pacientov nad 18. letom na primarni zdravstveni ravni.



Slika 2. Predlog dopolnjene zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu. Po obisku izbranega osebnega zdravnika (IOZ) so pacienti z akutno bolečino v hrbtu brez resnih specifičnih zdravstvenih stanj (t. i. rdečih zastavic) napoteni na triažno fizioterapijo, ki jim je na voljo takoj (v roku 1 tedna) in traja med 1 do 3 obiski. Le nekateri pacienti so po triažni fizioterapiji deležni daljše specialne fizioterapevtske obravnave. Pacienti s kronično bolečino v hrbtu, ki niso v fazi akutnega poslabšanja, so napoteni na delavnico o kronični bolečini, ki poteka v okviru Centra za krepitev zdravja. Po zaključku zdravstvenih obravnav so vsi pacienti usmerjeni v vzdrževalni program, ki poteka v lokalnem okolju. Vsi pacienti so najkasneje po 4 tednih bolniškega staleža oz. kadar koli ob sumu, da so vzroki za bolečino v hrbtu povezani z delovnim mestom, usmerjeni k svojemu pooblaščenemu specialistu medicine dela, prometa in športa (spec. MDPŠ), ki pomaga pacientom v procesu vračanja na delo. Debelina puščic je odraz velikosti toka pacientov, njihova dolžina pa odraža čas čakanja na določeno obravnavo.

Razvit predlog dopolnjene zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu (Slika 2) temelji na z dokazi podprti medicini in je prilagojen slovenskemu prostoru. Oblikovan je z namenom nuditi najboljšo obravnavo pacientom z bolečino v hrbtu, pri čemer je poudarek na zmanjšanju psihosocialnega, pa tudi ekonomskega bremena, ki ga prinaša bolečina v hrbtu v odrasli populaciji.

Glavne novosti predloga dopolnjene zdravstvene obravnave so opisane v sledečih podpoglavjih.

TRIAŽNI FIZIOTERAPEVT

Ena izmed glavnih novosti dopolnjene zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu je **uvedba t. i. triožnega fizioterapevta**, ki ima specialna znanja in vsaj triletno delovne izkušnje na področju izvajanja fizioterapije. **K triožnemu fizioterapevtu so napoteni vsi pacienti z akutno bolečino hrbta ali akutnim poslabšanjem te bolečine**, izjema so pacienti z nujnimi stanji (t. i. rdeče zastavice), in sicer čim prej oz. najkasneje v enem tednu od obiska izbranega osebnega zdravnika. Obravnava pri triožnem fizioterapevtu sestoji iz enega do treh obiskov (število obiskov po svoji presoji določa fizioterapevt). Ob prvem obisku triožni fizioterapevt opravi individualno triožo z oceno pacientovega stanja in pacientu preda osnovne napotke za samoobvladovanje bolečine, v nadaljevanju pa uporablja dokazano učinkovite fizioterapevtske postopke (manualna terapija, kinezioterapija, termoterapija). Te izvaja v individualni obliki, zdravstveno vzgojo (edukacijo) in kinezioterapijo pa lahko izvaja tudi v manjših skupinah.

Ta novost je nastala z namenom hitrejšega odpravljanja bolečine in predvsem njenih neposrednih vzrokov (npr. mehanskega pritiska na živčno korenino), še preden bi se bolečina kronificirala, pri čemer je poudarek tudi na opolnomočenju pacienta za samooskrbo in preprečevanje bolečine v hrbtu v prihodnje (zdravstvena vzgoja, učenje samostojnega izvajanja gibalnih vaj).

Po štirih tednih od pojava akutne bolečine triožni fizioterapevt s pomočjo vprašalnika STarT Back določi stopnjo pacientovega tveganja za razvoj kronične bolečine, kar mu je v pomoč pri presoji o potrebi po daljši specialni fizioterapevtski obravnavi, kar se povezuje z naslednjo točko.

DALJŠA SPECIALNA FIZIOTERAPIJA

Pacienti z resnejšimi težavami (npr. nekaterimi oblikami radikulopatij) so po triožni usmerjeni na daljšo specialno fizioterapevtsko obravnavo, ki jo prav tako izvaja fizioterapevt s specialnimi znanji in pri tem uporablja le dokazano učinkovite fizioterapevtske postopke. **O številu potrebnih obiskov presoja fizioterapevt** glede na pacientovo stanje in napredek in se o tem posvetuje s pacientovim izbranim osebnim zdravnikom. Praviloma se specialna fizioterapevtska obravnava začne po 4 tednih od pojava akutne bolečine v hrbtu (to je okvirno takrat, ko se zaključi triožna fizioterapija), lahko pa se začne tudi že po prvem pregledu v okviru triožne fizioterapije, v kolikor je to potrebno (npr. pri pacientih z določenimi oblikami radikulopatij).

DELAVNICA ZA PACIENTE S KRONIČNO BOLEČINO IN VZDRŽEVALNI PROGRAM

Delavnica za paciente s kronično bolečino v hrbtu je nastala zaradi potrebe, da se takšnim pacientom že na primarni zdravstveni ravni ponudi pomoč pri obvladovanju kronične bolečine, saj trenutno takšni programi na primarni zdravstveni ravni ne obstajajo.

Delavnica temelji na najnovejših dognanjih s področja nevroznanosti bolečine in biopsihosocialnem modelu,²⁻⁴ kar pomeni, da zahteva multidisciplinaren pristop.

Srečanja, teh je skupno osem po 90 minut, tako izmenjujoče vodijo družinski zdravnik, fizioterapevt in psiholog.

Namen delavnice je, da pacienti razumejo naravo kronične bolečine, vzroke, ki do nje vodijo, in dejavnike, ki nanjo vplivajo. Seznanijo se tudi s pomembnostjo izvajanja gibalne aktivnosti in principi, po katerih lahko le-to kljub morebitni kineziofobiji (strahom pred gibanjem) in bolečino ponovno začnejo (redno) izvajati. V psihološkem delu delavnice je poudarek na spopadanju s stresom in izvajanju tehnik sproščanja ter osnovnih principih spremembe mišljenja in vedenja po kognitivno-vedenjski terapiji. Poudarek je torej na opolnomočenju za samoaktivnost.

Med srečanji se spodbuja aktivnost udeležencev, tako v obliki sodelovanja med samo delavnico kot tudi v času izven delavnice (v ta namen vsak udeleženec dobi delovni zvezek z nalogami, namenjenimi razumevanju bolečine, spremembi prepričanj ipd.). Širši namen delavnice je tudi v destigmatizaciji kronične bolečine (v hrbtu).

V pilotu smo pred pričetkom posamezne delavnice izvedli tudi individualna srečanja udeleženca s psihologinjo, ki je bila ena izmed izvajalk delavnice. Namen tega je bil, da se udeležence seznanijo s potekom delavnice in se jim pojasni, kaj od nje lahko pričakujejo, psihologinja pa je na tak način pridobila vpogled v sestavo skupine in lažje prilagodila vsebine svojega dela delavnice.

Med izvajanjem pilota se je pojavila potreba, da se pacientom, ki z delavnico zaključijo, pomaga, da večšine, ki so jih pridobili v delavnici, tudi zares prenesejo v svoje vsakdanje življenje. S tem namenom se je osnoval gibalno-psihoedukacijski program (v nadaljevanju: **vzdrževalni program**), primarno namenjen pacientom, ki zaključijo zgoraj opisano delavnico. Posamezni program je potekal dva meseca, približno dvakrat na teden, s skupno med 12 do 16 srečanji. Vzdrževalni program je bil v celoti praktičen, kar pomeni, da so pod vodstvom kineziologa udeleženci izvajali individualno prilagojen gibalni program z vsebinami dinamičnega raztezanja, krepiteve mišic trupa in kolčno-medeničnega predela ter praktičnega učenja o tem, kako si prilagoditi izvajanje vsakodnevnih aktivnosti. Redno je potekal tudi pogovor o izvedbi aerobnih aktivnosti v lastni režiji. Program je bil zasnovan v skladu z načeli postopnosti gibanja, ki so jih udeleženci spoznali že na delavnici. V psihološkem delu vzdrževalnega programa pa je psiholog z udeleženci vadil uporabo psiholoških veščin v vsakdanjih situacijah.

Vzdrževalni program je bil skupno izveden trikrat, le prvič pa tudi z zgoraj omenjenim psihološkim delom.

KONZULTACIJA IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA S SPEC. MDPŠ

Novost, ki vključuje področje medicine dela, prometa in športa (MDPŠ), je nastala zaradi dejstva, da k bolečini v hrbtu pomembno vpliva tudi pacientovo delovno mesto. Najboljši vpogled v razmere na delovnem mestu ima pacientov pooblaščenec spec. MDPŠ, medtem ko o začetku/podaljšanju/zaključku bolniškega staleža odloča izbrani osebni zdravnik, komunikacija med njima pa praviloma v praksi ni

vzpostavljena. V sklopu **konzultacije je izbrani osebni zdravnik spodbujen h komunikaciji s pacientovim pooblaščenim spec. MDPŠ** v primeru, da:

- o pacientova bolečina v hrbtu traja že vsaj štiri tedne, se ponavlja ali pa gre za dolgotrajni bolniški stalež zaradi bolečine v hrbtu;
- o sumi, da je vzrok za bolečino v hrbtu povezan s pacientovim delovnim mestom;
- o je v dvomih glede podaljšanja bolniškega staleža.

Spec. MDPŠ izbranemu osebnemu zdravniku svetuje glede pacientovega bolniškega staleža in vračanja na delo. V kolikor spec. MDPŠ zazna, da je to smiselno, vzpostavi stik z delodajalcem in si ogleda delovno mesto ter delodajalcu po potrebi svetuje o ustreznih ukrepih in prilagoditvah delovnega mesta, kar lahko vodi v identifikacijo vzrokov za bolečino v hrbtu v povezavi z delovnim mestom in posledično krajši bolniški stalež.

Možni izidi konzultacije so tako:

- o zaključek bolniškega staleža in vrnitev na staro delovno mesto;
- o postopna vrnitev na delo na staro delovno mesto preko začasno skrajšanega delovnega časa;
- o vrnitev na prilagojeno delovno mesto;
- o nadaljevanje bolniškega staleža ali
- o vstop v obravnavo v timu za poklicno rehabilitacijo (sledеče podpoglavje, str. 32).

POKLICNA REHABILITACIJA

Poklicna rehabilitacija je bila razvita z namenom nudenja zgodnje individualne pomoči pacientom z bolečino v hrbtu pri vračanju na delu. Namenjena je predvsem pacientom na dolgotrajnem bolniškem staležu oz. tistim, ki izkazujejo tveganje za razvoj kronične oblike bolečine v hrbtu. Cilj te intervencije je, da se ljudje na delo vrnejo čim prej in z zmanjšanim tveganjem za ponovitev bolečine v hrbtu ter da se zmanjša verjetnost za nastanek dolgotrajnega bolniškega staleža in invalidnosti.

V sklopu te intervencije je bila zamišljena primarno multidisciplinarna obravnava tima poklicne rehabilitacije, na čelu katerega je spec. MDPŠ, v tim pa se po njegovi presoji ob posameznem primeru poklicne rehabilitacije vključujejo še psiholog in kineziolog ter delovni terapevt (v *pilotu delovni terapevt v ekipo ni bil vključen*).

Primerne kandidata za vstop v poklicno rehabilitacijo lahko prepozna spec. MDPŠ v okviru konzultacije (str. 31) ali pa pacienta k spec. MDPŠ napoti pacientov izbrani osebni zdravnik kadar koli oceni, da pacient potrebuje strokovno pomoč pri vračanju na delo.

Prvi obisk v sklopu poklicne rehabilitacije pacient opravi pri spec. MDPŠ, ki pacienta pregleda ter naredi načrt poklicne rehabilitacije (koga bo vključil v multidisciplinarni tim; uskladi termin obiska na delovnem mestu ipd.). Drugi obisk (oz. prva intervencija na delovnem mestu) pa sestoji iz obiska podjetja, kjer se tim za poklicno rehabilitacijo

skupaj s pacientom sestane s predstavniki delodajalca na pacientovem delovnem mestu.

Cilji obiska so:

- o edukacija pacienta in delodajalca o naravi bolezni in potrebnih ukrepih za uspešno in varno vrnitev na delo;
- o svetovanje o ukrepih na strani delavca (npr. položaji pri delu, prilagajanje delovnih obremenitev, časovnih obremenitev, dodatna izobraževanja, ipd.);
- o svetovanje o ukrepih na strani delodajalca (npr. ergonomska prilagoditev delovnega mesta, pripomočki za delo, delovna klima, odnosi ipd.) in
- o mediiiranje dogovora med vsemi deležniki o procesu vračanja pacienta na delo in o odgovornostih posameznih deležnikov v tem procesu.

S tem se poklicna rehabilitacija lahko zaključi, po potrebi pa se izvede ponovni obisk na delovnem mestu. Pomembno je, da spec. MDPŠ spremlja pacienta in delodajalca tudi po zaključeni poklicni rehabilitaciji in jima je na voljo za pomoč in vprašanja.

Oblikovanju zgoraj opisanih novosti je sledilo pilotno testiranje predloga dopolnjene zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu v praksi.

PILOTNI DEL PROJEKTA

Cilj pilotnega dela projekta je bil preizkusiti in ovrednotiti predlog zgoraj opisane dopolnjene zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu.

T. i. testni zdravstveni dom je v praksi izvedel zdravstvene storitve, ki jih predvideva dopolnjena zdravstvena obravnava, in sistematično zbiral podatke o njeni učinkovitosti v skladu s predpisanim protokolom.

T. i. kontrolni zdravstveni dom pa je izvedel zdravstvene storitve za paciente z bolečino v hrbtu v skladu z obstoječo/ouveljavljeno zdravstveno obravnavo in sistematično zbiral podatke o njeni učinkovitosti v skladu s predpisanim protokolom.

Cilji pilotnega dela projekta so bili:

- o zbrati natančnejše podatke o obstoječem načinu zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu;
- o ovrednotiti izide zdravljenja in zadovoljstvo pacientov s predlogom dopolnjene zdravstvene obravnave v primerjavi z obstoječo;
- o oceniti, ali dopolnjena zdravstvena obravnava izboljša vsebino in dostopnost zdravstvene obravnave;
- o oceniti finančne učinke dopolnjene zdravstvene obravnave v primerjavi z obstoječo;
- o oceniti, ali dopolnjena zdravstvena obravnava izboljša preprečevanje bolečine v hrbtu v delovno aktivni populaciji in

- identificirati potencialne vsebinske in organizacijske ovire pri uvedbi dopolnjene zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu v prakso.

ZBIRANJE PODATKOV

Zbiranje podatkov je potekalo v **sedemmesečnem časovnem obdobju** in z naslednjim številom vključenih izbranih osebnih zdravnikov:

- **Testni zdravstveni dom (ZD Trebnje):**
29. 5. 2018 – 31. 12. 2018, 8 ambulant družinske medicine
- **Kontrolni zdravstveni dom (ZD Celje):**
1. 5. 2018 – 30. 11. 2018, 6 ambulant družinske medicine

Splošno navodilo je bilo, da se **v pilot vključi vsakega pacienta med 18. in vključno 65. letom, ki obišče izbranega osebnega zdravnika zaradi ene izmed diagnoz oz. njim podređenih diagnoz, vezanih na bolečino v hrbtu** (Preglednica 3), in hkrati soglašaja s sodelovanjem v raziskavi. V pilot niso bili vključeni pacienti z nujnimi stanji (t. i. rdeče zastavice) in tisti, ki so potrebovali specifično specialistično zdravljenje; ti so bili

Izbrani osebni zdravniki zaradi pomanjkanja časa v raziskavo niso vključili vseh pacientov, ki so sicer zadostili pogojem za vključitev.

napoteni k ustreznemu specialistu. V kontrolnem okolju smo z namenom ocenjevanja učinkovitosti fizioterapevtske obravnave zaradi dolgih čakalnih dob v pilotni projekt vključili tudi paciente, ki so v času projekta imeli fizioterapevtsko obravnavo (vendar so bili nanjo napoteni že pred pričetkom pilotnega obdobja).

Preglednica 3. Seznam diagnoz, vezanih na bolečino v hrbtu (po MKB-10-AM, različica 6).

| Koda | Slovenski naziv |
|--------------|---|
| M40 | Kifoza in lordoza |
| M41 | Skolioza |
| M42 | Osteohondroza hrbtenice |
| M43 | Druge deformirajoče bolezni hrbta (dorzopatije) |
| M45 | Ankilozirajoči spondilitis |
| M46 | Druge vnetne spondilopatije |
| M47 | Spondiloza |
| M48 | Druge spondilopatije |
| M49 | Spondilopatije pri boleznih, uvrščenih drugje |
| M50 | Okvare medvretenčne ploščice (diskusa) cervikalne hrbtenice |
| M51 | Druge okvare medvretenčne ploščice (diskusa) |
| M53 | Druge bolezni hrbta (dorzopatije), ki niso uvrščene drugje |
| M54 | Bolečina v hrbtu (dorzalgija) |
| | |
| M79.7 | Fibromialgija |
| | |
| M99 | Biomehanične okvare (lezije), ki niso uvrščene drugje |
| | |
| F45.4 | Trajna somatoformna bolečinska motnja |

Zbiranje podatkov je potekalo preko vprašalnikov, ki so jih izpolnjevali pacienti sami, preko obrazcev, ki so jih izpolnjevali zdravstveni delavci, in preko izbranih kliničnih meritev. Dodatni podatki so bili pridobljeni iz podatkovnih zbirk zdravstvenih domov, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ).

VPRAŠALNIKI IN MERITVE

Vprašalniki in meritve so se administrirali po predhodno določenem protokolu, ob izbranih časovnih točkah. Kateri vprašalniki/meritve so se posameznemu pacientu administrirali, je bilo odvisno od vrste intervencij, ki jih je bil posamezen pacient deležen. V primeru testnega zdravstvenega doma so bili pacienti z akutno bolečino v hrbtu deležni drugačnih intervencij kot pacienti s kronično bolečino v hrbtu, zato so se morali osebni zdravniki ob prvem obisku pacienta odločiti, ali je jih je ta obiskal zaradi akutnih ali zaradi kroničnih težav s hrbtom.

Razen, kjer je označeno drugače, so bili vprašalniki sestavljeni za namene pilotne raziskave (ti vprašalniki se nahajajo v Prilogi, od str. 149 naprej).

Vprašalniki in meritve v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu:

- **Naslovnica** (osnovni podatki o pacientu; str. 149)
- **Osnovni vprašalnik o bolečini v hrbtu** (osnovna vprašanja o naravi pacientove bolečine v hrbtu; str.150)^a
- **Modificirani Roland-Morrisov vprašalnik**^{7,8} ali **MRMQ** (stopnja funkcionalne nezmožnosti zaradi bolečine v spodnjem delu hrbta)
- **Vprašalnik zmanjšane zmožnosti zaradi bolečine v vratu**⁹ ali **NDI** (stopnja funkcionalne nezmožnosti ob bolečini v vratu ali zgornjem delu hrbta; lasten prevod, ki je temeljil na slovenski verziji vprašalnika, ki se interno uporablja v kliničnem okolju)
- **Presejalni vprašalnik STarT Back**^{10,11} (stratifikacija pacientov z bolečino v hrbtu glede na stopnjo tveganja za razvoj kronične bolečine; lasten prevod, validiran v času trajanja projekta¹²)
- **Vprašalnik o izogibanju zaradi strahu pri delu**^{7,13} ali **VPISD**
- **Vprašalnik zadovoljstva s klinično potjo za paciente** (z novo v testnem in obstoječo v kontrolnem zdravstvenem domu; str. 180)
- **Rezultati fizioterapije** (kontrolni zdravstveni dom; str. 157) ter **rezultati triazne in rezultati specialne fizioterapije** (testni zdravstveni dom; str. 163 in 167) (vsebina obravnave, stopnja bolečine po številčni ocenjevalni lestvici, izbrani klinični testi funkcionalnosti in gibljivosti)
- **Vprašalnik zadovoljstva s klinično potjo za zdravstveno osebje** (z novo v testnem in obstoječo v kontrolnem zdravstvenem domu; str. 184 in str. 192)

^a Pri oblikovanju vprašanj smo se deloma zgledovali po Dionne idr. (2008)⁵ in vprašalniku painDetect.⁶

Dodatni vprašalniki v testnem zdravstvenem domu:

- **Vprašalnik obremenitev na delovnem mestu** (str. 153)
- Področje medicine dela, prometa in športa:
 - **Kontrolni seznam: stres pri delu**¹⁴
 - **OPSA**¹⁵ (orodje za obvladovanje psihosocialnih tveganj in absentizma)
- Neposredno pred in po delavnici za paciente s kronično bolečino ter približno dva meseca po zaključeni delavnici so udeleženci izpolnili vprašalnike iz spodnjega nabora:
 - **Beckov vprašalnik depresivnosti** ali **BDI-II**¹⁶ (stopnja depresivnosti; neuraden prevod K. Belšak)
 - **Lestvica strahu pred gibanjem**¹⁷ ali **TSK** (prevod, ki se uporablja na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu (URI) Soča)
 - **Lestvica bolečinskega katastrofiziranja**¹⁸ ali **PCS** (prevod, ki se uporablja na URI Soča)
 - **Generalizirana anksiozna motnja-7**¹⁹ ali **GAD-7** (nevalidiran prevod)
 - **Evalvacija delavnice**^b (zadovoljstvo z delavnico, test pridobljenega znanja, pridobljene veščine, zaznane spremembe v kakovosti življenja; str. 174)
 - **Številčna ocenjevalna lestvica za oceno bolečine**
 - **MRMQ** in/ali **NDI**

Orodje OPSA je bilo predvideno za izpolnjevanje pred vstopom v poklicno rehabilitacijo, vendar ni bilo administrirano nobenemu udeležencu.

PODATKOVNE ZBIRKE

Iz podatkovnih zbirk smo v anonimizirani obliki pridobili dodatne zdravstvene podatke o tistih pacientih, ki so v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu v sedemmesečnem obdobju pilota v letu 2018 ali v enakem obdobju v letu 2017 vsaj enkrat obiskali izbranega osebnega zdravnika (sodelujočega v projektu), zaradi katere koli izmed diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu (Preglednica 3). Vse našete podatke smo pridobili za sedemmesečno obdobje, v katerem je potekal pilot, in sicer za obe leti (2017 in 2018).

Viri podatkov in pridobljeni podatki so bili naslednji:

- Podatkovne zbirke **testnega in kontrolnega zdravstvenega doma**:
 - Datumi obiskov izbranih osebnih zdravnikov in zabeležene diagnoze ob obiskih
 - Datumi predpisov zdravil, nacionalna šifra zdravila, količina

^b Pri delih vprašalnika smo se deloma zgledovali po vprašalniku The Neurophysiology of Pain Questionnaire (NPQ)²⁰ (test pridobljenega znanja) in Patients' Global Impression of Change (PGIC Scale)²¹ (zaznane spremembe v kakovosti življenja).

- Datumi napotitev na fizioterapevtsko obravnavo, vrsta fizioterapevtske obravnave in stopnja nujnosti
 - Datum prvega in zadnjega fizioterapevtskega obiska ter opravljeni fizioterapevtski postopki
 - Datum začetka in zaključka bolniškega staleža ter vrsta bolniškega staleža
- Podatkovna zbirka **ZZS**:
 - Izdatki za zdravstvene storitve
 - Izplačana nadomestila za bolniško odsotnost v breme ZZS
 - Izdatki za zdraviliško zdravljenje
 - Izdatki za hospitalizacije
 - Izdatki za zdravila
 - Podatkovna zbirka **NIJZ (e-naročanje)**:
 - Podatki o napotitvah preko e-napotnic:
 - kateri strokovnjak je izdal napotnico
 - Datum napotitve
 - Napotna diagnoza
 - Napotna zdravstvena storitev
 - Strokovnost specialista, h kateremu je bil pacient napoten
 - Stopnja nujnosti napotitve
 - Status napotnice (izdana, izkoriščena, preklicana ipd.)
 - Datum, ko je bil pacient naročen; ko je bil pacient sprejet; ko je bila obravnava zaključena
 - Katera zdravstvena storitev je bila dejansko opravljena
 - Podatki o morebitni nadaljnji (sekundarni, terciarni) napotitvi

STATISTIČNA ANALIZA PODATKOV

V statistične analize so bili zajeti pacienti, **rojeni med (vključno z) letoma 1953 in 2000**.

Analiza podatkov je bila narejena na treh skupinah, ločeno za testni in kontrolni zdravstveni dom:

- **2018 – vprašalniki**: pacienti, ki so v obdobju trajanja pilotne raziskave obiskali izbranega osebnega zdravnika zaradi bolečine v hrbtu in bili hkrati vključeni v raziskavo, kar pomeni, da so izpolnjevali vprašalnike in bili v primeru testnega zdravstvenega doma obravnavani po predlogu dopolnjene zdravstvene obravnave,
- **2018**: vsi pacienti, ki so v času trajanja pilota v 2018 obiskali izbranega osebnega zdravnika zaradi bolečine v hrbtu ne glede na to, ali so bili vključeni v pilotno raziskavo ali ne in
- **2017**: vsi pacienti, ki so v enakem obdobju v letu 2017 obiskali izbranega osebnega zdravnika zaradi bolečine v hrbtu.

Glede na različne zahteve posameznih raziskovalnih vprašanj smo vrednosti statistično ovrednotili s pomočjo:

- dvostranske kombinirane ANOVE,
- Mann-Whitneyevega U testa,
- hi-kvadrat testa homogenosti,
- Fisherjevega Exact testa (v kolikor je bil vzorec premajhen za uporabo testa hi-kvadrat).

Kot stopnjo statistične značilnosti smo določili $p < 0,05$. V primeru opaženih razlik smo med spremenljivkami izvedli post hoc analizo z uporabo ustreznih korekcijskih faktorjev. V odvisnosti od raziskovalnega vprašanja in izbranega testa smo normalnost porazdelitve podatkov preverjali s pomočjo Shapiro-Wilk testa, distribucijo podatkov (Mann-Whitneyev U test) z vizualnim pregledom, sferičnost z Mauchlyevim testom, homogenost varianc z Levenovim testom, enakost kovarianc z Boxovim testom, zadostno velikost vzorca pa s pomočjo izračuna najnižje pričakovane vrednosti (hi-kvadrat test homogenosti).

SPLOŠEN OPIS UDELEŽENCEV RAZISKAVE

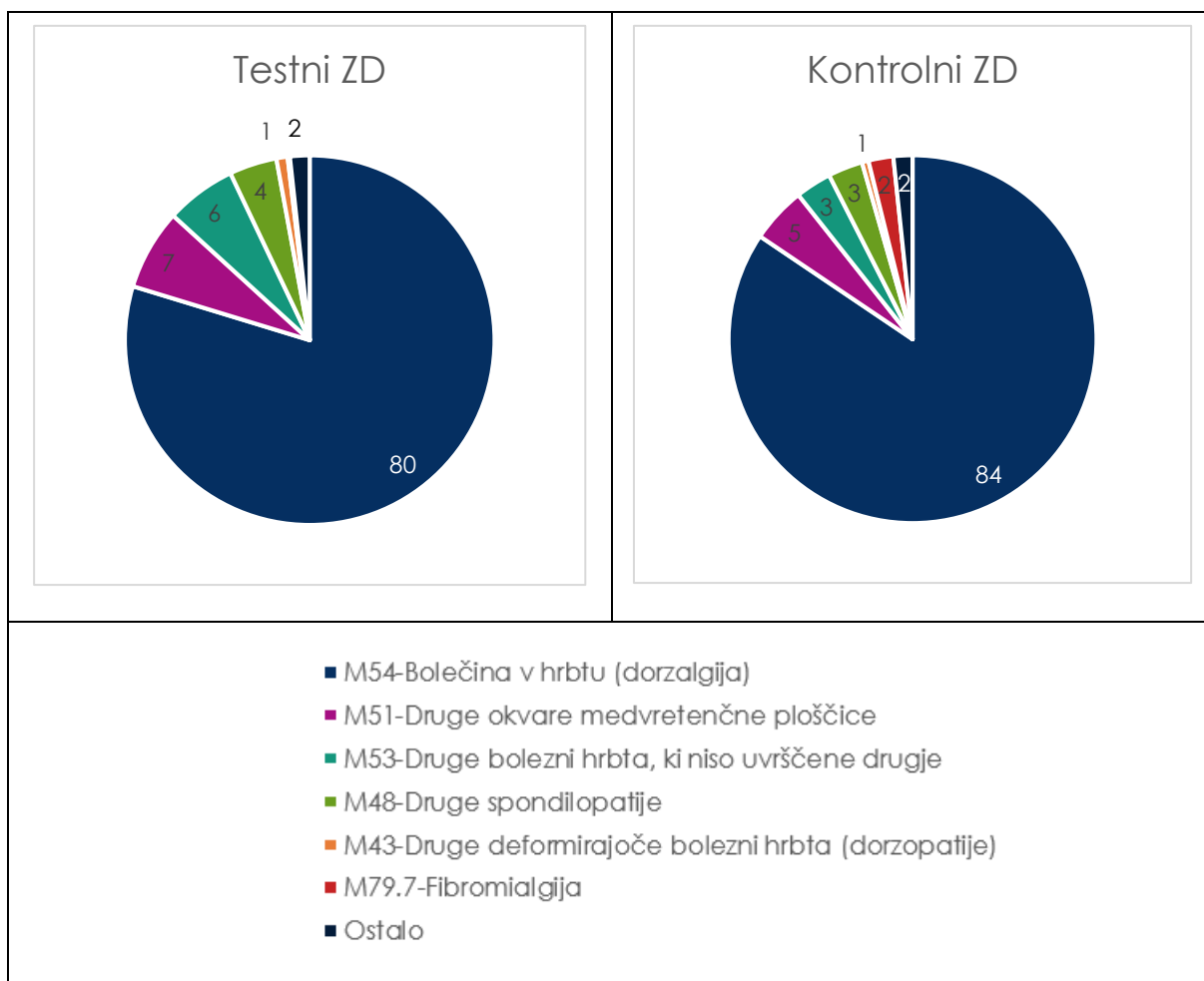
V obeh zdravstvenih domovih je v sedmih opazovanih mesecih leta 2018 izbranega osebnega zdravnika zaradi ene izmed diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu vsaj enkrat obiskalo **2166 pacientov** (Slika 4), kar predstavlja **8,5 % vseh opredeljenih pacientov** pri sodelujočih zdravnikih^c. V to skupino so všteti le tisti pacienti, ki so imeli v informacijskem sistemu zabeležen vsaj en obisk zaradi ene izmed diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu.

Med pacienti so v obeh zdravstvenih domovih **prevladovala ženske**. V testnem jih je bilo 54 %, v kontrolnem zdravstvenem domu pa kar 68 % (hi-kvadrat, $p < 0,0005$).

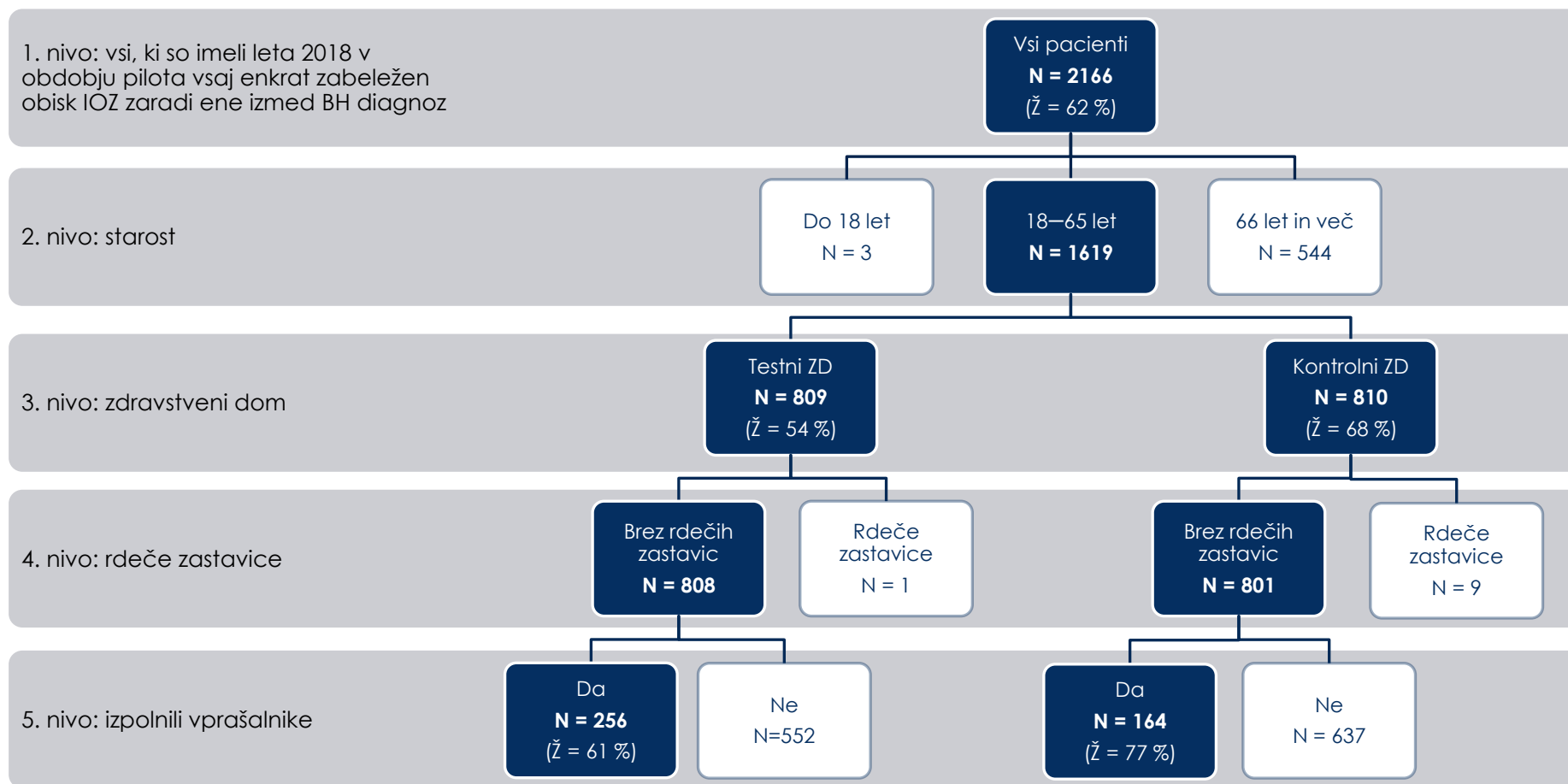
Ob vsaj štirih petinah obiskov so zdravniki paciente obravnavali zaradi **diagnoze M54, tj. »bolečina v hrbtu«** (Slika 3). Ostale pogosto postavljene diagnoze so bile še M51, tj. »druge okvare medvretenčne ploščice«, M53, tj. »druge bolezni hrbtna«, in M48, tj. »druge spondilopatije«.

V kontrolnem zdravstvenem domu je bilo 2 % obiskov na račun M79.7, tj. fibromialgije, v testnem zdravstvenem domu pa so zabeležili le štiri obiske (0,2 %) na račun te diagnoze.

^c Izračunano na podlagi podatka o številu opredeljenih pacientov na dan 1. 4. 2018.



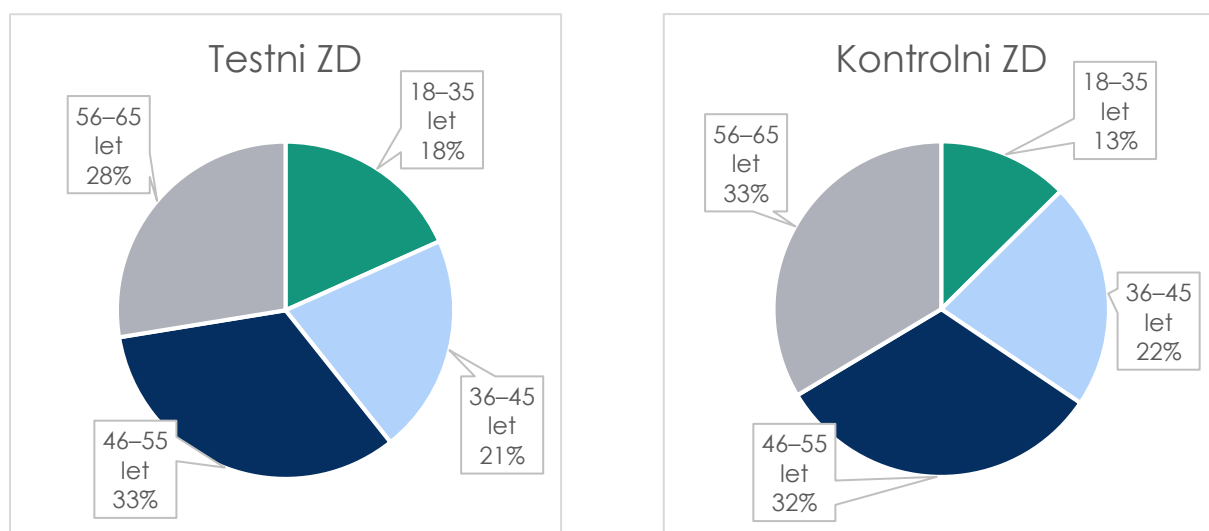
Slika 3. Najpogostejše diagnoze v povezavi z bolečino v hrbtu kot razlog za obisk izbranega osebnega zdravnika v času pilota.



Slika 4. Shema vseh pacientov, ki so v obdobju pilota v letu 2018 vsaj enkrat obiskali izbranega osebnega zdravnika (IOZ) zaradi ene izmed diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu (BH). Shema prikazuje število pacientov in njihovo spolno strukturo.

Četrtnina pacientov, ki so obiskali izbranega osebnega zdravnika zaradi bolečine v hrbtu, je bila starejša od 65 let.

Pacienti v starostni kategoriji 18–65 let, ki predstavljajo tri četrtine populacije, so bili **v povprečju stari 50 let** (testni ZD: mediana=48 let, kontrolni ZD: mediana=51 let). Starostna struktura pacientov se je med zdravstvenima domovoma nekoliko razlikovala (Mann-Whitney U= 360654, z=3,511, p<0,0005). V testnem zdravstvenem domu je bil večji delež pacientov iz najmlajše starostne kategorije (18–35 let), medtem ko je bil v kontrolnem zdravstvenem domu večji delež pacientov iz najstarejše starostne kategorije (56–65 let) (Slika 5).

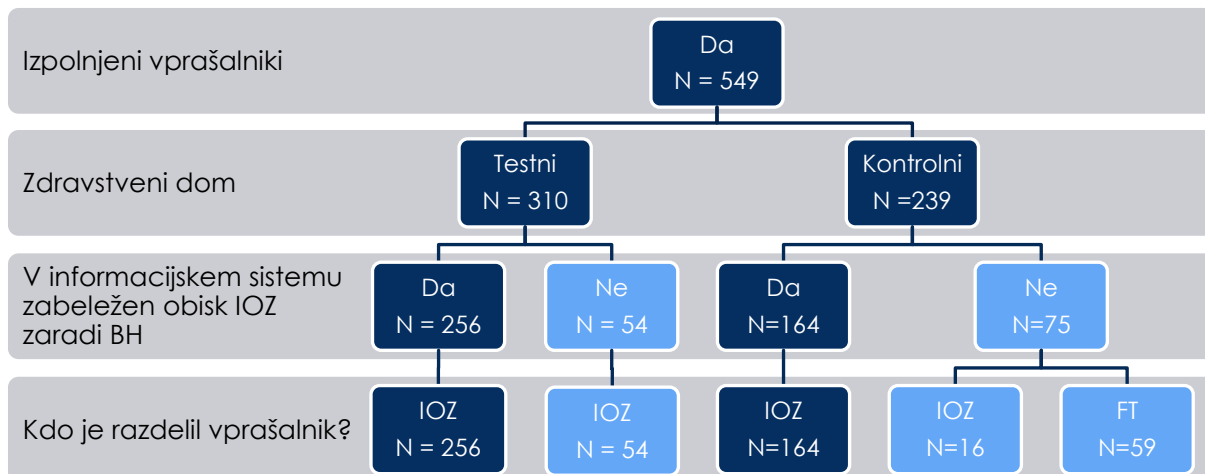


Slika 5. Primerjava starostne sestave pacientov v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu (ZD).

Vprašalnike za podrobno oceno dopolnjene zdravstvene obravnave je skupno izpolnilo **549 pacientov** (Slika 6). V populaciji pacientov, ki so izpolnili vprašalnike, je bil še za 8 % večji odstotek žensk kot v celotni populaciji pacientov z bolečino v hrbtu (testni ZD: +7 %, hi-kvadrat, p=0,003; kontrolni ZD: +9 %, hi-kvadrat, p=0,007).

Med njimi je bilo skupno 70 pacientov, ki so vprašalnike izpolnili pri osebem zdravniku, niso pa imeli uradno zabeleženega obiska pri njem zaradi diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu, temveč npr. zaradi »ponovnega predpisovanja recepta«. V testnem zdravstvenem domu je bilo takih pacientov 54 (17 %), v kontrolnem zdravstvenem domu pa 16 (9 %).

Za oceno učinkovitosti fizioterapevtske obravnave smo v raziskavo v kontrolnem zdravstvenem domu vključili tudi 59 pacientov, ki v času pilota sicer niso obiskali v raziskavi sodelujočih družinskih zdravnikov, so pa obiskali fizioterapijo zaradi bolečine v hrbtu, na katero so bili napoteni že v času pred pričetkom pilota (Slika 6).



Slika 6. Shema vseh pacientov, ki so v času pilota v letu 2018 v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu izpolnili vprašalnike (N – število pacientov, IOZ – izbrani osebni zdravnik, FT – fizioterapevt).

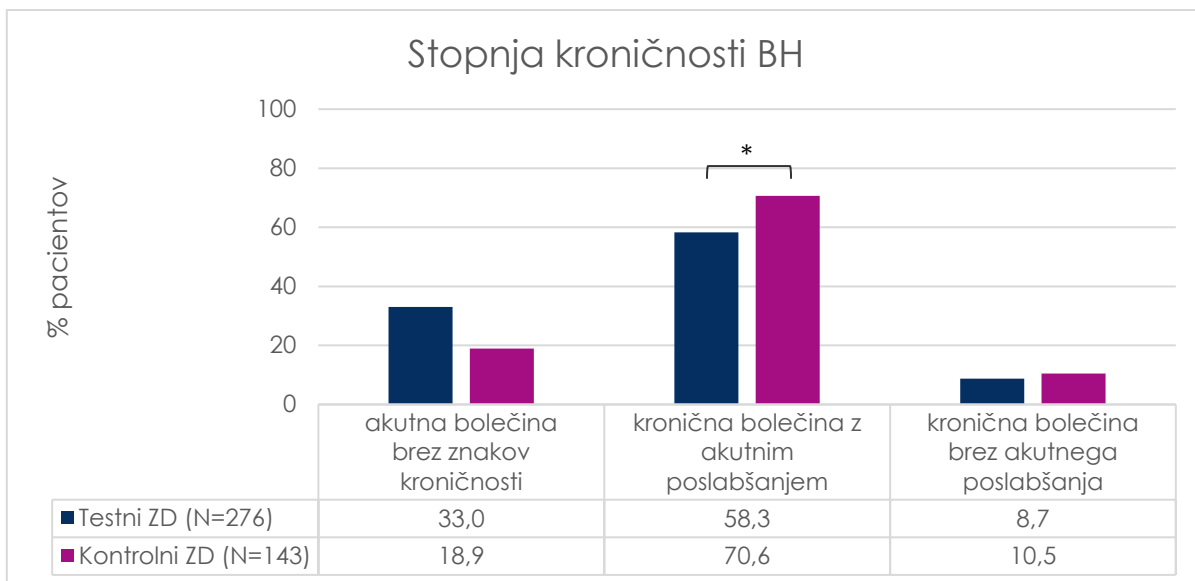
TELESNE ZNAČILNOSTI PACIENTOV

ZNAČILNOSTI TEŽAV S HRBTOM – SPLOŠNO

Na podlagi odgovorov na vprašanja 2., 8. in 8.a v Osnovnem vprašalniku o bolečini v hrbtu (str. 150) smo paciente razdelili v tri skupine:

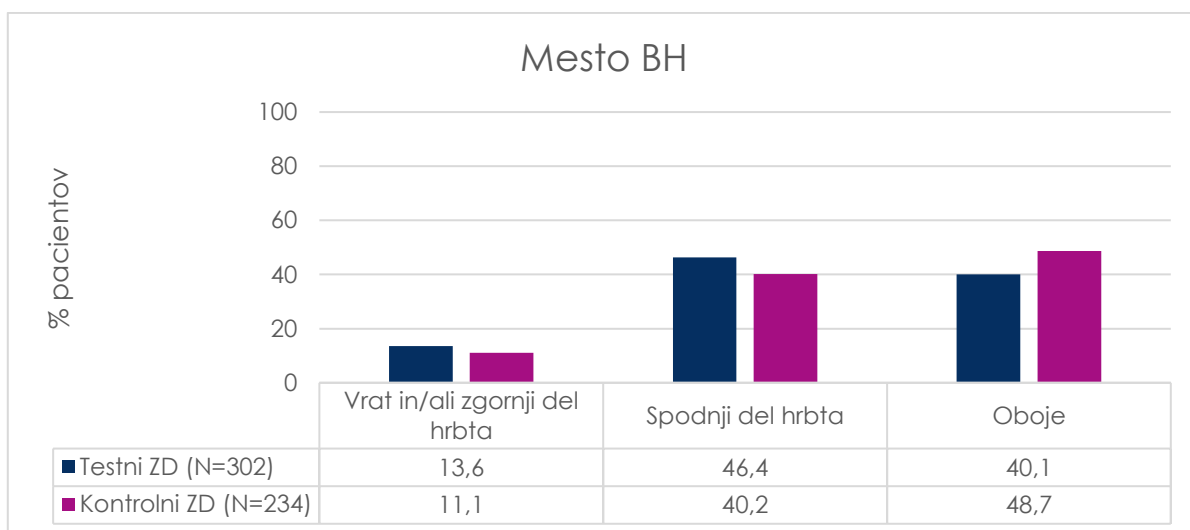
- **Akutna bolečina v hrbtu brez znakov kroničnosti.** Sem sodijo vsi pacienti, ki so povedali, da se jim v splošnem ne pojavlja bolečina v hrbtu, ki bi bila tako huda, da bi občasno omejila njihove vsakodnevne aktivnosti ali dnevna opravila za več kot en dan (vpr.8=ne), in pacienti, ki se jim taka bolečina v splošnem sicer pojavlja, a šele zadnje tri mesece (vpr.8=da in hkrati vpr.8a=Take težave imam manj kot tri mesece).
- **Kronična bolečina v hrbtu z akutnim poslabšanjem.** Sem sodijo pacienti, ki se jim pomembno omejujoča bolečina v hrbtu pojavlja v splošnem že vsaj tri mesece (vpr.8=da in hkrati vpr. 8a=Take težave imam več kot tri mesece) in ki so hkrati odgovorili, da so imeli v zadnjih štirih tednih bolečino v hrbtu, ki jih je pomembno omejila pri njihovih vsakodnevni aktivnostih (vpr.2=da).
- **Kronična bolečina v hrbtu brez akutnega poslabšanja.** V tej kategoriji so preostali pacienti s kronično bolečino (vpr.8=da in hkrati vpr.8a=Take težave imam več kot tri mesece), torej taki, ki jih njihova bolečina v hrbtu v zadnjih štirih tednih ni pomembno omejila pri vsakodnevni aktivnosti (vpr.2=ne).

Med pacienti, ki so izpolnili vprašalnike pri osebnih zdravnikih, jih je bilo kar **90 % z akutno epizodo bolečine v hrbtu** (Slika 7). V večini je šlo za paciente z akutnim poslabšanjem kroničnega stanja, ki so v testnem zdravstvenem domu predstavljali več kot polovico celotne populacije, v kontrolnem pa več kot dve tretjini le-te (hi-kvadrat, $p=0,014$).



Slika 7. Stopnja kroničnosti bolečine v hrbtu (BH) pri pacientih glede na odgovore v vprašalnikih, izpolnjenih pri izbranih osebnih zdravnikih.

Le dobrih 10 % pacientov je poročalo o bolečini **izključno v vratu in/ali zgornjem delu hrbta** (Slika 8). Preostali pacienti so imeli v približno enakih deležih bodisi bolečino v spodnjem delu hrbta ali pa hkrati v spodnjem delu hrbta in vratu oz. zgornjem delu hrbta.



Slika 8. Mesto bolečine v hrbtu (BH) pri pacientih, ki so izpolnili vprašalnike.

Pojavljanje bolečine ne samo izolirano v spodnjem ali zgornjem delu hrbta ali vratu, temveč na dveh ali več mestih hkrati, lahko kaže tudi na to, da gre za kronično bolečino, ki se širi. V procesu kronifikacije bolečine se namreč delovanje živčnega sistema spremeni, kar se med drugim kaže kot **širjenje bolečine** na sosednja področja od izhodiščne poškodbe tkiva.³

Le **okrog 10 % pacientov** (testni ZD: 9,1 %, kontrolni ZD: 10,1 %) se je opredelilo, da so že kdaj v življenju imeli **večjo poškodbo hrbtnice**.

In **manj kot 10 % vprašanih pacientov** je že bilo na **operaciji hrbtnice** (testni ZD: 8,3 %, kontrolni ZD: 3,4 %). V testnem zdravstvenem domu pa je bilo med vsemi vprašanimi 2 % pacientov, ki so imeli za sabo že dve operaciji hrbtnice (kontrolni ZD: 0,4 %).

PREPOZNAVANJE AKUTNOSTI IN KRONIČNOSTI BOLEČINE V HRBTU

Izbrani osebni zdravniki so se morali v obdobju pilota odločiti, ali gre pri posameznem pacientu za akutno epizodo bolečine v hrbtu ali za kronično bolečino. Glede na to so pacientom razdelili vprašalnike za »akutne« ali vprašalnike za »kronične« paciente in jih napotili v skladu s smernicami predloga dopolnjene zdravstvene obravnave za paciente z bolečino v hrbtu.¹

Čeprav se na prvi pogled morda zdi, da gre za trivialno odločitev, se je med pilotnim testiranjem izkazalo, da odločitev ni vedno enostavna, posebej zato, ker izbrane osebne zdravnike v večini primerov obiskujejo pacienti, ki se jim bolečina v hrbtu sicer pojavlja v splošnem, pogosto pa tožijo, da je bolečina v zadnjem času tako huda, da omejuje njihove običajne aktivnosti in dnevna opravila, torej gre po definiciji za akutno epizodo bolečine.⁵

Spodnja preglednica (Preglednica 4) prikazuje delitev pacientov na akutne oz. kronične glede na odgovore pacientov v vprašalnikih in glede na neodvisne odločitve njihovih izbranih osebnih zdravnikov. Upoštevana je prva odločitev zdravnika o kroničnosti oz. akutnosti posameznega pacienta.^d 100 % predstavlja paciente, ki so veljavno odgovorili na vprašanja o kategoriji svoje bolečine v hrbtu. Pobarvana polja predstavljajo primere, ko ocene pacientov in njihovih zdravnikov sovpadajo, nepobarvana pa, ko ne.

V 80 % primerov je odločitev zdravnika sovpadala s poročanjem pacientov v vprašalnikih. Kadar ni, pa je v večini primerov (13,9 %) šlo za paciente z akutnim poslabšanjem, ki so jih zdravniki kategorizirali kot kronične in jih niso napotili na trižno fizioterapijo. Je bilo pa tja napoteni 4,3 % pacientov, ki so sami ocenili, da imajo kronično bolečino brez poslabšanja. Redko (v 1,7 % primerov) se je zgodilo, da so pacienti poročali o akutni bolečini brez siceršnjih znakov kroničnosti, medtem ko so jih zdravniki ocenili za kronične, ki ne potrebujejo trižne fizioterapije.

^d Trije pacienti z akutnim poslabšanjem kroničnega stanja so bili namreč ob prvem obisku opredeljeni kot »akutni« in bili zato poslani na trižno fizioterapijo, kasneje, ob naslednjem obisku izbranega osebnega zdravnika zaradi akutnega poslabšanja bolečine, pa so bili uvrščeni v kategorijo »kroničnih«.

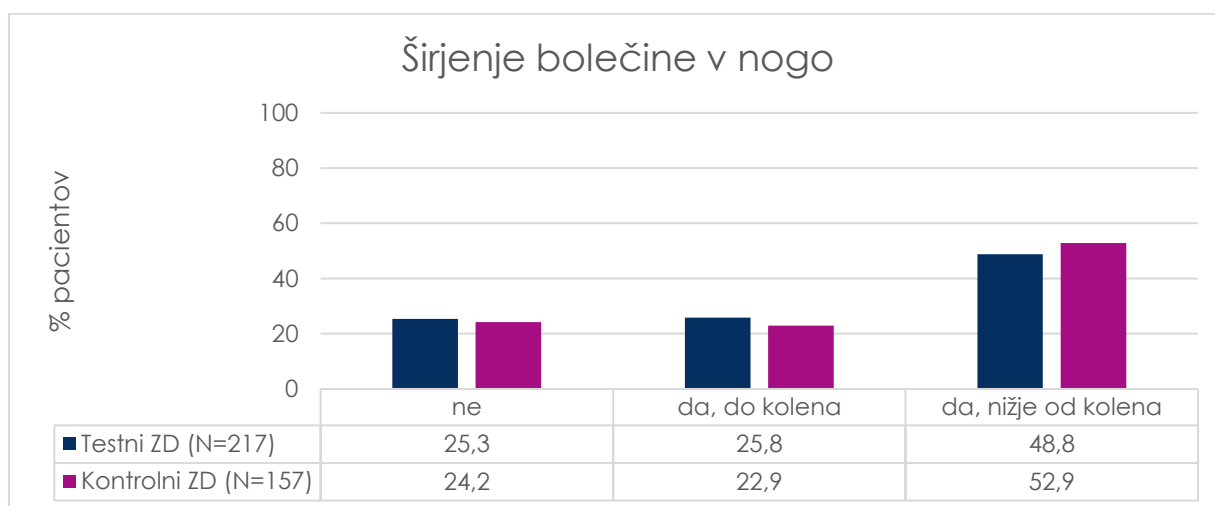
Preglednica 4. Določevanje stopnje akutnosti/kroničnosti bolečine v hrbtu (BH) glede na samooceno pacientov in glede na odločitev izbranih osebnih zdravnikov.

| | | Ocena zdravnikov v testnem ZD | |
|--------------------|--------------------------------------|--|--------------------|
| | | Akutna BH ali akutno poslabšanje (N=186) | Kronična BH (N=44) |
| Odgovori pacientov | Akutna BH brez znakov kroničnosti | 73 (31,7 %) | 4 (1,7 %) |
| | Akutno poslabšanje kroničnega stanja | 103 (44,8 %) | 32 (13,9 %) |
| | Kronična BH brez poslabšanja | 10 (4,3 %) | 8 (3,4 %) |

Pobarvani so tisti deli preglednice, kjer ocena zdravnika sovpada s poročanjem pacienta.

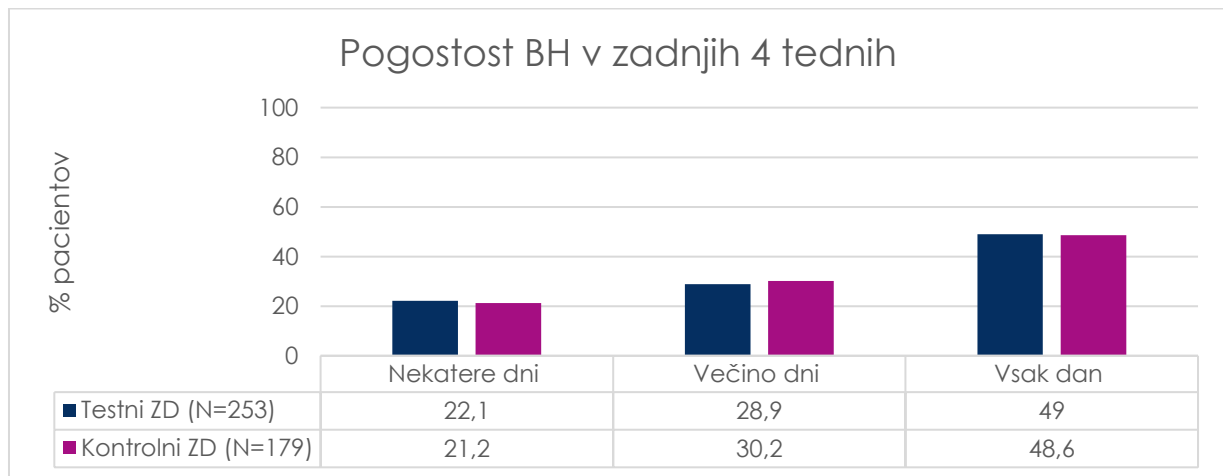
ZNAČILNOSTI TEŽAV S HRBTOM PRI PACIENTIH Z AKUTNO EPIZODO BOLEČINE

Med pacienti z akutno epizodo bolečine v hrbtu (ne glede na siceršnjo kroničnost bolečine) je bilo približno **tri četrtine** takih, ki se jim je **bolečina širila tudi v nogo** (Slika 9). Med slednjimi pa je bilo tistih, ki se jim je bolečina širila nižje od kolena, skoraj dvakrat toliko kot tistih, ki se jim je bolečina širila le do kolena.



Slika 9. Širjenje bolečine iz hrbta v nogo pri pacientih z akutno epizodo bolečine v hrbtu.

Nekaj manj kot polovica pacientov je poročala, da je imela **bolečino vsak dan v zadnjih štirih tednih**, slaba tretjina pa večino dni v zadnjih štirih tednih (Slika 10).

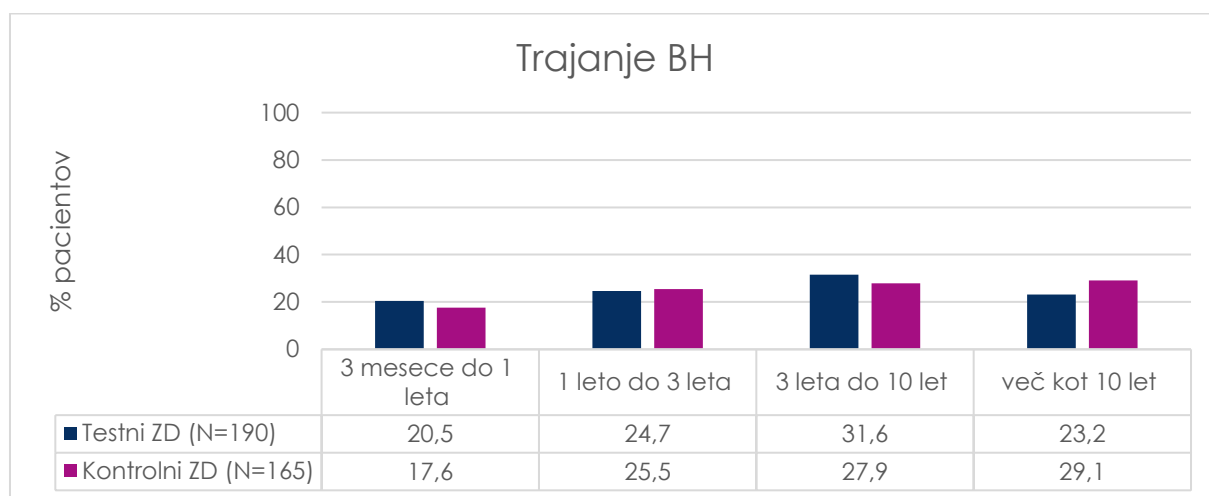


Slika 10. Pogostost bolečine v hrbtu (BH) v zadnjih štirih tednih pri pacientih z akutno epizodo bolečine v hrbtu.

Običajna jakost bolečine pri teh pacientih v zadnjih štirih tednih je bila **7** (mediana), pri čemer 0 pomeni »bolečine ni« in 10 pomeni »najhujša predstavljiva bolečina«. Nekoliko **več kot 40 %** pacientov je svojo bolečino ocenilo **z oceno, višjo kot 7** (testni ZD: 44,4 %, kontrolni ZD: 40,4 %).

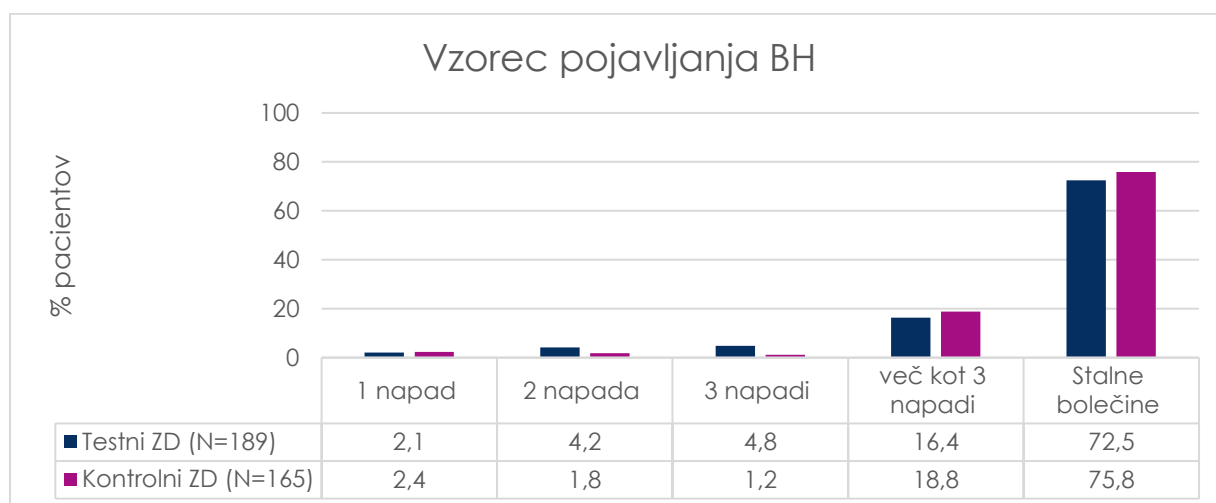
ZNAČILNOSTI TEŽAV PRI PACIENTIH S KRONIČNO BOLEČINO V HRBTU

Pri več kot polovici pacientov s kronično bolečino v hrbtu z akutnim poslabšanjem ali brez se je bolečina začela pojavljati **že pred več kot tremi leti** (Slika 11).



Slika 11. Začetek pojavljanja težav z bolečino v hrbtu pri pacientih s kronično bolečino v hrbtu (BH).

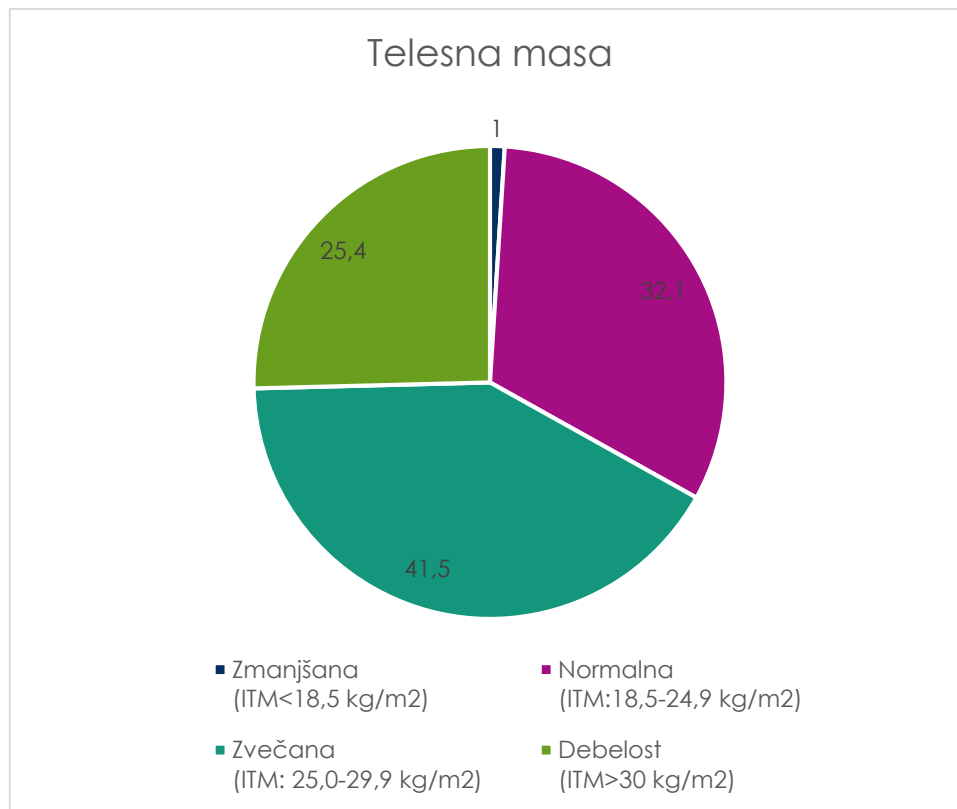
Skoraj tri četrtine pacientov s kronično bolečino v hrbtu je le-to opisovalo kot **stalno bolečino z večjimi ali manjšimi nihanjem** (Slika 12). Preostali pacienti so poročali o napadih bolečine brez bolečine med njimi. Več kot 15 % pacientov je poročalo o več kot treh takih napadih bolečine na leto, preostalih 5 do 10 % pa o enem, dveh ali treh napadih bolečine na leto.



Slika 12. Vzorec pojavljanja bolečine v hrbtu pri pacientih s kronično bolečino v hrbtu (BH) v obdobju zadnjega leta.

TELESNA MASA PRI PACIENTIH Z BOLEČINO V HRBTU

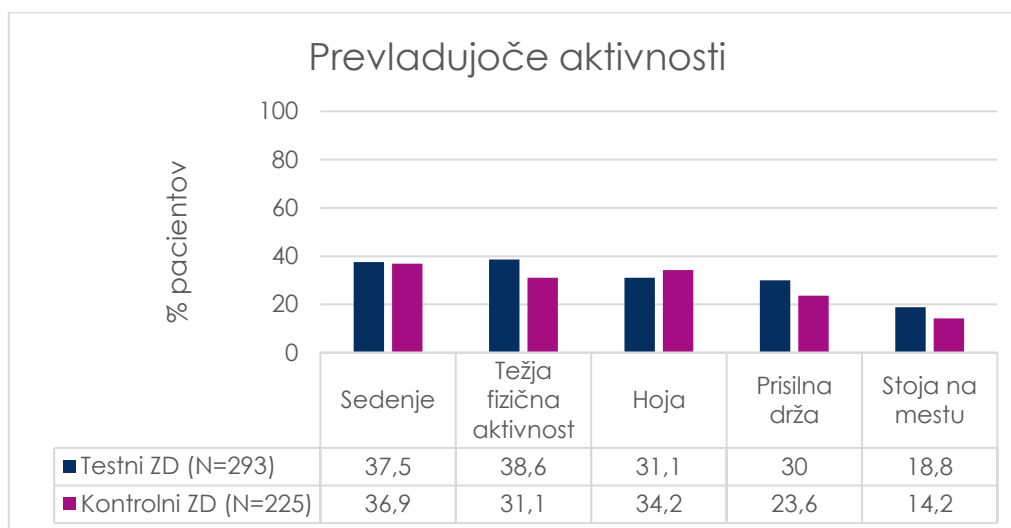
V skladu s kategorizacijo Svetovne zdravstvene organizacije (SZO)²² sta bili med pacienti z bolečino v hrbtu v testnem zdravstvenem domu kar **dve tretjini pacientov z zvečano telesno maso** nad mejo normalnosti in ena četrtnina debelih (Slika 13).



Slika 13. Indeks telesne mase (ITM) pri pacientih z bolečino v hrbtu iz testnega zdravstvenega doma (N=193).

PREVLADUJOČE AKTIVNOSTI PACIENTOV Z BOLEČINO V HRBTU V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU

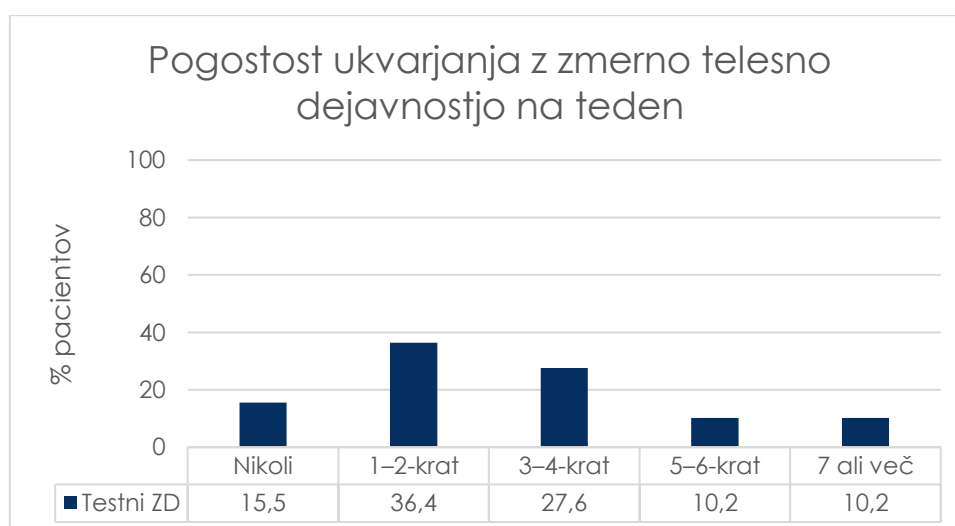
Med obema pilotnima okoljema ni bilo značilnih razlik v vrsti prevladujočih aktivnosti. Pacienti so med slednje **najpogosteje navajali sedenje, težjo fizično aktivnost in hojo**. Nekoliko manj je bilo prisilne drže, najmanj pa stoje na mestu (Slika 14).



Slika 14. Prevladujoče aktivnosti pacientov z bolečino v hrbtu v vsakdanjem življenju.

UKVARJANJE S TELESNO DEJAVNOSTJO

15 % pacientov z bolečino v hrbtu iz testnega zdravstvenega doma se ne ukvarja z zmerno telesno dejavnostjo (Slika 15). Med preostalimi je dobra polovica zmerno telesno dejavnih en- do štirikrat tedensko, le dobrih 20 % pa je takih, ki se s telesno dejavnostjo ukvarjajo vsaj petkrat tedensko, kolikor priporoča SZO.²³



Slika 15. Tedenska pogostost ukvarjanja z zmerno telesno dejavnostjo, tj. tako, ki traja najmanj 30 minut in povzroči ogretje telesa in nekoliko pospešeno dihanje (N=206).

PSIHOLOŠKE ZNAČILNOSTI PACIENTOV

POJAVNOST STRESA PRI PACIENTIH Z BOLEČINO V HRBTU

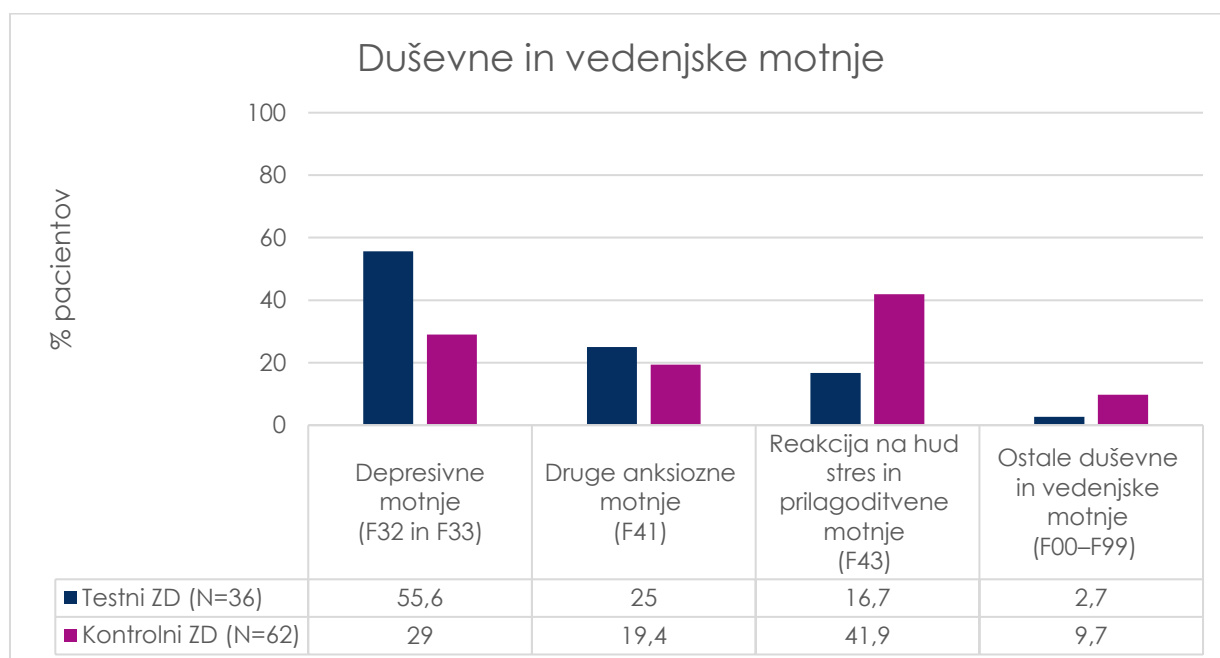
Mediana samoporočane ocene doživljanja splošnega stresa (vprašalnik na str. 149) na šeststopenjski lestvici (0=zelo redko občutenje stresa, 5=občutenje zelo velikega stresa večino časa) je v obeh pilotnih okoljih znašala 3. Pacienti iz kontrolnega zdravstvenega doma so bili statistično značilno bolj pod stresom kot pacienti iz testnega okolja (Mann-Whitney test, $U=31211$, $p=0,005$, povprečni rang testnega ZD=254,69, povprečni rang kontrolnega ZD=291,45).

TEŽAVE Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM PRI PACIENTIH Z BOLEČINO V HRBTU

Med pacienti, starimi med 18 in 65 let, ki so v času pilota v letu 2018 obiskali zdravnika zaradi bolečine v hrbtu, je bilo **okrog 5 %** takih, ki so v istem obdobju obiskali izbranega osebnega zdravnika tudi zaradi katere izmed diagnoz iz skupine **duševnih in vedenjskih motenj** (F00–F99).

V testnem zdravstvenem domu je bilo teh pacientov 4,5 %, v kontrolnem pa 7,7 % (hi-kvadrat, $p=0,007$). Med pacienti, ki so v sklopu raziskave izpolnili vprašalnike, sta bila deleža teh pacientov še nekoliko višja, in sicer 6,3 % (N=16) v testnem in 7,9 % (N=13) v kontrolnem zdravstvenem domu.

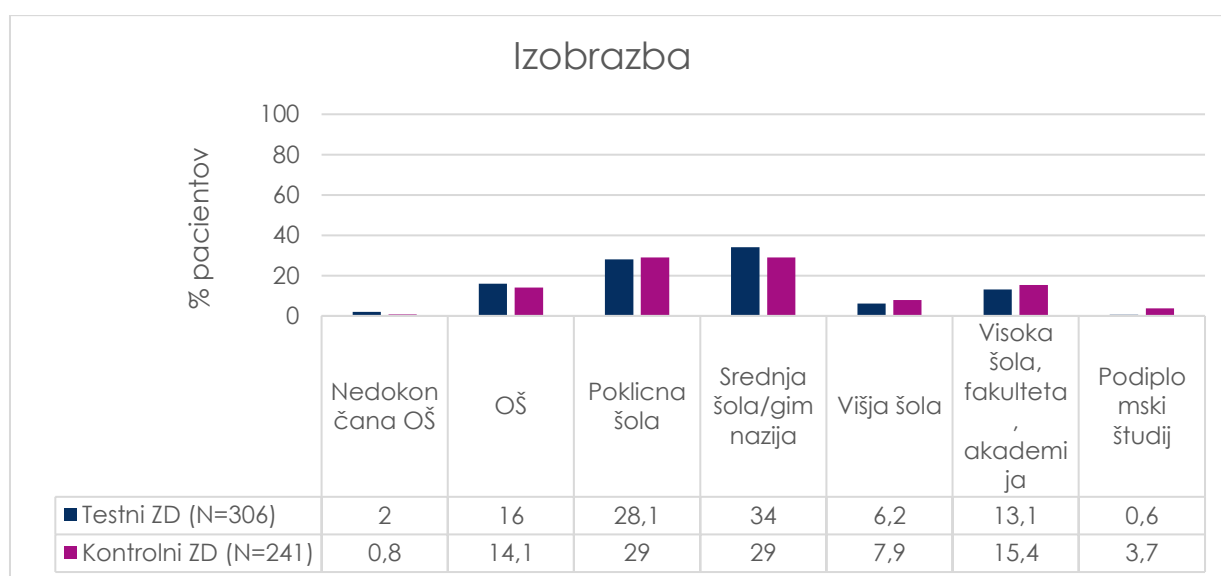
Najpogostejše so bile depresivne motnje, druge anksiozne motnje ter reakcija na stres in prilagoditvene motnje (Slika 16).



Slika 16. Najpogostejše duševne in vedenjske motnje, zaradi katerih so pacienti z bolečino v hrbtu (18–65 let) v obdobju pilota obiskali izbranega osebnega zdravnika.

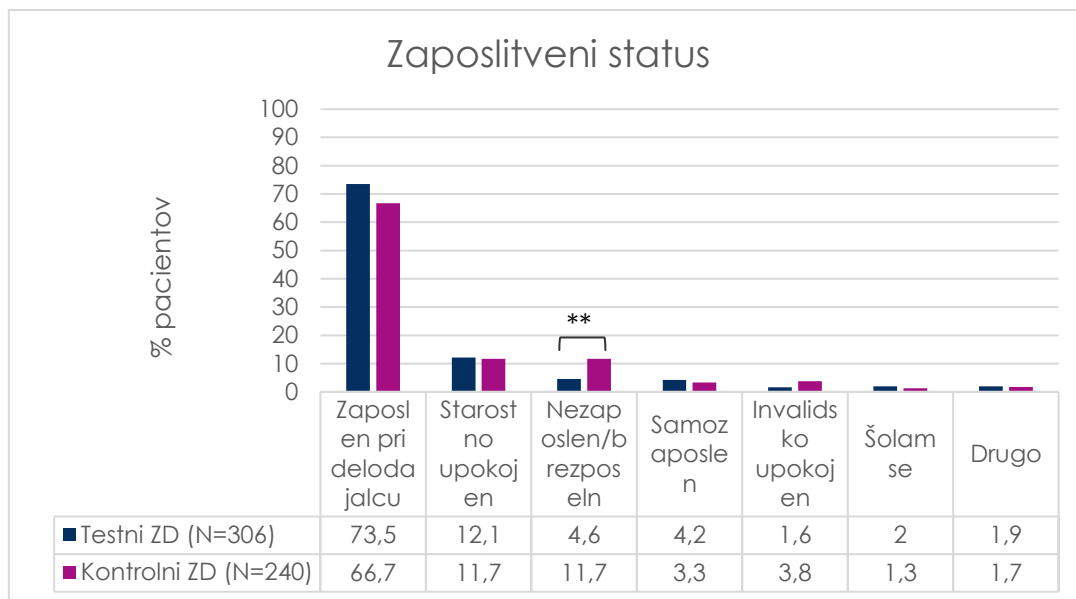
STOPNJA IZOBRAZBE IN ZAPOSLOTVENI STATUS PRI PACIENTIH Z BOLEČINO V HRBTU

Pri več kot polovici vključenih pacientov (> 50 %) v obeh pilotnih okoljih najvišjo doseženo stopnjo izobrazbe predstavlja zaključena **poklicna šola ali srednja šola/gimnazija**. V obeh zdravstvenih domovih je približno četrtina tistih z zaključeno osnovno šolo, visoko šolo, fakulteto ali akademijo. V obeh primerih je najmanj pacientov z višjo šolo, podiplomskim študijem ali nedokončano osnovno šolo (Slika 17).



Slika 17. Sestava pacientov z bolečino v hrbtu po izobrazbi.

V obeh pilotnih okoljih je **večina (> 65 %) vključenih pacientov zaposlena pri delodajalcu**. Okrog 10 % jih je starostno upokojenih, ostale oblike zaposlitvenega statusa pa se pojavljajo v manjšem številu. Značilno razlikovanje med skupinama se pojavi zgolj v primeru števila brezposelnih (testni ZD: 4,6 %, kontrolni ZD: 11,7 %; hi-kvadrat, $p=0,002$; Slika 18).

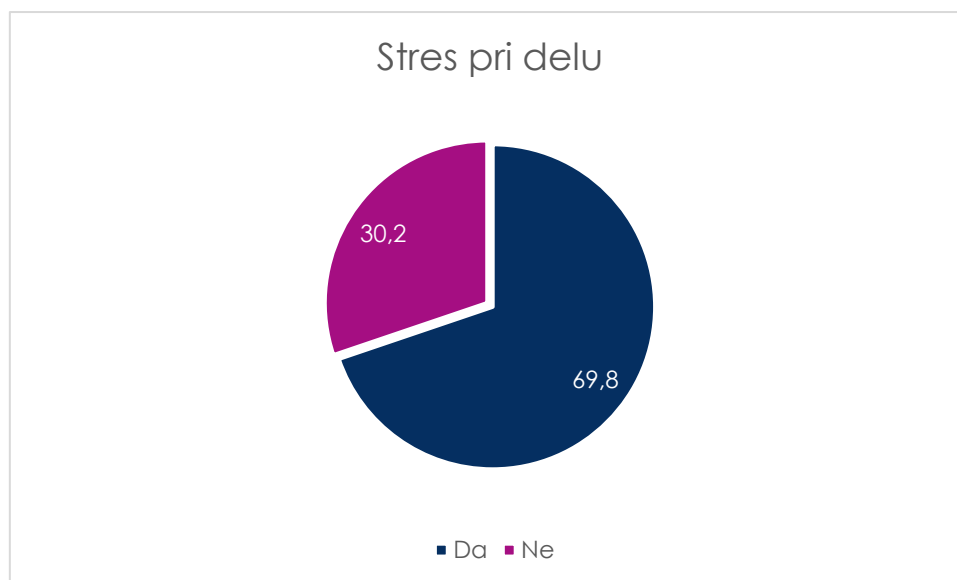


Slika 18. Sestava pacientov z bolečino v hrbtu po zaposlitvenem statusu.

Od zaposlenih pacientov z bolečino v hrbtu je v obeh pilotnih okoljih **večina pacientov (> 85 %) zaposlena za polni delovni čas.**

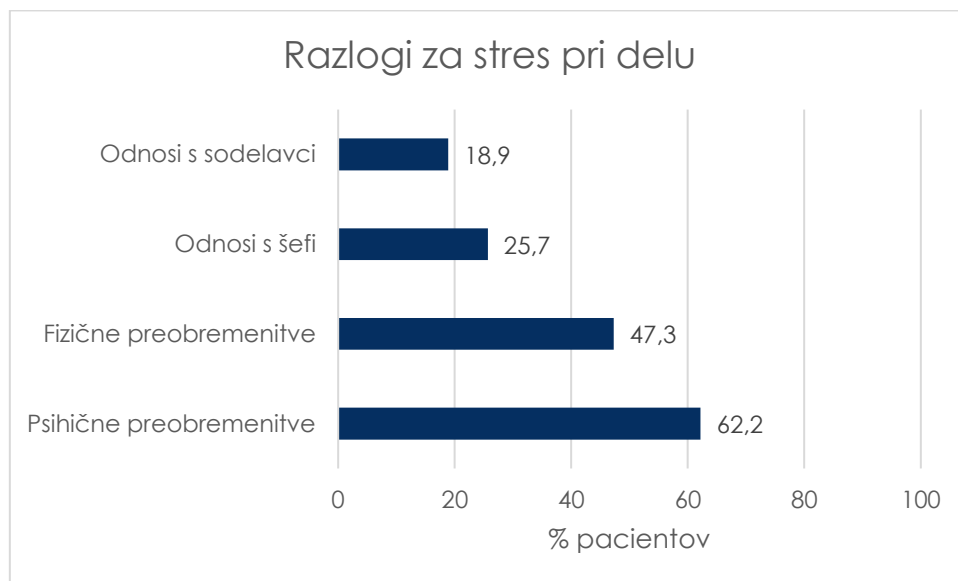
STRES PRI DELU

Dve tretjini pacientov v testnem zdravstvenem domu sta poročali, da **doživljata stres pri delu** (Slika 19), in sicer od tega slabi dve tretjini (63 %) redko ali občasno in dobra tretjina (37 %) pogosto ali stalno.



Slika 19. Delež pacientov iz testnega zdravstvenega doma, ki doživlja stres pri delu (N=205).

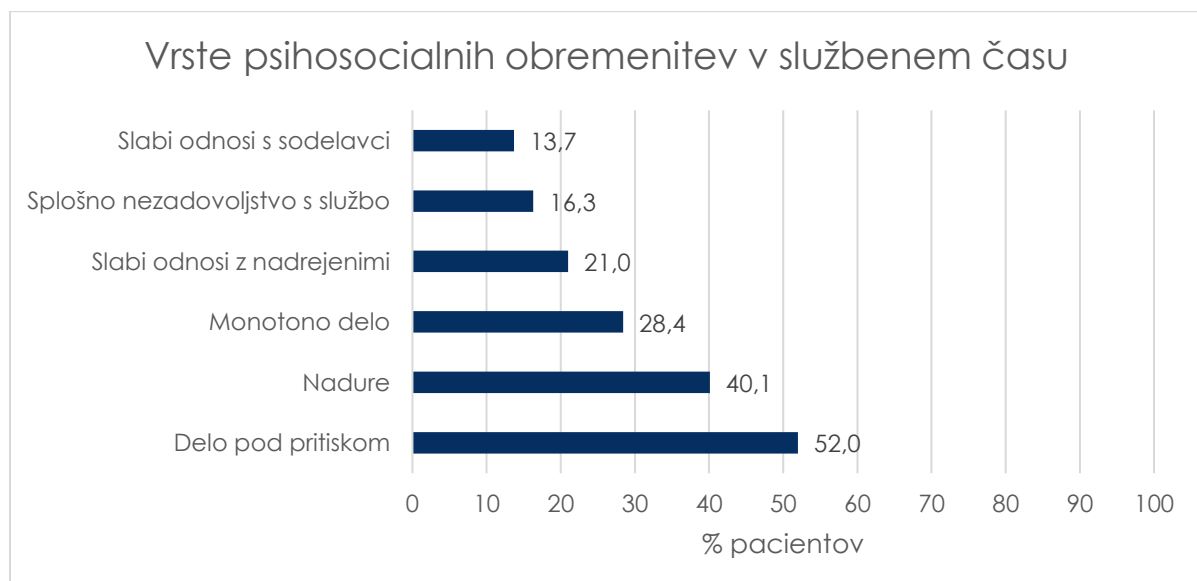
Pacienti so kot razlog za stres pri delu najpogosteje navajali psihične preobremenitve, sledile so fizične preobremenitve, odnosi s šefi in odnosi s sodelavci (Slika 20).



Slika 20. Razlogi za stres pri delu pri pacientih z bolečino v hrbtu iz testnega zdravstvenega doma po pogostosti (N=148).

PSIHOSOCIALNE OBREMENITVE V SLUŽBENEM ČASU

Podrobnejša opredelitev psihosocialnih obremenitev v službenem času je pokazala, da je bila **več kot polovica** pacientov z bolečino v hrbtu v testnem zdravstvenem domu obremenjena **zaradi dela pod pritiskom**, več kot **40 %** je bilo obremenjenih **zaradi nadur**, več kot **četrtnina zaradi monotonega dela**, petina zaradi slabih odnosov z nadrejenimi, šestina ali manj pa jih je bilo obremenjenih zaradi splošnega nezadovoljstva s službo ali slabih odnosov s sodelavci (Slika 21).



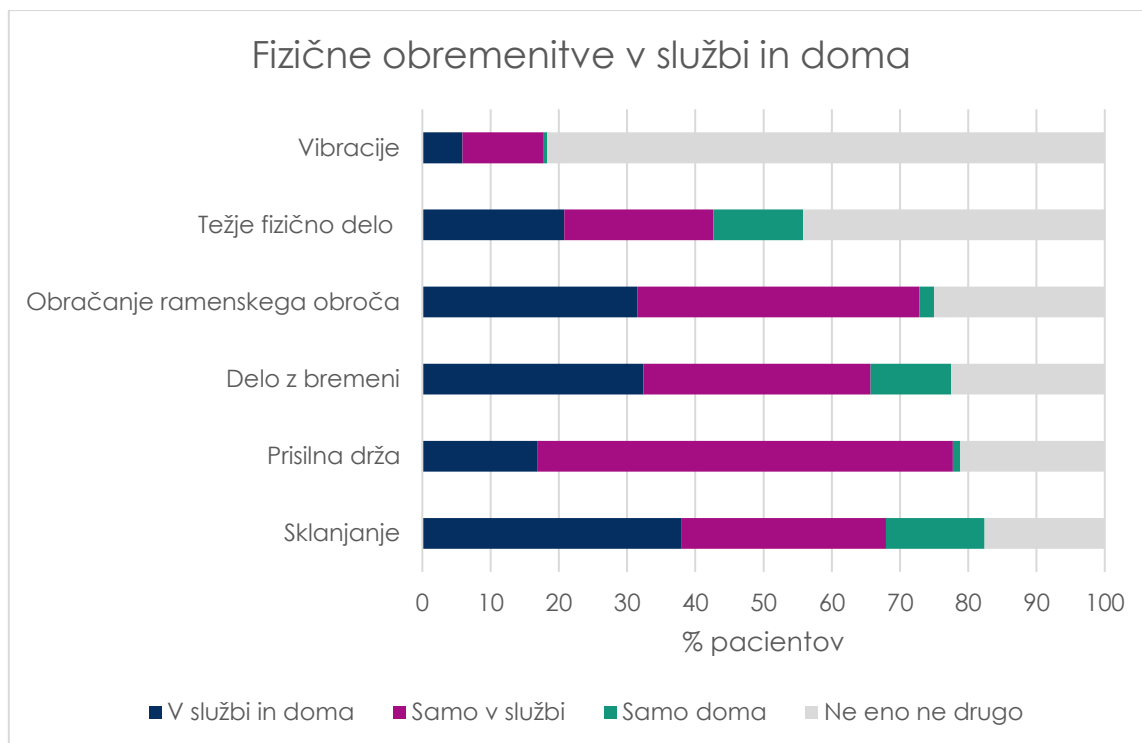
Slika 21. Vrste psihosocialnih obremenitev v službenem času pri pacientih z bolečino v hrbtu v testnem zdravstvenem domu po pogostosti (N=194).

FIZIČNE OBREMENITVE V SLUŽBI IN DOMA

Več kot **tri četrtine pacientov** z bolečino v hrbtu v testnem zdravstvenem domu je poročalo, da se pri delu v službi ali doma pogosto **sklanja, vzdržuje prisilno držo, dela z bremenami in obrača ramenski obroč** bodisi sede ali stoje (Slika 22).

Več kot polovica pacientov dela **težje fizično delo**, manj kot petina pa je pri delu v službi ali doma izpostavljena vibracijam.

Velika večina teh fizičnih obremenitev se po poročanju pacientov **dogaja v službi**. Mnoge od njih pa tudi doma. Le redki pacienti so poročali o fizičnih obremenitvah, ki so jim izpostavljeni izključno doma.



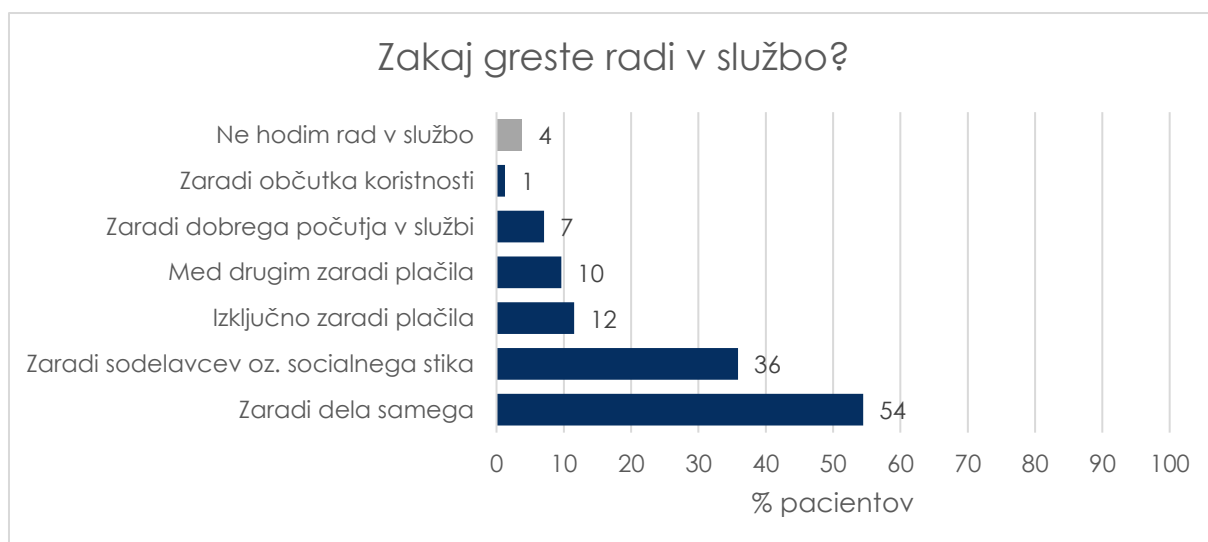
Slika 22. Najpogostejše fizične obremenitve pri pacientih z bolečino v hrbtu v testnem zdravstvenem domu v službi in doma (N=181).

MOTIVACIJA ZA DELO

Paciente z bolečino v hrbtu smo prosili, da sami napišejo, zakaj gredo radi v službo. Od 193 pacientov jih je na to vprašanje odgovorilo 156 (80,8 %).

Več kot polovica pacientov je povedala, da rada hodi v službo **zaradi dela samega** in dobra **tretjina zaradi sodelavcev oz. socialnega stika** (Slika 23).

Dobrih **10 % pacientov** je povedalo, da jih **motivira le plačilo** in manj kot 5 % ljudi ni našlo nobenega razloga za veselje do dela.



Slika 23. Najpogostejši odgovori pacientov z bolečino v hrbtu v testnem zdravstvenem domu na vprašanje, zakaj grede radi v službo (N=156).

REZULTATI – 2. DEL: UČINKOVITOST NOVIH INTERVENCIJ DOPOLNJENE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

TRIAŽNA FIZIOTERAPIJA

Na uspešnost fizioterapevtske obravnave pri pacientih z bolečino v hrbtu lahko vpliva veliko dejavnikov. Nekatere med njimi predstavljamo v nadaljevanju.

ČAS ČAKANJA NA FIZIOTERAPIJO

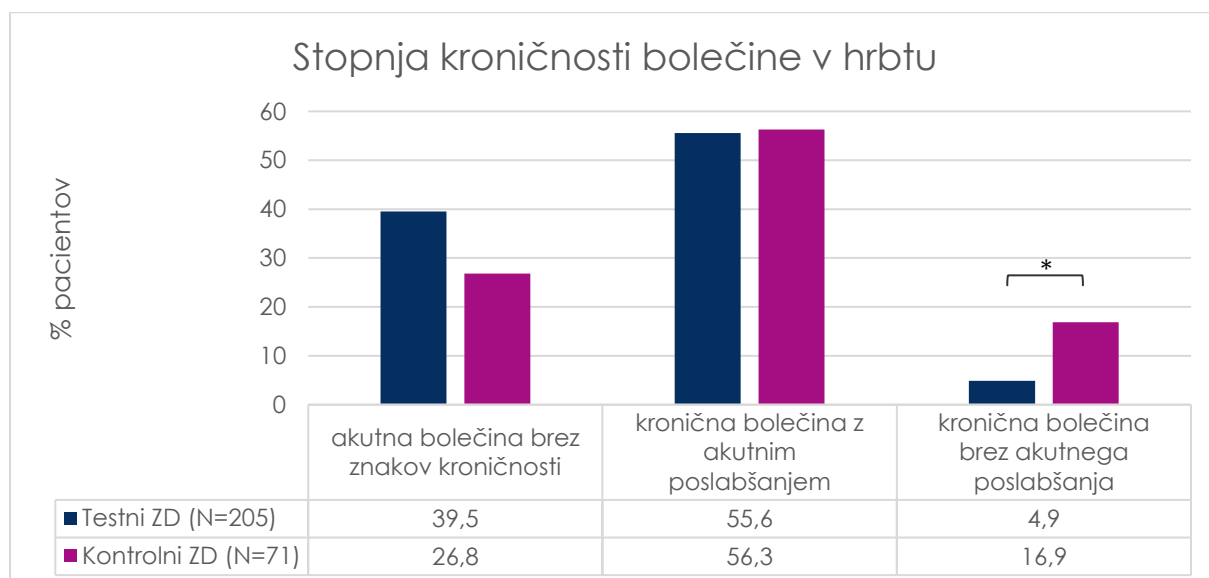
Pomembna novost dopolnjene zdravstvene obravnave je bil hiter dostop do triažne fizioterapije za paciente z akutno bolečino v hrbtu.

V **testnem zdravstvenem domu** so pacienti z bolečino v hrbtu na fizioterapijo v povprečju čakali **7 dni** (mediana; razpon: 1–29 dni), v **kontrolnem** pa mnogo dlje (Mann-Whitney, $U=6856,5$, $z=9,751$, $p<0,0005$), tj. **110 dni** (mediana; razpon: 6–231 dni).

ZDRAVSTVENO STANJE PACIENTOV OB ZAČETKU FIZIOTERAPIJE

Več kot **polovica pacientov**, ki je obiskala fizioterapijo, je imela **akutno poslabšanje** svojega siceršnjega **kroničnega bolečinskega stanja** (Slika 24).

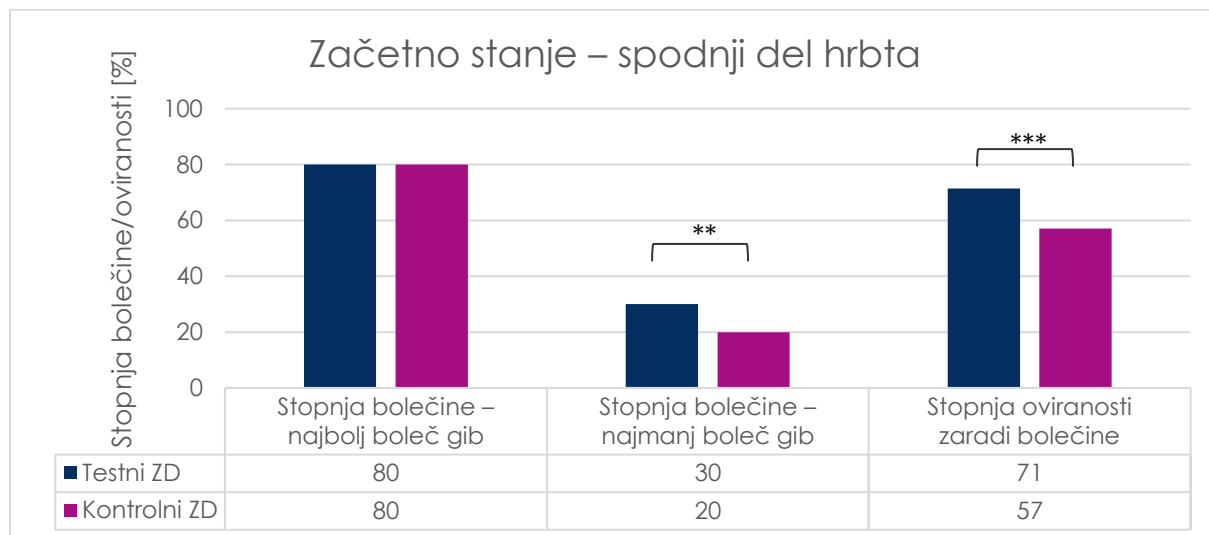
Populaciji pacientov iz testnega in kontrolnega zdravstvenega doma sta se po stopnji kroničnosti statistično značilno razlikovali (hi-kvadrat, $p=0,003$). Med pacienti iz testnega zdravstvenega doma je bilo le **5 %** tistih **s kronično bolečino brez akutnega poslabšanja**, v kontrolnem pa jih je bilo **skoraj 17 %** (hi-kvadrat, Bonferoni korekcija, $p=0,001$).



Slika 24. Stopnja kroničnosti pri populaciji pacientov, ki je obiskala fizioterapijo v času pilota.

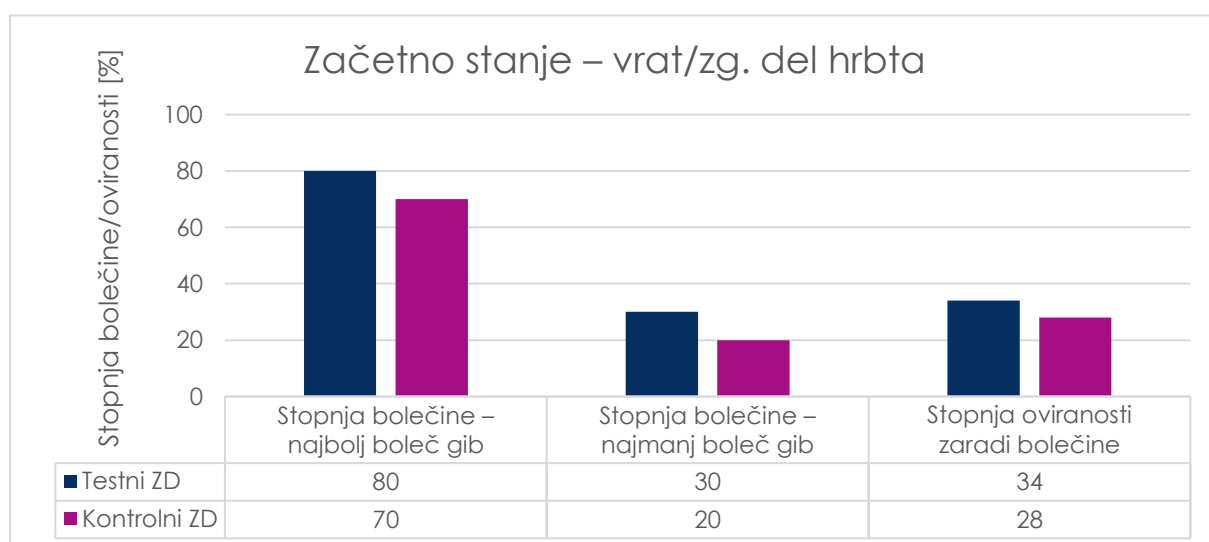
Srednja vrednost stopnje bolečine v spodnjem delu hrbta ob najbolj bolečem gibu je znašala **osem točk od desetih** in je bila med skupinama podobna (Slika 25). Stopnja

bolečine ob najmanj bolečem gibu pa je bila v testnem zdravstvenem domu statistično značilno višja kot v kontrolnem (Mann-Whitney, $U=5934$, $z=3,297$, $p=0,001$). **Stopnja oviranosti zaradi bolečine v spodnjem delu hrbta** je bila statistično značilno višja pri pacientih v testnem zdravstvenem domu (Mann-Whitney, $U=5693,5$, $z=3,659$, $p<0,001$), kjer je v povprečju znašala nekaj **več kot 70 %**.



Slika 25. Stopnja bolečine (številčna lestvica 0–10) in oviranosti pacientov (modificirani Rolland-Morrisov vprašalnik) z bolečino v spodnjem delu hrbta ob začetku fizioterapije. Stolpčni diagrami predstavljajo mediano skupine.

Pri pacientih z bolečino v vratu oz. zgornjem delu hrbta sta bili stopnja bolečine in oviranost v obeh zdravstvenih domovih podobni (Slika 26).



Slika 26. Stopnja bolečine (številčna lestvica 0–10) in oviranosti pacientov (Vprašalnik zmanjšane zmožnosti zaradi bolečine v vratu) z bolečino v vratu ali zgornjem delu hrbta ob začetku fizioterapije. Stolpčni diagrami predstavljajo mediano skupine.

INDIVIDUALNA ALI SKUPINSKA OBRAVNAVA

Dopolnjena zdravstvena obravnava za paciente s hudo bolečino v hrbtu (tj. ocena več kot 7 na številski ocenjevalni lestvici od 0 do 10) predvideva individualno obravnavo, za ostale paciente pa delo v manjših skupinah.

Čeprav je **manj kot polovica pacientov**, ki je prišla na fizioterapijo, **poročala o hudi bolečini** (>7) v času zadnjih štirih tednov (testni ZD: 47,1 %; kontrolni ZD: 29,3 %), so bili le-ti v obeh zdravstvenih domovih deležni **individualne obravnave**.

V testnem zdravstvenem domu so fizioterapevti paciente obravnavali individualno na način, da je bil triažni fizioterapevt ves čas prisoten pri enem pacientu in se je posvetil le njemu. Tako je lahko v eni uri obravnaval le enega pacienta.

Tak način dela so izbrali zaradi hude bolečine, o kateri so pacienti poročali ob začetku triažne fizioterapije (Slika 25, Slika 26) ter zaradi večje učinkovitosti individualnega pristopa. Poleg tega bi po mnenju fizioterapevtov v testnem zdravstvenem domu vzpostavitev skupinske obravnave zaradi nove organizacije dela pomenila tudi dodatno obremenitev zaposlenih.

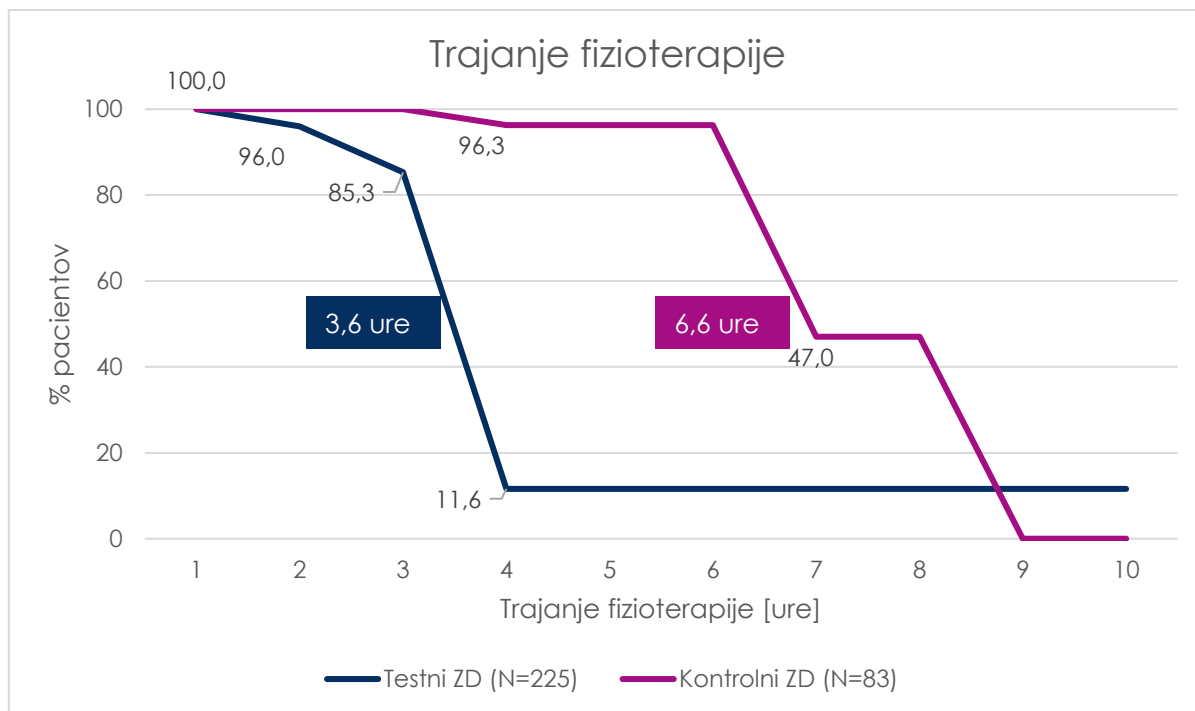
V kontrolnem zdravstvenem domu so v fizioterapevtsko obravnavo naenkrat sprejeli tri do štiri paciente z bolečino v hrbtu, nato pa so z njimi delali individualno po principu postaj. Tako so lahko v eni uri na individualni način obravnavali tri do štiri paciente.

DOLŽINA FIZIOTERAPIJE PRI PACIENTIH Z BOLEČINO V HRBTU

V testnem zdravstvenem domu je velika večina pacientov z bolečino v hrbtu (88,4 %) obiskala le triažno fizioterapijo, ki je trajala en do tri obiske po eno uro. Glavnina izmed teh pacientov je bila na fizioterapiji trikrat (83,4 %) in le peščica samo enkrat (4,5 %) ali dvakrat (12,0 %).

Le nekaj več kot 10 % pacientov (N=26) je po oceni triažnega fizioterapevta **potrebovalo več kot tri individualne specialne obravnave**. Ti pacienti so v povprečju prejeli deset ur specialne fizioterapije (razpon: štiri do 14 ur) (Slika 27).

V kontrolnem zdravstvenem domu je bilo na fizioterapiji več kot 95 % pacientov z bolečino v hrbtu obravnavanih po vsaj šest ur.



Slika 27. Dolžina fizioterapije (v urah) pri pacientih z bolečino v hrbtu. V barvnih okvirčkih je prikazano povprečno število obračunanih ur fizioterapije pri posameznem pacientu na fizioterapiji po dopolnjeni v primerjavi z obstoječo zdravstveno obravnavo.

V povprečju je torej posamezni pacient v **testnem zdravstvenem domu prejel 3,6 ure fizioterapevtskih obravnav** (standardna deviacija: 2,5 ure), v **kontrolnem zdravstvenem domu pa 6,6 ure** (standardna deviacija: 1,4 ure, kar je statistično značilno več (Mann-Whitney test, $U=2417$, $z=-10,676$, $p<0,001$)).

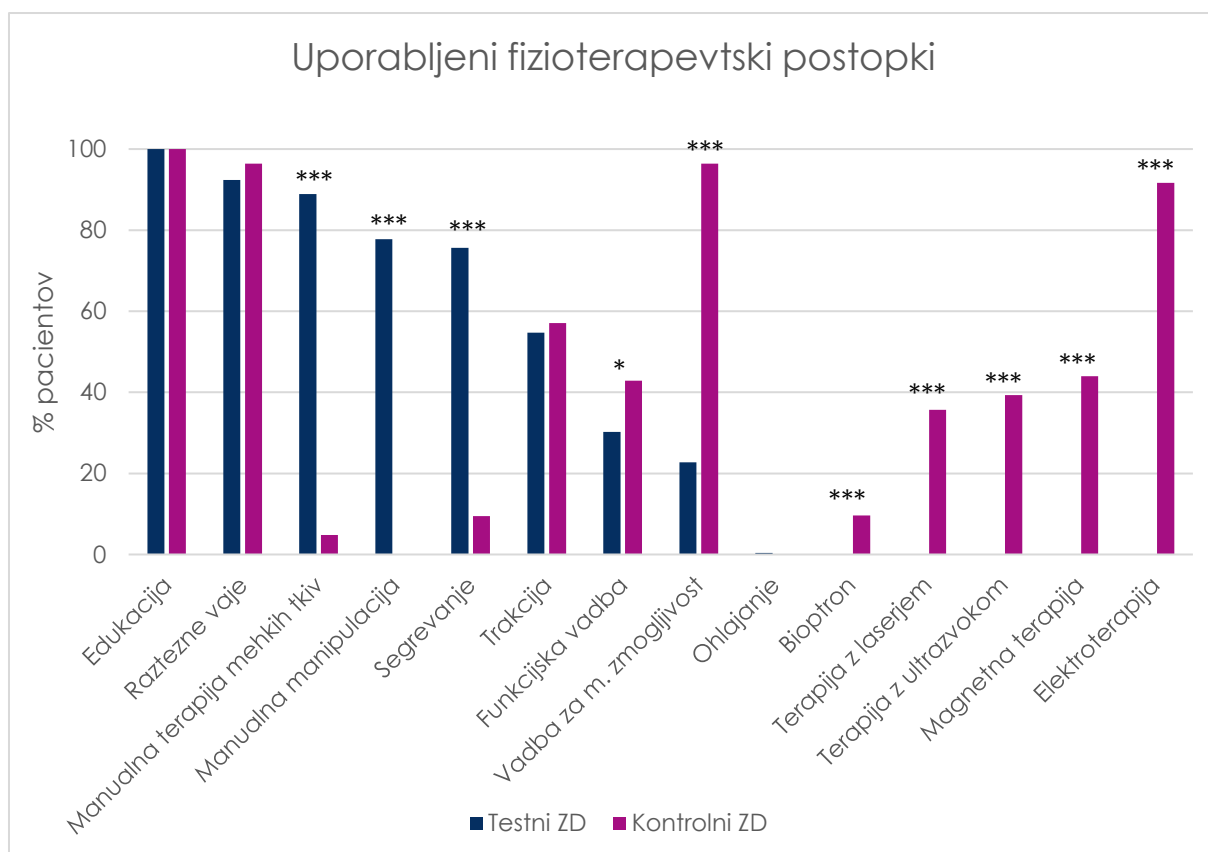
UPORABLJENI FIZIOTERAPEVTSKI POSTOPKI

Dopolnjena zdravstvena obravnava predvideva uporabo dokazano učinkovitih fizioterapevtskih postopkov.

V skladu s tem so fizioterapevti v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu vse paciente podučili o samooskrbi ob bolečini v hrbtu (edukacija), skoraj vsem pokazali raztezne vaje in pri nekaj več kot polovici izvajali trakcijo (Slika 28).

V testnem zdravstvenem domu je bilo poleg tega več kot **tri četrtine** pacientov deležnih postopkov **manualne terapije mehkih tkiv oz. manualne manipulacije in segrevanja**.

V kontrolnem zdravstvenem domu pa so namesto tega pacienti izvajali vadbo za mišično zmogljivost in bili deležni t. i. podpornih fizioterapevtskih postopkov: elektroterapije, magnetne terapije, terapije z ultrazvokom, terapije z laserjem in bioptona.



Slika 28. Fizioterapevtski postopki v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu (ZD).

UČINKOVITOST FIZIOTERAPIJE PRI PACIENTIH Z BOLEČINOV HRBTU

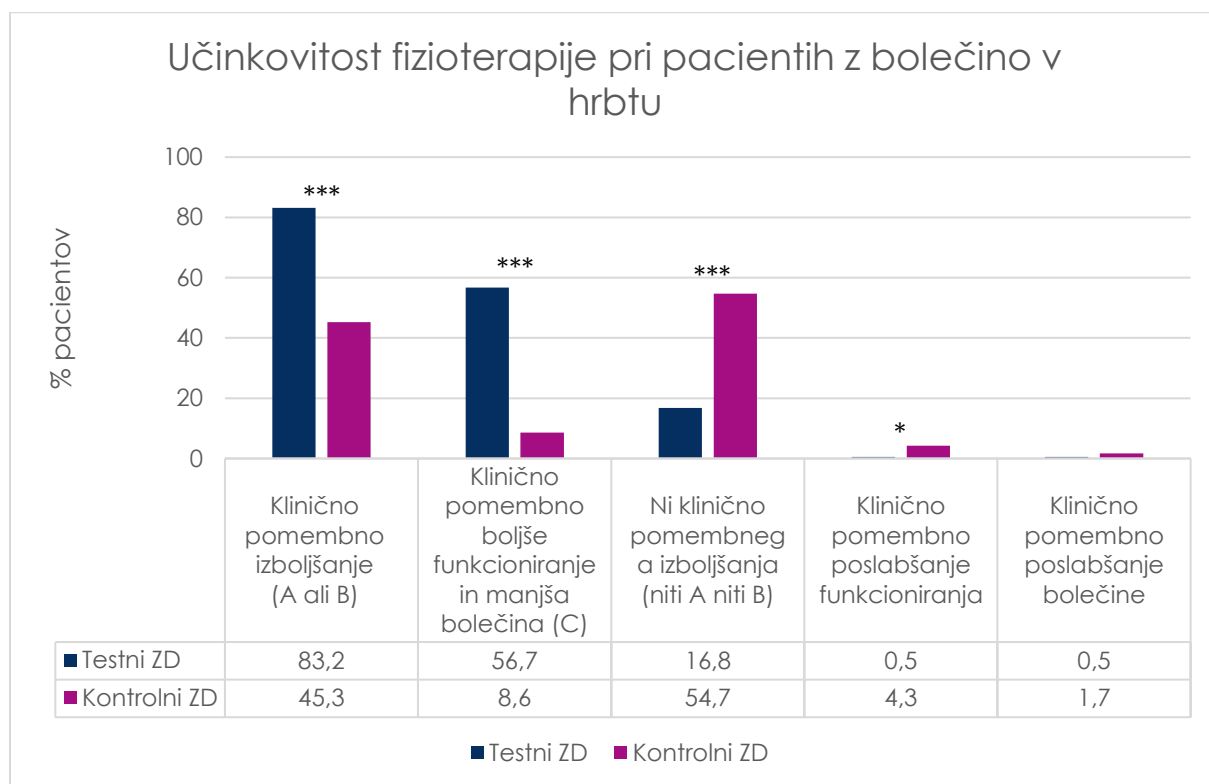
Klinično pomembno izboljšanje (oz. poslabšanje) zdravstvenega stanja po fizioterapiji v primerjavi s stanjem pred fizioterapijo smo definirali kot:

- A) Klinično pomembno izboljšanje funkcioniranja pacientov:
 - Izboljšanje glede na modificiran Rolland-Morrisov vprašalnik: > 3,5 točke²⁴
 - Izboljšanje glede na Vprašalnik zmanjšane zmoglosti zaradi bolečine v vratu: > 7,5 točke²⁵
- B) Zmanjšanje bolečine za vsaj 50 % glede na številsko lestvico bolečine (od 0 do 10)
- C) Hkratno izboljšanje funkcioniranja (po kriteriju A) in zmanjšanje bolečine (po kriteriju B)

V testnem zdravstvenem domu se je **več kot 80 % pacientov** z bolečino v hrbtu po fizioterapiji **bodisi zmanjšala bolečina bodisi zvečala sposobnost funkcioniranja**, več kot **50 % pacientom** pa se je stanje klinično pomembno izboljšalo **pri obojem** od omenjenega (Slika 29).

V kontrolnem zdravstvenem domu pa so bili deleži pacientov s klinično pomembnim izboljšanjem stanja statistično značilno manjši (hi-kvadrat, $p < 0,001$) kot v testnem zdravstvenem domu in **pri več kot polovici pacientov sploh ni bilo nobenega klinično pomembnega izboljšanja po fizioterapiji**.

Klinično pomembno poslabšanje funkcioniranja se je pojavilo zelo redko, in sicer pri dobrih 4 % pacientov v kontrolnem ter pri 0,5 % pacientov v testnem zdravstvenem domu (Fisher test, $p=0,005$). Klinično pomembno poslabšanje bolečine po fizioterapiji pa je bilo še redkejše in podobno v obeh pilotnih okoljih (Fisher test, $p=0,39$).



Slika 29. Učinkovitost fizioterapije pri pacientih z bolečino v hrbtu, ki so izpolnili vprašalnike.

MED KVANTITETO IN KVALITETO

Kot je razvidno iz dosedanjih poglavij, je bilo fizioterapevtsko delo v testnem zdravstvenem domu precej drugačno kot v kontrolnem. V testnem zdravstvenem domu je bilo poskrbljeno za to, da so fizioterapijo izvajali izključno fizioterapevti s specialnimi znanji, ki so uporabljali dokazano učinkovite fizioterapevtske postopke in bili ves čas ob pacientu ter delali z njim »ena na ena«.

Pacienti v testnem zdravstvenem domu so na fizioterapijo prišli mnogo hitreje kot v kontrolnem, kar je botrovalo k temu, da je bilo med njimi več takih z akutno bolečino, ki je bila močnejša, pacienti pa so bili zaradi svojih težav tudi bolj ovirani kot v kontrolnem zdravstvenem domu. **V testnem zdravstvenem domu je fizioterapija pri skoraj dvakrat večjem deležu pacientov prinesla klinično pomembno izboljšanje bolečine in izboljšanje funkcioniranja, kljub temu da je bilo povprečno število ur fizioterapije, ki jih je prejel posamezni pacient, skoraj za polovico manjše kot v kontrolnem zdravstvenem domu.**

Iz različnih razlogov se fizioterapevti v javnem zdravstvenem sistemu trudijo obravnavati čim več pacientov na časovno enoto. V kontrolnem zdravstvenem domu

fizioterapevti delajo po »principu postaj«, zato lahko en fizioterapevt v eni uri dela poskrbi za tri do štiri paciente vzporedno.

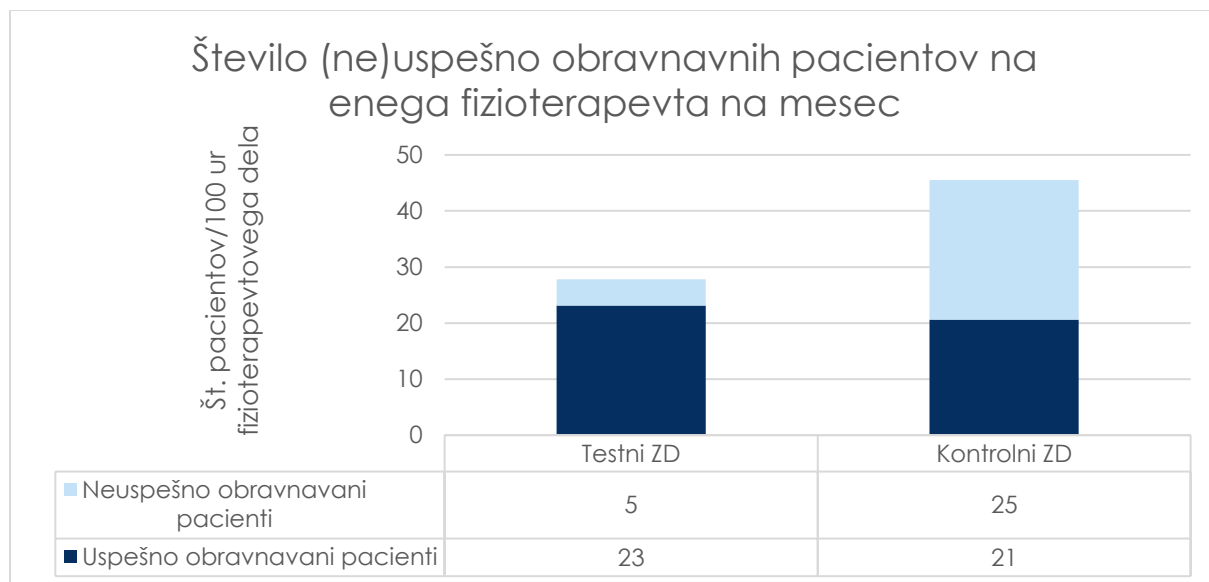
Zato nas je zanimalo, koliko pacientom z bolečino v hrbtu lahko v enem mesecu nudi fizioterapevtske storitve en fizioterapevt in pri koliko izmed teh pacientov je po fizioterapiji stanje klinično pomembno boljše kot pred začetkom fizioterapije.

Za oceno števila obravnavanih pacientov v enem mesecu smo privzeli, da en fizioterapevt v enem mesecu opravi 100 ur neposrednega dela s pacienti in da fizioterapija pri vsakem od njih traja toliko, kot smo ocenili v poglavju o dolžini fizioterapije v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu (str. 61). Privzeli smo, da v testnem zdravstvenem domu fizioterapevt v eni uri obravnava enega pacienta, v kontrolnem pa tri (str. 61).

Kot merilo uspešnosti fizioterapevtskih obravnav smo upoštevali klinično pomembno izboljšanje funkcioniranja (A) ali bolečine (B) po fizioterapiji (str. 63).

V testnem zdravstvenem domu je tako lahko en fizioterapevt v enem mesecu dela nudil fizioterapevtske storitve 28 pacientom z bolečino v hrbtu, fizioterapevt v kontrolnem zdravstvenem domu pa kar 46 pacientom (Slika 30). Toda med temi pacienti se je **v testnem zdravstvenem domu stanje izboljšalo pri 23 pacientih, v kontrolnem zdravstvenem domu pa le pri 21 pacientih.**

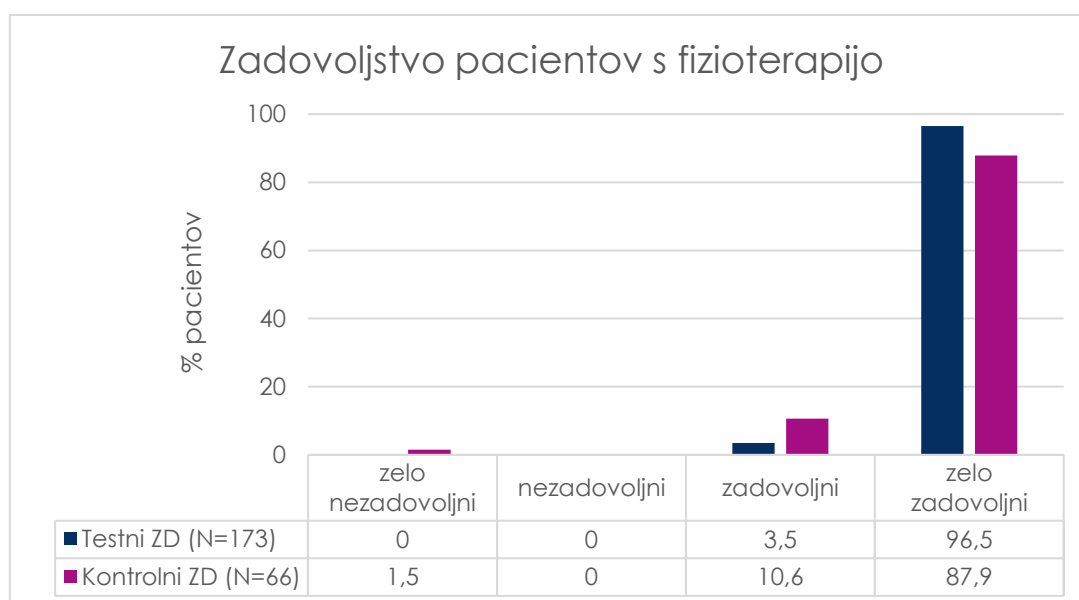
To pomeni, da se v kontrolnem zdravstvenem domu pri kar 25 pacientih niti bolečina niti funkcioniranje nista klinično pomembno izboljšala. Medtem pa je bilo v testnem zdravstvenem domu takih pacientov le pet.



Slika 30. Ocena števila uspešno in neuspešno obravnavanih pacientov z bolečino v hrbtu na enega fizioterapevta v enem mesecu dela v testnem in v kontrolnem zdravstvenem domu (ZD).

MNENJE PACIENTOV O TRIAŽNI FIZIOTERAPIJI

V testnem zdravstvenem domu je bilo **več kot 95 % pacientov zelo zadovoljnih** s svojo fizioterapevtsko obravnavo zaradi bolečine v hrbtu, medtem ko je bilo v kontrolnem zdravstvenem domu zelo zadovoljnih več kot 85 % (Slika 31). Razmerje med deleži pacientov glede na zadovoljstvo je bilo med zdravstvenima domovoma statistično značilno različno, v prid večjega zadovoljstva v testnem zdravstvenem domu (Mann-Whitney, $U=16293$, $z=3,797$, $p<0,001$).



Slika 31. Zadovoljstvo pacientov z bolečino v hrbtu s fizioterapijo v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu (ZD).

KVALITATIVNA OCENA ZADOVOLJSTVA PACIENTOV S TRIAŽNO FIZIOTERAPIJO

Pacienti iz testnega zdravstvenega doma, ki so obiskali triažno fizioterapijo, so najpogosteje izpostavljali predvsem pozitivno presenečenje nad **hitrim ukrepanjem ob bolečini v hrbtu** in nad **hitro napotitvijo na fizioterapijo**. Še posebej pa so bili **zadovoljni s samo fizioterapevtsko obravnavo**; pohvalili so **strokovnost in angažiranost fizioterapevke** ter poudarjali, da je bila **terapija zelo učinkovita pri odpravi njihove bolečine**. Marsikdo je pohvalil, da se jim je fizioterapevtka **individualno posvetila** in jim dala tudi **napotke za izvajanje vaj oz. za vsakdanje življenje**. Mnogi menijo, da so se jim težave hitro rešile ravno zaradi hitre obravnave pri fizioterapevtki ter njene strokovnosti in celostne obravnave.

Pacienti, ki so obiskali triažno fizioterapijo, so pohvalili tudi splošno korektnost obravnave in prijaznost vsega osebja. Osebnim zdravnikom pa so bili najbolj hvaležni, ker so jih ti hitro napotili na fizioterapijo, nekateri pa so izpostavili tudi zadovoljstvo z navodili glede gibanja ob bolečini. Nekateri pacienti iz testnega zdravstvenega doma so menili, da trije obiski fizioterapije niso bili dovolj. Izpostavili so tudi problem, da v praksi nimajo vedno možnosti, da bi lahko upoštevali to, kar so jim povedali strokovnjaki.

Šolajoča se 20-letnica, ki jo že dva meseca bolita vrat in križ. Bolečina se širi nižje od kolen in zdi se ji, da ni varno, da je telesno aktivna.

»Všeč mi je bilo, da se je zdravljenje začelo pravočasno. To je res zelo pomembno. Zelo sem bila zadovoljna tudi s samim izvajanjem fizioterapije. Dobila sem številne nasvete in vaje, ki so moje življenje obrnile na boljše, ko sem bila že čisto obupana. Posebna zahvala gre tudi fizioterapevtki, brez nje, ne vem, kako bi zmogla delovati. Tudi njena pozitivna energija mi je vlila upanje, da bo moje bolečine kmalu konec.«

Visokošolsko izobraženi, samozaposelni trgovec v 30-tih letih, ki prihaja na fizioterapijo zaradi bolečine v vratu in zgornjem delu hrbta. Pravi, da v splošnem nima težav z bolečino v hrbtu. V službi vzdržuje prisilno držo, dviguje in prenaša bremena ter je pod stresom zaradi odnosov, nadur in dela pod pritiskom.

»Zelo sem bil zadovoljen s hitro obravnavo. Fizioterapevtka mi je takoj pomagala, da se je moja bolečina zmanjšala za 90 %. Podobne težave sem imel že pred leti. Tudi takrat sem imel fizioterapijo, ampak ni bilo posebnih učinkov, kajti na vrsto sem prišel po 3 mesecih, v tem času pa je huda bolečina že izzvenela. Tokrat pa je bila bistvena sprememba na boljše že po prvem obisku.«

Gospa v 30-letih, s fakultetno izobrazbo, ki jo že dva meseca močno bolita vrat in križ, sicer pa ima težave s hrbtom že več kot tri leta. Precej je pod stresom v službi zaradi dela pod pritiskom in lovljenja rokov, sicer pa je s svojo službo zelo zadovoljna. Tako v službi kot izven nje tudi dviguje bremena.

»Projekt je super: hitro in učinkovito obravnava akutno težavo (namesto da se tako dolgo čaka). Pri meni so se pozitivni učinki pokazali takoj po prvi obravnavi. Zelo pomirjajoče za pacienta je, da lahko s svojimi težavami pride na vrsto ob pravem času. Prepričana sem, da bi moral biti projekt stalnica v zdravstvenem

Gospod, v 50-tih letih, z akutno bolečino v zgornjem delu hrbta in v križu, ki so mu v preteklosti že ugotovili dve premaknjeni vretenci v zgornjem delu hrbta. Zaradi zahtevnega dela z ljudmi in pogostih nadur doživlja stres na delovnem mestu, v službi tudi vzdržuje prisilno držo in meni, da ni varno, da je telesno aktiven.

»Fizioterapevtke so me naučile nekaj vaj za koleno in križ, ki jih izvajam vsako jutro in imam občutek, da je zaradi tega manjkrat težava v križu.«

Gospa, stara 57 let, z akutno bolečino v vratu in zgornjem delu hrbta, ki poroča, da v službi in v prostem času vzdržuje prisilno držo, se sklanja in dela z bremenem, v službi je tudi pod pritiskom, ker pogosto dela preko polnega delovnega časa:

»Zadovoljna sem, ker sem bila zelo hitro obravnavana. Moje stanje se je zelo izboljšalo v kratkem času in nisem potrebovala bolniške ali zdravil. Bolečine so se zmanjšale in moje počutje je zadovoljno. Želim si, da tak način dela ostane. Hvala, da ste uspeli s tem programom olajšati življenje meni in še mnogim pacientom. Še posebej bi se rada zahvalila fizioterapevtki za res strokovno obravnavo.«

DELAVNICA OPOLNOMOČENJA ZA PACIENTE S KRONIČNO BOLEČINO V HRBTU IN GIBALNO-PSIHOEDUKACIJSKI (VZDRŽEVALNI) PROGRAM

Delavnica opolnomočenja za paciente s kronično bolečino v hrbtu (več informacij o delavnici je na str. 30) je bila **razvita med pilotnim testiranjem in se je začela izvajati v testnem zdravstvenem domu približno na sredini pilotnega obdobja**. Potreba po razvoju tovrstne delavnice se je pokazala zato, ker je v tem obdobju izbranega osebnega zdravnika obiskalo veliko pacientov z že razvito kronično obliko bolečine v hrbtu in ker na primarni zdravstveni ravni zdravstveni delavci pacientom trenutno ne morejo ponuditi nobene obravnave v skladu z biopsihosocialnim modelom razumevanja kronične bolečine.

Vzporedno s tem se je razvijal tudi gibalno-psihoedukacijski program (več informacij je na str. 30), krajše vzdrževalni program, namenjen spodbudi za redni trening in poglobljanje na delavnici naučenih vsebin. Na vzdrževalni program so bili povabljeni vsi tisti, ki so zaključili z delavnico, vendar udeležba ni bila obvezna.

Učinke delavnice smo preverjali preko administracije vprašalnikov v treh časovnih točkah, in sicer neposredno pred in po delavnici ter dva meseca po zaključku delavnice (kar sovpada s koncem posameznega vzdrževalnega programa). Pri analizi podatkov smo uporabili statistični test, ki omogoča ločeno analizo podatkov o udeležencih z zaključeno delavnico ter udeležencih z zaključeno delavnico in vzdrževalnim programom. Ker se vrednosti med tema dvema skupinama v istih časovnih točkah niso statistično značilno razlikovale, v predstavitvi rezultatov navajamo zgolj povprečje obeh skupin.

TARČNA POPULACIJA IN POTREBA PO DELAVNICI

Potencialne kandidate za delavnico, namenjeno pacientom s kronično bolečino v hrbtu, smo iskali med pacienti, ki so v času pilota obiskali izbranega osebnega zdravnika in izpolnili vprašalnike za paciente s kronično bolečino hrbta. **Na delavnico smo tako primarno vabili tiste paciente, za katere je izbrani osebni zdravnik presodil, da se spopadajo s kronično bolečino v hrbtu in da hkrati niso v obdobju akutnega poslabšanja te bolečine**. Po oceni osebnih zdravnikov je bilo teh pacientov v testnem zdravstvenem domu slabih **20 % populacije** (Preglednica 4).

O kronični bolečini sicer poroča 67 % pacientov, ki so v času pilota v testnem zdravstvenem domu obiskali izbranega osebnega zdravnika in izpolnili vprašalnike (Slika 7). Od teh jih je večina ob obisku osebnega zdravnika sicer doživljala akutno poslabšanje svojega kroničnega stanja in bila zato napotena na triažno fizioterapijo; ti pacienti zato niso bili uvrščeni med kandidate za delavnico. (Smo pa po predlogu triažnega fizioterapevta na delavnico povabili tudi nekaj pacientov iz te skupine.)

Kot kažejo že predstavljeni grafi (Slika 11), pri kar polovici od teh 67 % pacientov bolečina traja že vsaj tri leta (natančneje, pri približno 32 % med tremi in 10 leti in pri 23 % že več kot 10 let), tri četrtine od njih pa ima stalne bolečine z večjimi ali manjšimi nihanji (Slika 12). Podobne številke veljajo tudi za kontrolni zdravstveni dom, kjer ima

kronično bolečino še večji delež pacientov, ki so obiskali izbranega osebnega zdravnika in izpolnili vprašalnike, tj. 80 % (Slika 7).

Podatki torej kažejo, da delavnico opolnomočenja (ali podobne dodatne ukrepe, namenjene pacientom s kronično bolečino hrbta) potencialno potrebuje **med 20 in 80 % ljudi**, ki prihajajo k izbranim osebnim zdravnikom zaradi bolečine v hrbtu.

ODZIVNOST PACIENTOV

V delavnico je bilo skupno povabljenih 60 pacientov, od tega se je delavnice udeležilo **39 pacientov**. 11 pacientov se je delavnice prav tako želelo udeležiti, vendar to ni bilo mogoče zaradi objektivnih razlogov (časovna neusklajenost, bili so v obdobju rehabilitacije po operativnih posegih ipd.). Samo ena šestina, tj. deset pacientov, pa je izkazala nezainteresiranost za udeležbo, in sicer zaradi enega izmed naslednjih razlogov:

- o dvom v učinkovitost delavnice,
- o čakali so na fizioterapevtsko obravnavo,
- o trenutno so bili v obdobju manjše bolečine,
- o nenaklonjenost skupinski izvedbi delavnice in
- o časovna potratnost delavnice.

Zaradi omejenega števila delavnic in udeležencev znotraj posamezne delavnice vsi potencialni kandidati niso dobili možnosti udeležbe na delavnici.

Velika zainteresiranost za delavnico se odraža v dejstvu, da se je od vseh klicanih srečanj želelo udeležiti 83 % pacientov, pa tudi v tem, da smo za zapolnitev 39 mest delavnice morali nanjo povabiti le 60 pacientov.

UDELEŽBA NA DELAVNICI

Skupno so bile **izvedene štiri delavnice**, znotraj posamezne pa je bilo obravnavanih 10 oz. v enem primeru devet pacientov.

Od 39 kandidatov je delavnico **dokončalo 36 udeležencev**, trije pa so jo zaključili predčasno (dva iz neznanih razlogov in eden zaradi družinskih razmer).

Obiskanost posameznih srečanj delavnice je bila visoka, saj se je od 36 udeležencev vseh osmih srečanj ali enega manj udeležilo 27 pacientov (70 % udeležencev je torej manjkalo največ enkrat), samo dva udeleženca pa sta na delavnico prišla samo štirikrat oz. petkrat.

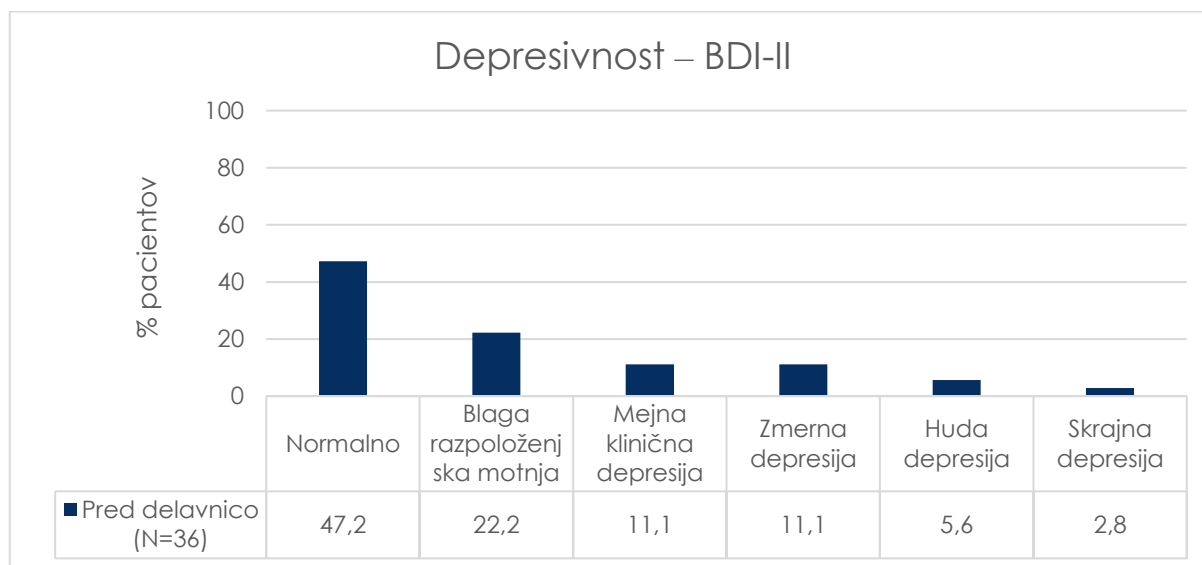
OPIS UDELEŽENCEV DELAVNICE: VRSTA BOLEČINE V HRBTU

Ob pričetku delavnice je na vprašanje o povprečni intenzivnosti bolečine v hrbtu v zadnjih sedmih dneh na lestvici od 0 do 10 **večina vključenih pacientov odgovorila z vrednostjo 7 ali manj** (86,7 % tistih z bolečino v vratu oz. zgornjem delu hrbta in 90,6 % tistih z bolečino v spodnjem delu hrbta; skupna mediana: 5), kar pomeni, da je bila jakost njihove bolečine relativno obvladljiva oz. da večinoma niso bili v akutni fazi bolečine.

OPIS UDELEŽENCEV DELAVNICE: DEPRESIVNOST

Depresivnost in kronična bolečina se lahko pojavljata v obeh smereh vzročno-posledičnega razmerja, zaradi česar je poznavanje stanja pred in po vpeljani intervenciji pomembna informacija pri razumevanju procesa opolnomočenja. Zaradi časovne omejenosti trajanja pilotnega projekta in dolgotrajnosti procesa spreminjanja razpoloženskih stanj pa smo v našem primeru pojav depresivnosti analizirali zgolj pred izvedbo delavnice.

Pri polovici udeležencev, ki so vstopili v delavnico, glede na Beckov vprašalnik depresivnosti (BDI-II) ni bilo zaznati znakov depresije, **četrtna je trpela za blago razpoložensko motnjo**, preostala **četrtna pa za hujšimi oblikami depresije** (mejna klinična, zmerna, huda ali skrajna depresija) (Slika 32).

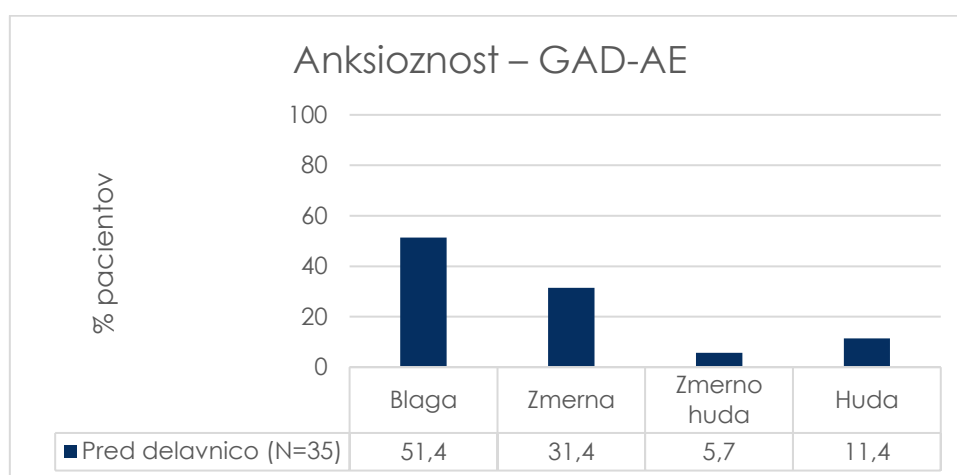


Slika 32. Depresivnost pacientov s kronično bolečino hrbta pred delavnico.

OPIS UDELEŽENCEV DELAVNICE: ANKSIOZNOST

Prepoznavanje anksioznosti je prav tako pomemben dejavnik kakovosti procesa opolnomočenja posameznika. Tudi anksioznost smo analizirali zgolj pred izvedbo delavnice.

Pri polovici udeležencev je bila glede na vprašalnik, ki meri stopnjo anksioznosti (GAD), zaznana najnižja stopnja anksioznosti, **pri tretjini zmerna, dobrih 15 %** pa jih je trpelo za **zmerno hudo ali hudo** obliko anksioznosti (Slika 33).

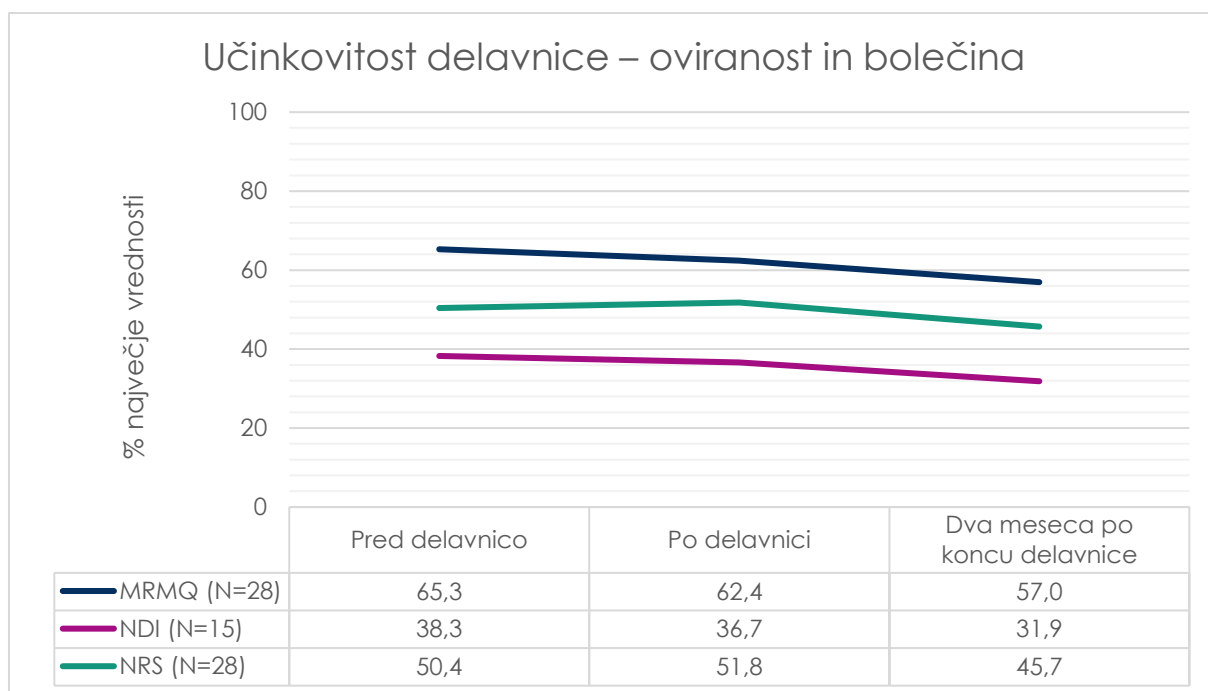


Slika 33. Anksioznost pacientov s kronično bolečino hrbta pred delavnico.

UČINKOVITOST DELAVNICE: STOPNJA OVIRANOSTI IN BOLEČINA

Učinkovitost delavnice smo merili z vprašalniki, ki preverjajo oviranost, tj. obseg aktivnosti, ki jih pacienti težko izvajajo, in stopnjo bolečine. Vprašalniki so bili administrirani v treh časovnih točkah, in sicer neposredno pred in po delavnici ter dva meseca po koncu delavnice.

Dva meseca po koncu delavnice sta bili oviranost zaradi bolečine v spodnjem delu hrbta oz. zgornjem delu hrbta/vratu in jakost bolečine pri pacientih nekoliko manjši kot pred začetkom delavnice (Slika 34); ta trend je bil statistično značilen le pri udeležencih, ki so izpolnili Vprašalnik zmanjšane zmožnosti zaradi bolečine v vratu (dvostranska kombinirana ANOVA: $F(2,26)=5,106$, $p=0,013$, $\eta_p^2=0,282$).



Slika 34. Rezultat na modificiranem Roland-Morrisovem vprašalniku (MRMQ) in Vprašalniku zmanjšane zmožnosti zaradi bolečine v vratu (NDI), ki merita stopnjo oviranosti, ter številski ocenjevalni lestvici (NRS) za samooceno stopnje bolečine pri udeležencih delavnice v treh časovnih točkah.

Večje učinke delavnice na zvečanje zmožnosti in zmanjšanje bolečine pričakujemo na daljši rok. O takšnih učinkih namreč poročajo v raziskavi na 799 pacientih s kronično bolečino²⁶, ki so bili deležni skupinskega izobraževanja s podobnimi vsebinami kot pacienti v našem testnem okolju. Ugotovili so, da je stopnja zmožnosti postopno naraščala skozi čas in je bila največja šele 12 mesecev po zaključenem izobraževanju; jakost bolečine pa je bila po izobraževanju bolj ali manj nespremenjena in se je prav tako zmanjšala šele šest oz. 12 mesecev po zaključku izobraževanja. To ni presenetljivo, če razumemo, da gre pri zdravljenju kronične bolečine za učenje novih veščin, spreminjanje prepričanij in navad ter nenazadnje strukture in funkcije živčnega sistema, kar terja svoj čas.

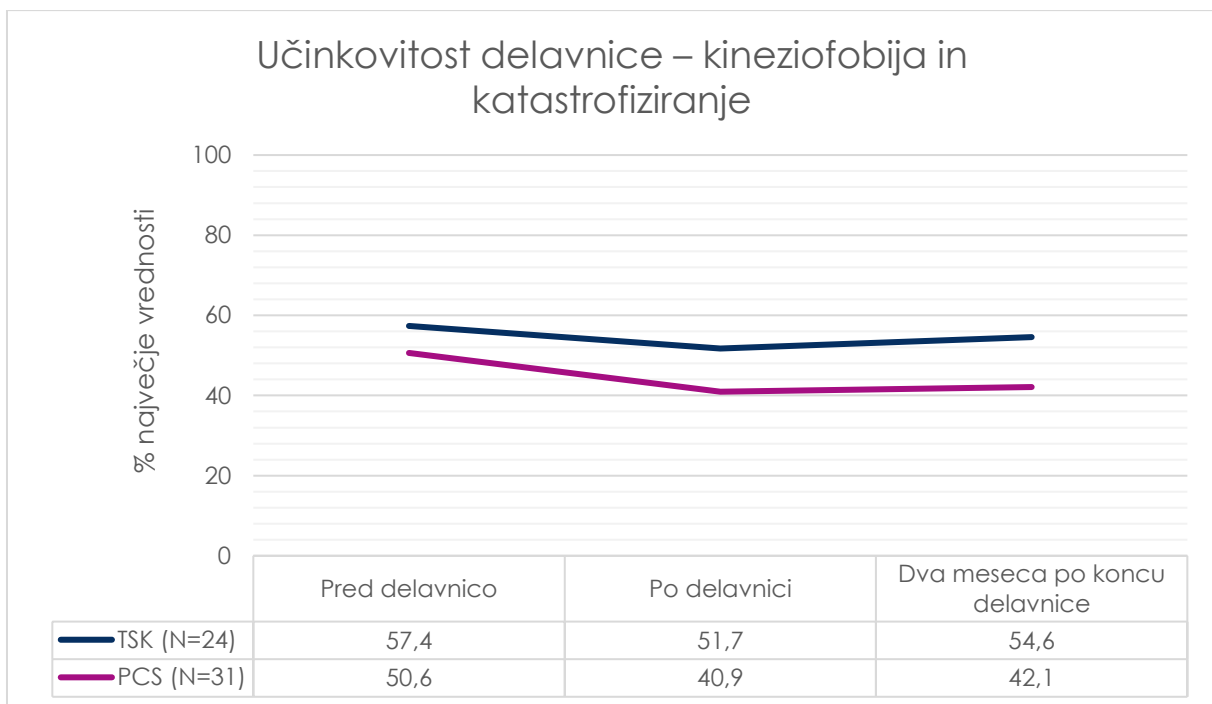
UČINKOVITOST DELAVNICE: KINEZIOFOBIJA IN KATASTROFIZIRANJE

Za paciente s kronično bolečino v hrbtu sta značilna strah pred gibanjem in pretirano negativno dojetje lastne bolečine. Zato smo učinek delavnice preverjali tudi z vprašalnikoma, ki merita kineziophobia in bolečinsko katastrofiziranje.

Kineziophobia je bila po koncu delavnice statistično značilno manjša kot pred njenim začetkom (Slika 35) (dvostranska kombinirana ANOVA: $F(2,44)=6,023$, $p=0,005$,

$\eta_p^2=0,215$); v povprečju za 6 % (95% IZ=-10%,-2%, post hoc analiza z Bonferonni korekcijo $p=0,002$).

Klinično pomembno katastrofiziranje je imela ob začetku delavnice kar polovica pacientov, neposredno po zaključku delavnice pa zgolj četrtna pacientov. Vrednosti katastrofiziranja se značilno razlikujejo v odvisnosti od časa (Slika 35) (dvostranska kombinirana ANOVA: $F(1,726;50,068)=6,623$, $p=0,004$, $\eta_p^2=0,186$). Post hoc analiza (z Bonferonni korekcijo) kot značilno pokaže tako razlikovanje med časovnima točkama pred in po delavnici ($p=0,001$, povprečna razlika=-10%, 95% IZ=[-15%,-4%]), kot tudi med točkama pred delavnico in dva meseca po koncu delavnice ($p=0,014$, povprečna razlika=-9%, 95% IZ=[-16%,-2%]).



Slika 35. Rezultat na vprašalnikih kineziophobia (TSK) in katastrofiziranja (PCS) v treh časovnih točkah pri udeležencih delavnice.

Tudi za katastrofiziranje so v že omenjeni raziskavi²⁶ pokazali, da naši delavnici primerljiva intervencija vodi v pomembno zmanjšanje katastrofiziranja šele šest mesecev po zaključeni intervenciji, do še dodatnega zmanjšanja pa pride po 12 mesecih od konca izobraževanja.

UČINKOVITOST DELAVNICE: SUBJEKTIVNA OCENA

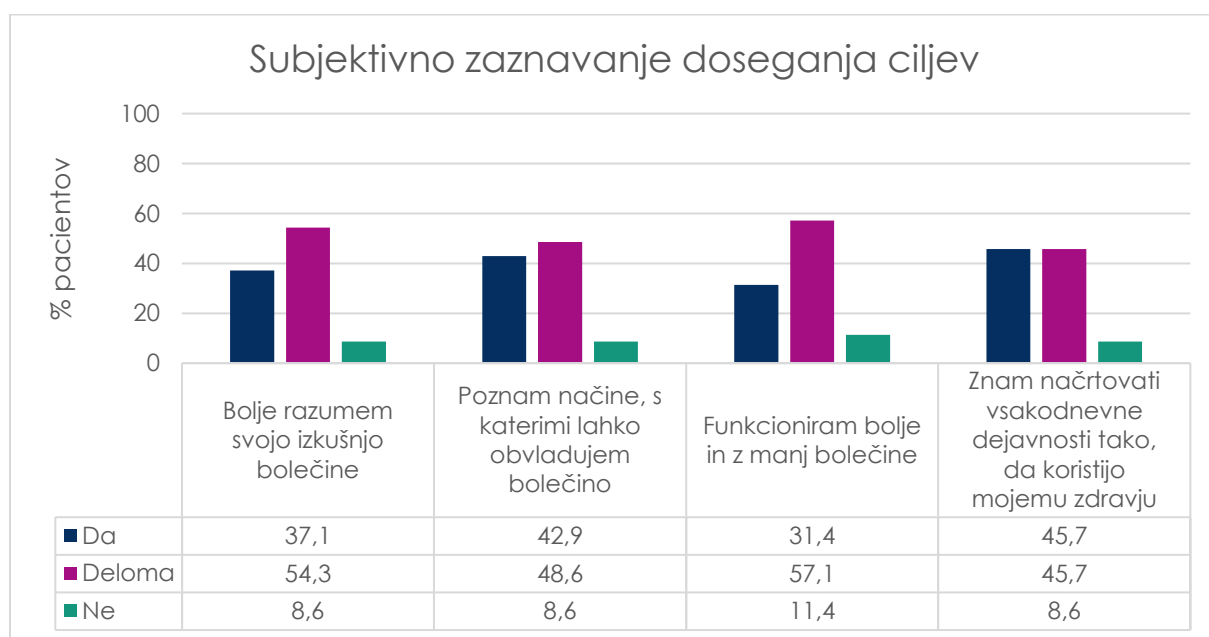
Z delavnico opolnomočenja za paciente s kronično bolečino smo zasledovali naslednje cilje:

- izboljšati razumevanje bolečine pri udeležencih,
- udeležence naučiti veščin obvladovanja bolečine,

- o izboljšati splošno funkcioniranje udeležencev in
- o udeležence spodbuditi k čim bolj optimalnemu načrtovanju dejavnosti.

Subjektivno oceno doseganja teh ciljev s stališča udeležencev neposredno po zaključeni delavnici prikazuje Slika 36. Približno polovica udeležencev je za posamezen cilj menila, da ga je dosegla deloma. Med približno 30 in 45 % je bilo tistih, ki so menili, da so posamezen cilj dosegli, manjšina pa je menila, da posameznega cilja ni osvojila.

Približno **90 % udeležencev** je po delavnici poročalo, da vsaj delno razumejo svojo bolečino in poznajo načine, s katerimi jo lahko obvladujejo, funkcionirajo bolje in z manj bolečine ter znajo svojemu stanju primerno načrtovati vsakodnevne aktivnosti.



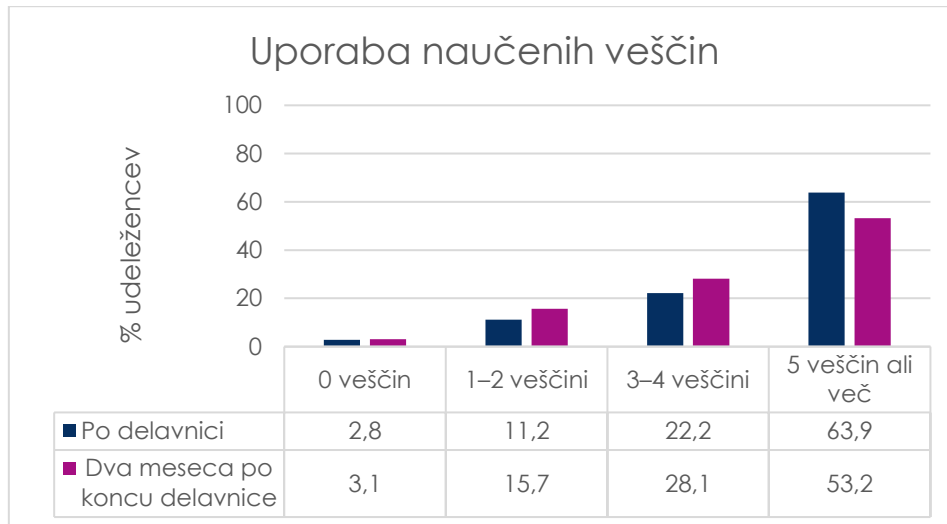
Slika 36. Zaznavanje osvojitve posameznega cilja delavnice s strani udeležencev neposredno po zaključku delavnice.

Dve tretjini udeležencev sta po končani delavnici poročali tudi, da zaznavata manjšo omejitev aktivnosti in dvig splošne kakovosti življenja, polovica pa je zaznala upad bolečin.

UPORABA NAUČENIH VEŠČIN

Med delavnico so bili udeleženci seznanjeni z načini, kako si pomagati pri obvladovanju bolečine. Neposredno po delavnici in dva meseca po njenem zaključku smo preverili, v kolikšni meri te veščine uporabljajo tudi v vsakdanjem življenju (seznam veščin je na str. 177). Število uporabljenih veščin v *zadnjem tednu* se ni pomembno razlikovalo med obema časovnim točkama. Več kot **polovica** udeležencev je uporabila **vsaj pet različnih veščin**, 86 % vsaj tri različne veščine, **skoraj vsi** (97 %) pa so uporabili **vsaj kakšno izmed naučenih veščin** (Slika 37).

Pri tem so se udeleženci (v obeh časovnih točkah) največ posluževali izvajanja **trebušnega dihanja** (tehnika sproščanja), izvajanja **telesne dejavnosti**, vključevanja v **dejavnosti, ki jih veselijo in sprostijo**, in **iskanja t. i. SIM-ov** (iz ang. *safety in me⁴*; situacij, ki v njih spodbujajo občutek varnosti, moči in samozavesti).



Slika 37. Uporaba naučenih veščin v zadnjem tednu.

ZNANJE UDELEŽENCEV O BOLEČINI PO DELAVNICI

Znanje udeležencev, pridobljeno na delavnici, smo preverjali ob koncu le-te in dva meseca po njenem zaključku.

Test znanja (str. 178) je vseboval 21 trditev in za vsako so udeleženci morali izraziti bodisi strinjanje bodisi nestrinjanje glede njene pravilnosti. S tem smo preverjali osvojitve ključnih sporočil delavnice, za katere smo želeli, da jih udeleženci osvojijo. Ta ključna sporočila so se nanašala predvsem na spreminjanje stereotipnega razumevanja kronične bolečine, ki ne upošteva biopsihosocialnega prepleta dejavnikov, ki vplivajo na bolečino.

Primeri trditev so naslednji:

»če imamo hernijo, bo to vsekakor bolelo« (*trditev je nepravilna, ker bolečina ni neposreden odraz stopnje poškodbe tkiva*)

»misli, ki se pojavijo ob poškodbi, vplivajo na to, koliko bolečine bomo čutili« (*trditev je pravilna; ne samo poškodba, tudi kognitivni procesi vplivajo na doživljanje bolečine*)

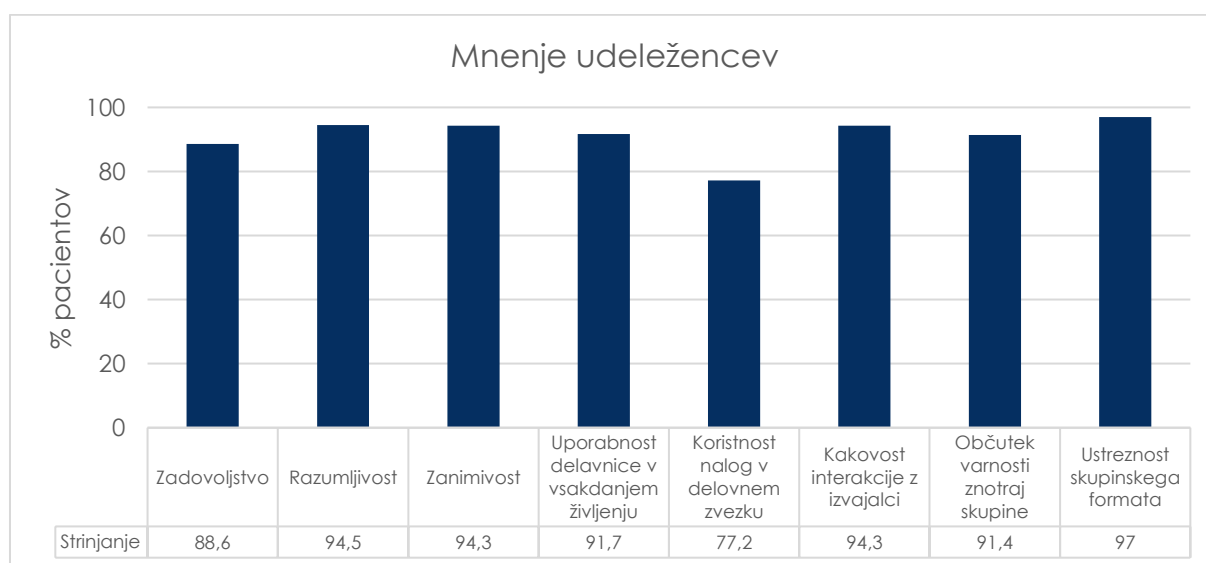
»negativne misli povečujejo občutljivost na bolečino« (*trditev je pravilna*)

Neposredno po in dva meseca po zaključeni delavnici so pacienti **v povprečju pravilno odgovorili na približno dve tretjini vprašanj**. Natančneje, po delavnici je bil delež pravih odgovorov 67% (+/- 16,8%), dva meseca kasneje pa malo, a ne statistično značilno, nižji, in sicer 62% (+/- 19,4%).

Tudi že omenjena raziskava²⁶ je pokazala, da stopnja znanja po izvedeni intervenciji ostaja relativno konstantna skozi čas.

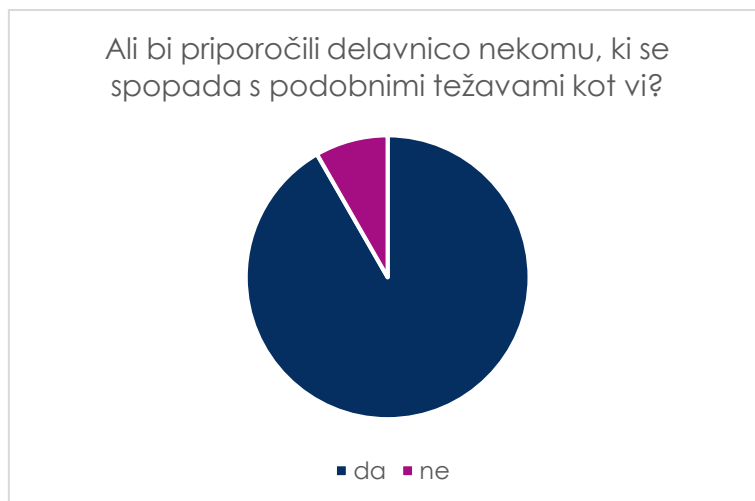
MNENJE UDELEŽENCEV O DELAVNICI

Velika večina pacientov, skoraj 89 %, je izkazala splošno zadovoljstvo z delavnico. Prav tako se je večinskemu deležu predstavitev vsebin zdela **razumljiva, zanimiva in uporabna v vsakdanjem življenju** (med približno 92 in 94 %). Več kot dve tretjini pacientov je naloge v delovnem zvezku, namenjenemu osvajanju vsebin delavnice tudi v času izven srečanj, ocenilo kot koristne. V 94% deležu so pacienti interakcijo z izvajalci označili kot kakovostno v smislu možnosti postavljanja vprašanj in pridobivanja razumljivih odgovorov s strani izvajalcev delavnice. Večina udeležencev, dobrih 91 %, se je znotraj skupine počutila varno pri deljenju lastnih izkušenj, prav tako jih 97 % ni imelo zadržkov do skupinskega formata delavnice (Slika 38).



Slika 38. Mnenje udeležencev o delavnici po njenem zaključku.

Izmed vseh udeležencev bi jih kar **92 % delavnico priporočilo nekemu, ki se spopada s podobnimi težavami z bolečino v hrbtu kot oni** (Slika 39).



Slika 39. Priporočitev delavnice drugim pacientom s kronično bolečino v hrbtu.

Pri tem so kot koristi delavnice naštevali naslednje:

- pridobitev koristnih informacij in nasvetov za življenje (kako se spopadati z bolečino, pomoč pri prepoznavanju in uravnoteženju pozitivnih ter negativnih dejavnikov, ki vplivajo na pojavljanje bolečine),
- spodbujanje procesa samospoznavanja,
- pridobitev občutka optimizma in motivacije,
- pogovor in deljenje izkušenj z drugimi, ki imajo podobne težave z bolečino v hrbtu kot sami,
- spoznavanje tehnik sproščanja in
- učenje in izvajanje preprostih gibalnih vaj.

Preostalih 8 % udeležencev, ki delavnice ne bi priporočalo, so kot slabosti delavnice omenili preveliko količino teoretičnih vsebin in premajhen poudarek na izvajanju gibalnih vaj ter nezadovoljstvo z reševanjem nalog v delovnem zvezku.

Izmed 36 udeležencev delavnice se je za vstop v vzdrževalni program sprva odločilo 15 pacientov, vendar so trije od njih nanj prenehali hoditi predčasno ali pa so imeli zelo nizko udeležbo, kar pomeni, da je **delo v vzdrževalnem programu nadaljevalo 33 % udeležencev**, ki so zaključili delavnico. Vzdrževalnemu programu se je poleg tega priključilo tudi pet drugih pacientov (npr. tisti po zaključku triažne fizioterapije).

Znani razlogi za neudeležbo preostalih udeležencev delavnice na vzdrževalnem programu so naslednji: so že obiskovali program telesne vadbe v lokalnem okolju, časovna neusklajenost terminov vzdrževanega programa z urnikom službe in pomanjkanje časa. Morda je pri nekaterih k temu prispevala tudi finančna stiska, saj je bil za udeležbo na vzdrževalnem programu predviden sicer manjši participatorni znesek, ki je za dvomesečno obdobje znašal med 40 in 50 €.

Vzdrževalni program se je skupno izvedel trikrat (po prvi in po drugi delavnici ter združeno za udeležence tretje in četrte delavnice). Posamezni program je obsegal med 12 in 16 srečanj; prvič je to pomenilo deset vadbenih in šest psiholoških enot, v nadaljevanju pa zaradi kadrovskih omejitev zgolj med 12 in 16 vadbenih enot.

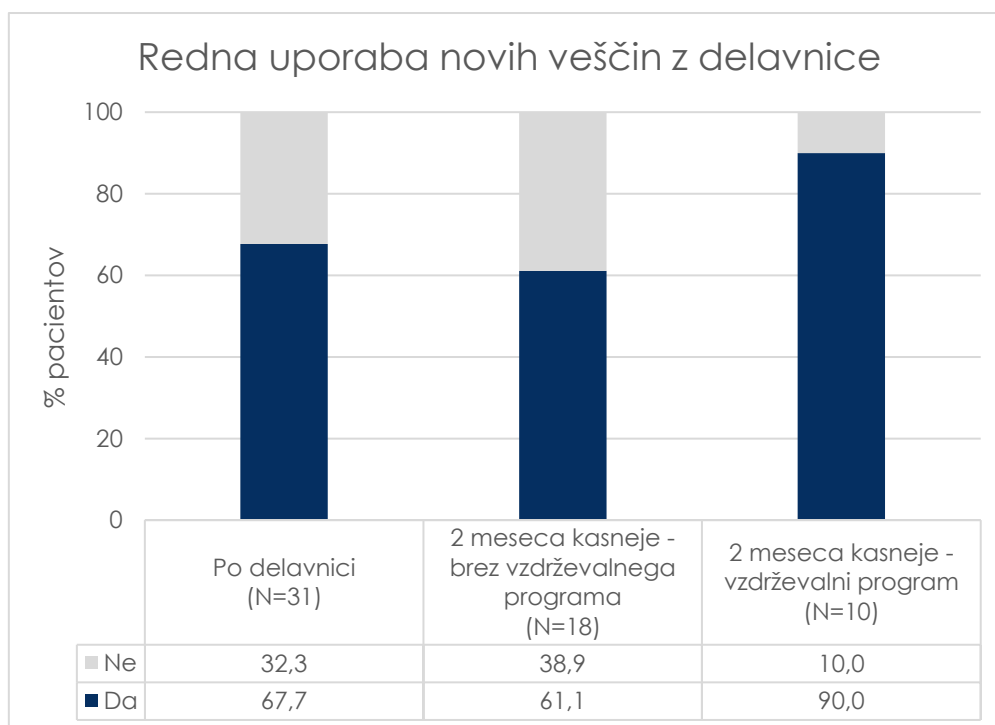
Prisotnost na vzdrževalnem programu je bila manjša kot na delavnici. Med 76–100% udeležbo je imelo približno 40 % udeležencev, med 51–75% udeležbo je imela tretjina udeležencev, preostali pa so imeli 25–50% udeležbo (podatki veljajo za tiste udeležence, ki so na vzdrževalni program prišli po zaključeni delavnici).

UČINKI GIBALNO-PSIHOEDUKACIJSKEGA (VZDRŽEVALNEGA) PROGRAMA

Neposredno po delavnici in dva meseca po njenem zaključku (kar je za tiste udeležence, ki so se odločili za obisk vzdrževalnega programa, sovpadalo z njegovim zaključkom), smo preverjali, ali so udeleženci na delavnici spoznali kakšno povsem novo veščino obvladovanja bolečine, ki jo sedaj redno uporabljajo.

Po delavnici je **nove učinkovite veščine redno uporabljalo** 68 % pacientov, dva meseca po njenem zaključku pa 61 % tistih, ki se vzdrževalnega programa niso udeležili, in kar **90 % tistih**, ki so obiskovali tudi **vzdrževalni program** (Slika 40).

Vzdrževalni program paciente spodbuja pri stopnjevanju pravilno nadzorovane količine telesne dejavnosti, omogoči preizkušanje novih načinov razumevanja lastnega telesa v varnem okolju ob nadzoru strokovnjaka in spodbuja redno uporabo drugih na delavnici naučenih veščin. Pomembno je, da se paciente podpira pri dolgotrajnih procesih pridobivanja zaupanja v lastno telo in spreminjanja obstoječih prepričanj.



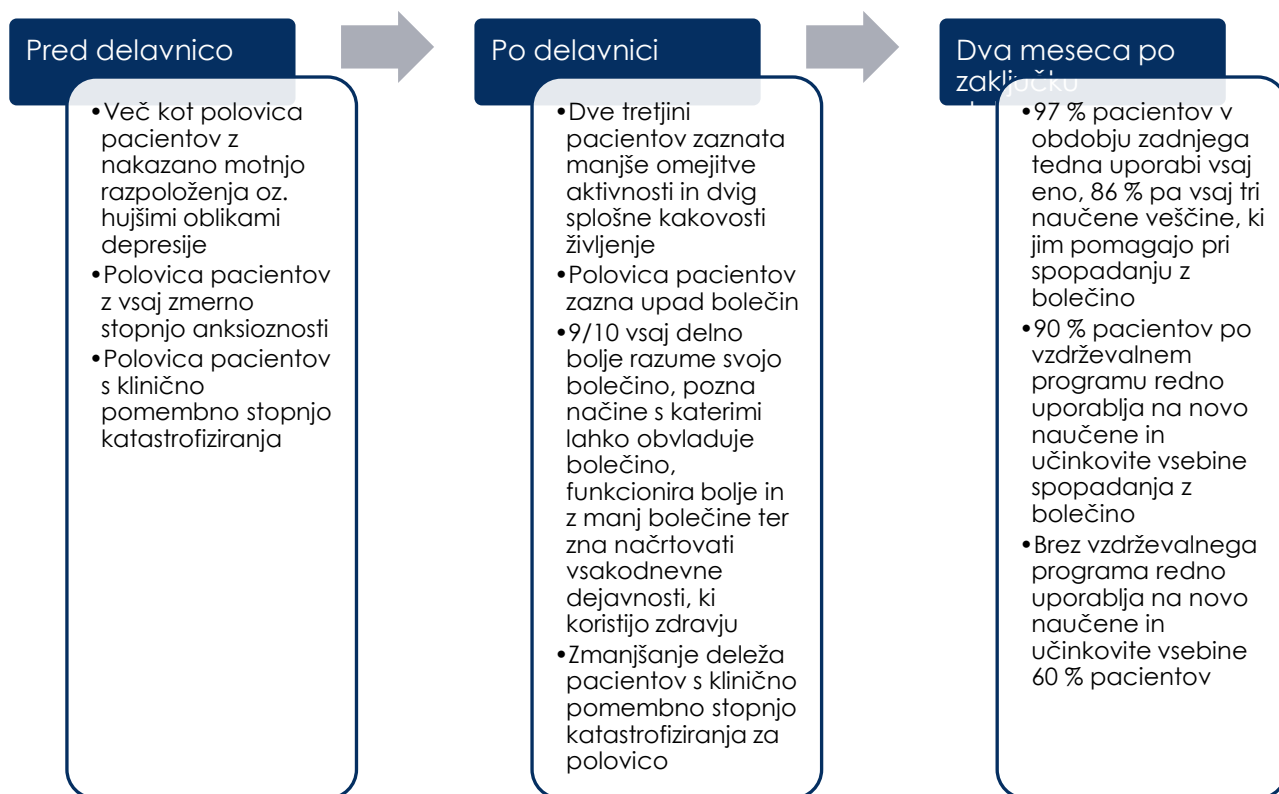
Slika 40. Učinek vzdrževalnega programa na redno uporabo novih veščin obvladovanja bolečine z delavnice.

Kvalitativno zaznani učinki vzdrževalnega programa so **zadovoljstvo udeležencev** s srečanji in njihovo poročanje o tem, da sicer razumejo pomembnost rednega izvajanja telesnih vaj v vsakdanjem življenju, vendar jim do sedaj te niso bile prikazane tako nazorno in se jih niso mogli zares naučiti. Kineziologinja, ki je izvajala vzdrževalni program, je poudarila, da je pri pacientih s kronično bolečino ključno delo v majhnih skupinah, da se lahko vadba prilagodi posameznikom in njihovem napredku, pa tudi zato, da se lahko spremlja kakovost izvajanja vaj in preprečuje tendenco ljudi, da bi se med vadbo preveč primerjali z drugimi.

Ker je bil vzdrževalni program učinkovit, so ga v testnem zdravstvenem domu ohranili tudi po koncu pilotnega obdobja in ga sedaj redno izvajajo ter sproti izboljšujejo na podlagi pridobljenih izkušenj.

POVZETEK

Slika 41 prikazuje kratek povzetek ključnih ugotovitev, vezanih na testno izvedbo delavnice opolnomočenja za paciente s kronično bolečino v hrbtu in gibalno-psihoedukacijskega (vzdrževalnega) programa.



Slika 41. Kratek povzetek ključnih ugotovitev, vezanih na delavnico in gibalno-psihoedukacijski (vzdrževalni) program.

SODELOVANJE S SPECIALISTOM MDPŠ

Dopolnjena zdravstvena obravnava predvideva sodelovanje izbranega osebnega zdravnika s specialistom medicine dela, prometa in športa (spec. MDPŠ) pri tistih pacientih, pri katerih obstaja verjetnost, da je bolečina v hrbtu povezana z delovnim mestom.

KONZULTACIJA OSEBNEGA ZDRAVNIKA S SPEC. MDPŠ

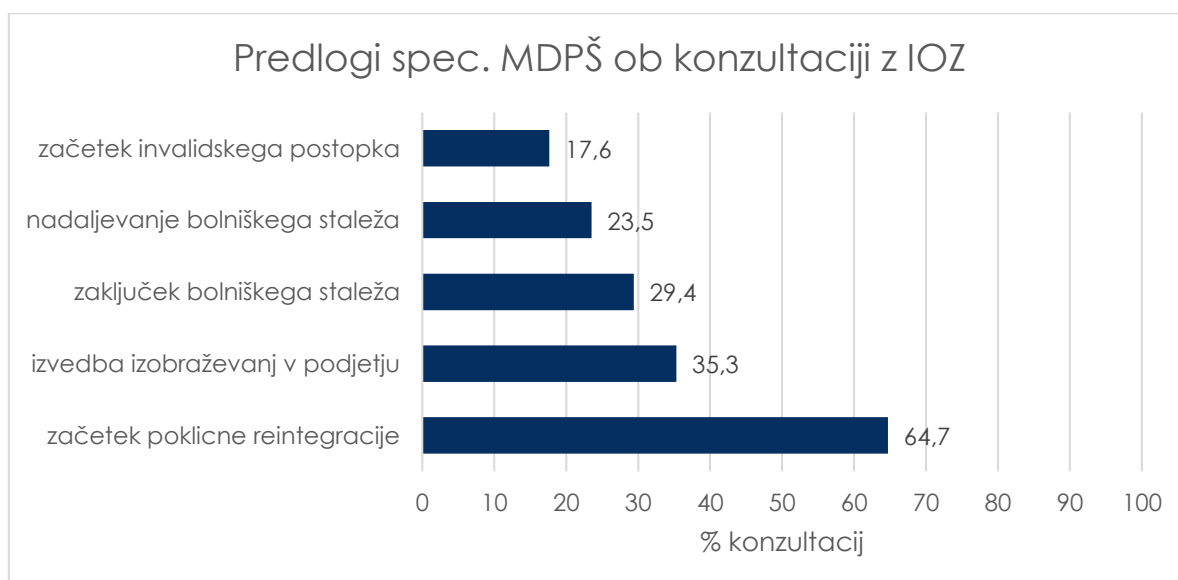
Prvi korak v tem sodelovanju je t. i. konzultacija (str. 31).

V času pilota je bilo skupno izvedenih **le 17 konzultacij med izbranim osebnim zdravnikom in spec. MDPŠ**. Relativno nizka številka nakazuje, da so se izbrani osebni zdravniki te novosti posluževali skromno.

Pri opravljenih konzultacijah je spec. MDPŠ neskladje med oceno tveganja za delovno mesto pacienta in poročanjem o obremenitvah na tem delovnem mestu s strani pacienta zaznal v petih primerih (29 %), v desetih primerih (59 %) pa je vzpostavil stik z delodajalcem.

Najpogostejši izid konzultacije je bila potreba po poklicni rehabilitaciji (Slika 42). Od 11 predlaganih pacientov jih je vanjo zares vključil osem (nekaterih ni mogel, ker ni bil njihov pooblaščen spec. MDPŠ). V šestih primerih je zaznal potencial in potrebo po izvedbi izobraževanj promocije in varovanja zdravja na delovnem mestu za vse delavce podjetja, v katerem je bil zaposlen določen pacient.

V petih primerih je predlagal, da se bolniški stalež zaključi, v štirih primerih je predlagal nadaljevanje bolniškega staleža in v treh primerih začetek invalidskega postopka.



Slika 42. Predlogi spec. MDPŠ izbranemu osebnemu zdravniku (IOZ) ob konzultaciji v testnem zdravstvenem domu (N=17).

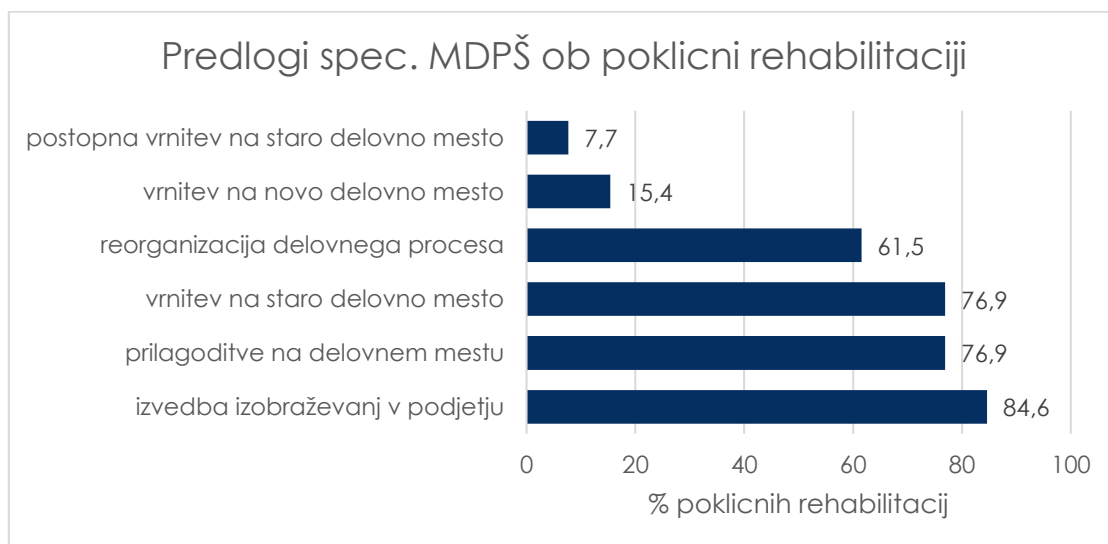
POKLICNA REHABILITACIJA

Poklicna rehabilitacija je intervencija, katere namen je zgodaj individualno pomagati pacientom pri vračanju na delo po bolniškem staležu, ki traja vsaj štiri tedne (str. 32).

V testnem zdravstvenem domu je spec. MDPŠ v poklicno rehabilitacijo skupno vključil 14 pacientov. Pridobil jih je bodisi **v sklopu konzultacije z osebnimi zdravniki** ali pa **preko obdobjih pregledov**.

Pri 13 pacientih je spec. MDPŠ v testnem zdravstvenem domu nanizal predloge potrebnih ukrepov pri posameznem pacientu in na podlagi svojih izkušenj ocenil pričakovane izide poklicne rehabilitacije (Slika 43).

Po mnenju spec. MDPŠ bi bili pri pacientih z bolečino v hrbtu ob poklicni rehabilitaciji najpogosteje potrebni naslednji štirje ukrepi: prilagoditev delovnega in vrnitev na staro delovno mesto za delavca ter izvedba izobraževanj oz. delavnic na temo promocije zdravja na delovnem mestu za zaposlene v podjetju ter reorganizacija delovnega procesa (Slika 43).



Slika 43. Predlogi spec. MDPŠ v procesu poklicne rehabilitacije pacientov z bolečino v hrbtu v testnem zdravstvenem domu (N=13).

En primer poklicne rehabilitacije je bil izveden v sodelovanju med timom za poklicno rehabilitacijo, ki so ga sestavljali spec. MDPŠ, psiholog in kineziolog, ter pacientko in delodajalcem. Ta primer podrobno predstavljamo v nadaljevanju:

Pacientka, stara 57 let

Pacientko je spec. MDPŠ v proces poklicne rehabilitacije vključil preko obdobjega pregleda.

Pacientka je bila takrat že 22 mesecev na bolniškem staležu. Pred dvema letoma si je v službi pri padcu poškodovala hrbtenico in si zlomila vretence L2. Hrbtenica jo od

takrat še vedno občasno boli, trenutno je bolečina tako huda, da jo močno ovira (ne more spati na hrbtu, se prepogibati, biti dolgo časa v statičnem položaju, ovirana je pri vožnji). Pomaga si s počitkom in krajšimi sprehodi, vendar je zelo napeta. Bolečina pa se ji v splošnem poslabša ob stresnih dogodkih.

Zaposlena je na delovnem mestu pomožnega režijskega delavca, kar obsega administrativna dela, čiščenje in delo v povezavi s poštnimi pošiljkami, gospa pa navaja, da v resnici le čisti prostore. Do upokojitve ji manjka eno leto in pol.

Spec. MDPŠ je vzpostavil je stik z delodajalcem in se dogovoril za sestanek v podjetju, ob čemer si je njeno delovno mesto tudi ogledal. Na sestanku so bili poleg spec. MDPŠ prisotni še kineziolog in psihologinja (tj. tim poklicne rehabilitacije) ter kadrovnik in pacientkin neposredno nadrejeni. Pacientke na sestanku ni bilo.

Po obisku delovnega mesta s strani ekipe spec. MDPŠ se je pacientka individualno sestala s psihologinjo in kineziologinjo.

Psihologinja je ob pogovoru med drugim ugotovila, da je pacientka zaskrbljena glede vračanja v službo, saj je zaradi bolečine pri delu upočasnjena, hkrati pa čuti pritiske s strani delodajalca, da je delo hitro opravljeno, obremenjena je tudi z govoricami sodelavcev, predvsem pa se ne počuti koristno in jo je strah lastne neučinkovitosti. Noče se vrniti na delo, saj meni, da zaradi hude bolečine trenutno ne more delati oz. za delo potrebuje veliko časa; raje bi ostala na bolniški še naprej. Psihologinja je zaznala znižano razpoloženje, anksiozno obarvano čustvovanje, prisoten strah pred gibanjem in zmanjšano zaupanje v zmožnosti lastnega telesa ter katastrofiziranje bolečine. Prisotne so tudi težave, ki so lahko značilne za bolečinsko simptomatiko: izguba energije, utrujenost, razdražljivost idr. Psihologinja je z namenom ureditve razpoloženskega stanja svetovala pregled pri osebem zdravniku za mnenje o uvedbi ustrezne medikamentozne terapije, s čimer se je pacientka strinjala. Z gospo se je dogovorila tudi za nadaljnjo obravnavo pri njej, z namenom naslovitve medsebojne povezanosti misli, čustev, vedenja in telesnega počutja, kamor sodi tudi doživljanje bolečinske simptomatike. V okviru srečanj je pacientki nudila edukacijo o bolečinski simptomatiki, medsebojni povezanosti med mislimi, čustvi, vedenjem in telesnim počutjem ter psihološko svetovanje v zvezi z vračanjem na delovno mesto.

S kineziologinjo se je pacientka sestala dvakrat. Kineziologinja ji je nudila edukacijo o prilagoditvi delovnih aktivnosti, jo učila pravilnega dvigovanja in prenašanja bremen, ji pokazala razbremenilne položaje, raztezne vaje in vaje za krepitev mišičnega steznika ter jo prek simulacije delovnih aktivnosti z uporabo delovnih pripomočkov usposabljala za gibanje med delom.

Izid: prekvalifikacija znotraj podjetja; spec. MDPŠ je upošteval nepravnomočno mnenje invalidske komisije, ki je že odobrila 3. kategorijo invalidnosti z omejitvami. Upoštevajoč te omejitve je pripravil novo delovno mesto, ki omogoča delo brez prekoračitve ergonomskih kotov gibov v hrbtenici ter dvigovanje in prenašanje bremen do sedem kilogramov. Bolniški stalež se je po oceni spec. MDPŠ lahko zaključil.

OGLED DELOVNEGA MESTA

V okviru nekaterih konzultacij ali poklicnih rehabilitacij si je spec. MDPŠ tudi na terenu ogledal delovna mesta. Ti ogledi so se skupno nanašali na 13 pacientov z bolečino v hrbtu in so obsegali osem različnih podjetji. V treh primerih pa je spec. MDPŠ svoje poznavanje razmer na delovnem mestu zgolj osvežil s pregledom dokumentacije ali telefonskim razgovorom z odgovorno osebo v podjetju.

Sodelovanje med izbranimi osebnimi zdravniki in spec. MDPŠ (konzultacija) ter individualna pomoč delavcem na bolniškem staležu pri vračanju na delo (poklicna rehabilitacija) sta smiselna ukrepa, ki **lahko pomembno prispevata k zmanjšanju dolgotrajnega bolniškega staleža**. Že na podlagi konzultacije je spec. MDPŠ v skoraj tretjini primerov na podlagi poznavanja razmer na delovnem mestu predlagal zaključek bolniškega staleža, v nekaj manj kot dveh tretjinah primerov pa začetek poklicne rehabilitacije. Slednja se kaže kot še posebej smiselni ukrep, ki bi po oceni spec. MDPŠ pri kar treh od štirih pacientov ob izvedbi ustreznih prilagoditev na delovnem mestu in reorganizaciji delovnega procesa lahko omogočil zaključek bolniškega staleža in vrnitev pacienta na staro delovno mesto.

Zgledi iz nekaterih drugih evropskih držav in izkušnje posameznih spec. MDPŠ, ki so tak način dela neodvisno od tega pilotnega projekta več desetletij izvajali v praksi, kažejo, da je pri uvedbi tovrstnih ukrepov treba posvetiti veliko pozornosti **vzpostavitvi zaupanja in konstruktivnega sodelovanja med tremi ključnimi deležniki v procesu, tj. pacientom, delodajalcem ter zdravstvenimi delavci in sodelavci** (izbranim osebnim zdravnikom, spec. MDPŠ in ostalimi). V tem procesu so ključna znanja in veščine spec. MDPŠ, ki usklajuje to sodelovanje, pa tudi sistemska podpora celotnega procesa sodelovanja. Trenutno namreč izbrani osebni zdravnik nima nobenih podatkov o pacientovem pooblaščenem specialistu medicine dela in ga k njemu tudi ne more enostavno napotiti, zato se spec. MDPŠ težko pravočasno vključi v proces pacientovega vračanja na delo.

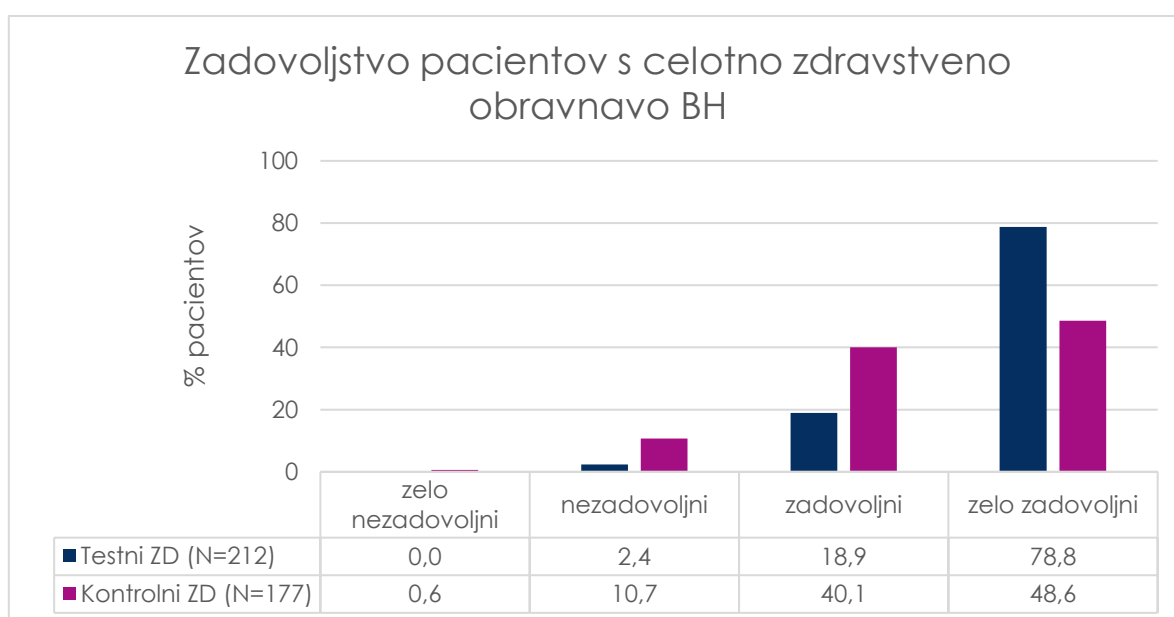
Zato je ena ključnih nalog, da se to področje tudi **sistemske uredi** v sodelovanju med zdravstvenimi strokovnjaki (specialisti splošne in družinske medicine, spec. MDPŠ), delodajalci, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Ministrstvom za zdravje RS in Ministrstvom za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti RS ter ostalimi deležniki. Vzporedno pa je treba krepiti kompetence spec. MDPŠ na primarni ravni, da bodo lahko kompetentno skrbeli za uspešno sodelovanje in iskanje skupnih ciljev med (neredko vsaj na videz nasprotujočimi si) pacienti, delodajalci in zdravstvenimi delavci.

REZULTATI – 3. DEL: VTISI SODELUJOČIH O DOPOLNJENI ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI

ZADOVOLJSTVO PACIENTOV

V testnem zdravstvenem domu je bilo **več kot tri četrtnine pacientov zelo zadovoljnih** z zdravstveno obravnavo bolečine v hrbtu po predlogu dopolnjene zdravstvene obravnane, večina preostalih pacientov (18,9 %) je bilo zadovoljnih, nezadovoljnih je bilo manj kot 2,4 % (Slika 44).

V primerjavi s pacienti iz kontrolnega zdravstvenega doma so bili pacienti iz testnega statistično značilno bolj zadovoljni (Mann-Whitney, $U=24650,5$, $z=6,367$, $p < 0,001$), saj so bili večinoma **zelo zadovoljni** (mediana=4), medtem ko so bili pacienti v kontrolnem zdravstvenem domu večinoma zadovoljni (mediana=3).



Slika 44. Zadovoljstvo pacientov iz testnega in kontrolnega zdravstvenega doma (ZD) s celotno zdravstveno obravnavo bolečine v hrbtu (BH).

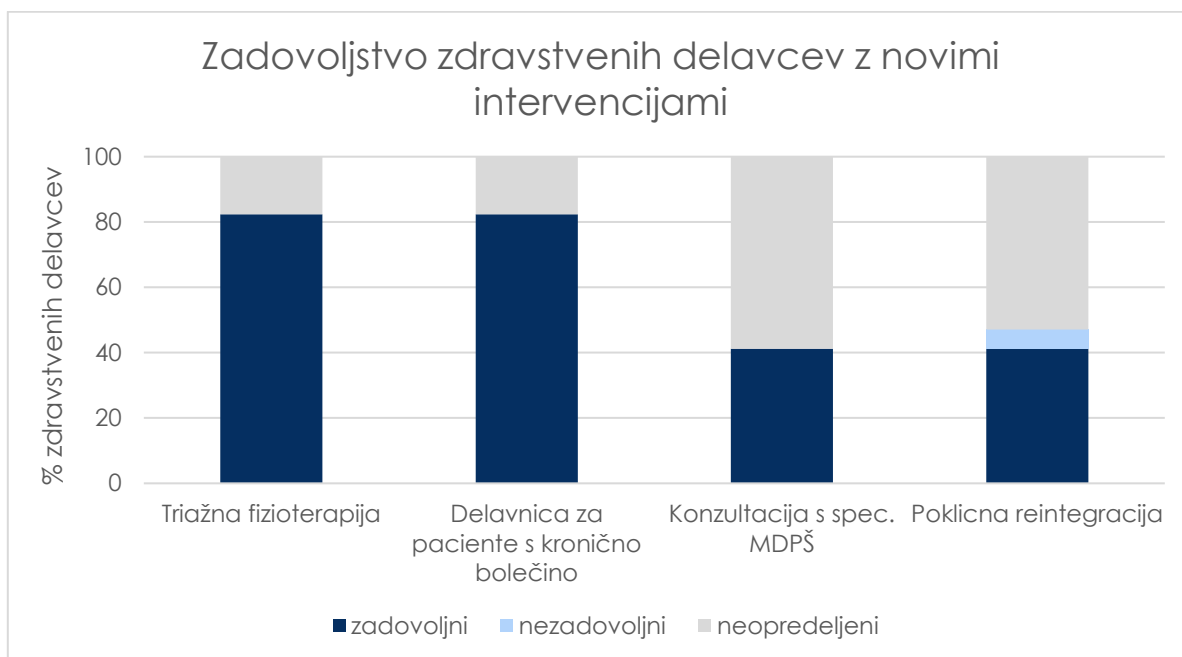
ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

Vsi zdravstveni delavci (družinski zdravniki, spec. MDPŠ, medicinske sestre in fizioterapevti) iz testnega zdravstvenega doma, ki so izpolnili vprašalnike (N=16), so bili zadovoljni ali zelo zadovoljni **s predlogom dopolnjene zdravstvene obravnave** za paciente z bolečino v hrbtu. Po prvem mesecu pilotnega izvajanja dopolnjene zdravstvene obravnave so bili v povprečju zadovoljni (mediana=3), ob zaključku pilotnega izvajanja pa **zelo zadovoljni** (mediana=4).

Velika večina zdravstvenih delavcev, ki se je v času pilota seznanila z uvedenimi novostmi v zdravstveni obravnavi pacientov z bolečino v hrbtu, je bila z novostmi zadovoljna ali zelo zadovoljna (Slika 45).

Vsi opredeljeni zdravstveni delavci brez izjeme so bili zelo zadovoljni s trižno fizioterapijo. In **večina zdravstvenih delavcev je bila zelo zadovoljna z delavnico za paciente s kronično bolečino** (mediana=4, dve tretjini zelo zadovoljnih, ena tretjina zadovoljnih). Ti dve intervenciji so med pilotnim testiranjem tudi najbolj spoznali.

Do konzultacije s spec. MDPŠ in poklicne rehabilitacije se je opredelila manj kot polovica zdravstvenih delavcev. Ti dve intervenciji sta bili tudi izvajani precej redko in okrnjeno (str. 82). Med opredeljenimi zdravstvenimi delavci je bila velika večina s konzultacijo in poklicno rehabilitacijo zadovoljna, s slednjo pa je bil en zdravstveni delavec tudi nezadovoljen.



Slika 45. Zadovoljstvo zdravstvenih delavcev v testnem zdravstvenem domu z novimi intervencijami za paciente z bolečino v hrbtu.

Kvalitativni podatki kažejo, da je zdravstveno osebje svoje **zadovoljstvo s trižno fizioterapijo najpogosteje utemeljevalo s hitrim izboljšanjem pacientove bolečine in posledičnim krajšim časom zdravljenja.** Pogosto so omenili tudi **krajši bolniški stalež in zadovoljstvo s strani pacientov.** Nekateri so poudarili tudi veliko **zadovoljstvo z aktivnim pristopom,** za katerega menijo, da ga je prinesla ta intervencija (opolnomočenje pacienta za ohranjanje zdravja hrbtenice), pri čemer je trižna fizioterapevtka poudarila, da so pacienti na trižni fizioterapiji zares bili zelo motivirani za učenje in izvajanje gibalnih vaj. Med utemeljitvami za visoko stopnjo zadovoljstva s trižno fizioterapijo je bilo moč zaslediti tudi opažanje, da je bilo potrebno predpisati **manj analgetikov,** še v večji meri pa dejstvo, da se s pravočasno izvedeno fizioterapijo bolečino obravnava takrat, ko pacient dejansko ima težave, tako pa ne pride do kasnejših zdravstvenih zapletov in razvoja kronične bolečine.

En zdravnik je posebej poudaril, da si zelo želi, da trižna fizioterapija vstopi v zdravstveni sistem (po tem jih sicer nismo spraševali), kar sta poudarili tudi obe

fizioterapevtki. **En zdravnik kljub velikemu zadovoljstvu s to novostjo meni, da ni nujno, da se na triažno fizioterapijo napoti prav vsakega pacienta z akutno bolečino v hrbtu.**

Med **slabostmi te novosti je veliko zdravnikov navedlo čakalne dobe** na triažno fizioterapijo (zaradi povečanega števila pacientov se je po poletju ustvarilo ozko grlo, pacienti tako na vrsto niso prišli v nekaj dneh, posledično pa so lahko imeli daljši bolniški stalež). Fizioterapevtki sta izpostavili, da so bili največ trije predpisani obiski v nekaterih primerih premalo (vendar predvsem zaradi izpolnjevanja vprašalnikov in meritev, kar je bila značilnost pilotne raziskave in ne triažne fizioterapije same po sebi).

Zdravstvenemu osebju se je **delavnica za paciente s kronično bolečino v hrbtu zdela dobrodošla novost**, saj so ocenili, da njihovim pacientom pomaga pri razumevanju bolečine in so njene vsebine torej koristne. Nekateri so poudarili tudi **pomen celostne obravnave**, za katero v ambulanti nimajo časa, in multidisciplinarno naravo delavnice, ki je pomembna pri bolnikih s kronično bolečino. Ena izmed izvajalk delavnice je kot prednost delavnice navedla tudi delo v skupini, ki omogoča, da se udeleženci učijo strategij obvladovanja bolečine drug od drugega. Nekaterim se delavnica zdi zelo zaželjena predvsem zaradi siceršnje nedostopnosti podobnih programov in ker bolnikom s kronično bolečino sami ne morejo zares pomagati.

En zdravnik je eksplicitno poudaril, da si želi, da se delavnica prenese v zdravstveni sistem in **ravno to novost izpostavi kot najbolj uspešno pridobitev** pilotnega testiranja dopolnjene zdravstvene obravnave.

Nekaterim zdravnikom se zdi, da bi bilo potrebno **vsebino delavnice poenostaviti** in da je v trenutni obliki primernejša za bolj izobražene in motivirane ljudi. Pojavil se je tudi predlog, da se delavnica obnavlja v obliki krajših delavnic, saj je potrebno bolnike s kronično bolečino ves čas spodbujati k samoaktivnosti. En zdravnik je poudaril, da so se pacienti delavnice radi udeleževali, vendar se njihov bolniški stalež vseeno ni prekinil.

Večina zdravstvenega osebja je odgovarjala, da z delom dopolnjene zdravstvene obravnave, vezane na **intervencije MDPŠ, niso imeli izkušenj**; na idejni ravni so se jim zdele te intervencije smiselne in potrebne, med projektom pa nekako niso zaživele. En izmed zdravnikov, ki se je posluževal konzultacije s spec. MDPŠ, in katerega pacienti so bili vključeni v poklicno rehabilitacijo, pa je poudaril, da intervencije niso imele vpliva na skrajšanje/odpravo bolniškega staleža njegovih pacientov.

Uvajanje sprememb v zdravstveni obravnavi v prakso je proces, v katerem sodelujoči postopno razvijejo kritičen odnos do uveljavljenega načina dela in začnejo izkušati prednosti in pomanjkljivosti novega načina dela.

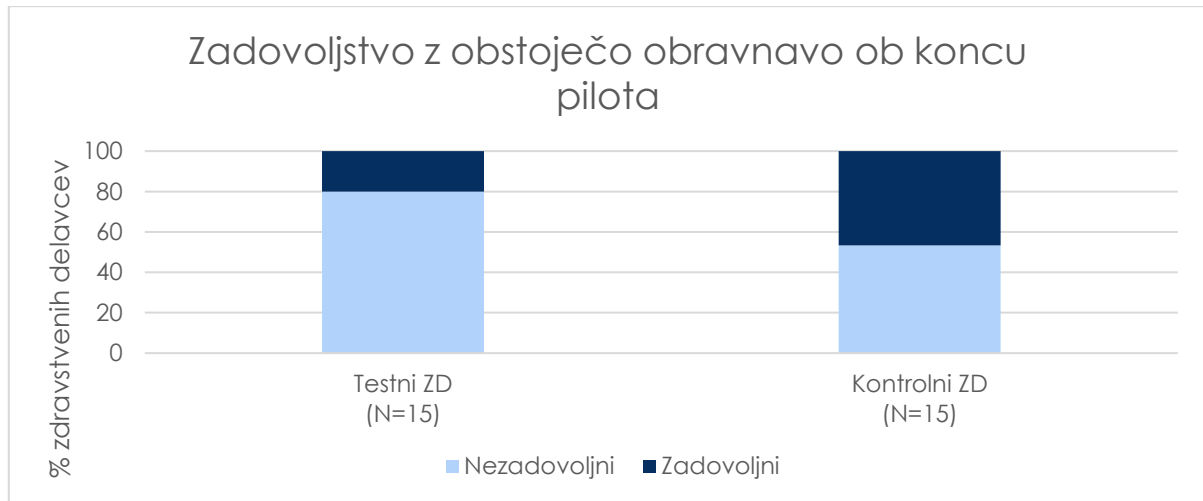
Triažna fizioterapija, ki je bila testirana skozi celotno sedemmesečno obdobje, se je najbolj uveljavila, z njo so bili zdravstvenimi delavci najbolj zadovoljni in so opazili tudi največ njenih pričakovanih pozitivnih učinkov. Triažno fizioterapijo je izkusilo tudi največ pacientov, ki so bili z njo zelo zadovoljni.

K dobrim učinkom triažne fizioterapije je poleg strokovno utemeljene zasnove koncepta triažne fizioterapije zelo pomembno pripomoglo dejstvo, da sta v testnem zdravstvenem domu delo triažnega fizioterapevta testirali **dve odlični fizioterapevtki**, ki sta v okviru standardnih dodatnih izobraževanj pridobili specialna fizioterapevska znanja za izvajanje t. i. specialnih fizioterapij. Ena od njiju je tudi mednarodno uveljavljena mentorica fizioterapevtom po metodi Cyriax, ki v Sloveniji in po Evropi redno izobražuje druge fizioterapevte.

Delavnica za paciente s kronično bolečino je v prvi polovici pilotnega testiranja šele nastajala. Med njenim razvojem je pri snovalcih delavnice in pri zdravstvenih delavcih potekalo intenzivno učenje. Oboji smo začeli brati sodobno literaturo o bolečini, obiskovali smo strokovnjake za kronično nerakavo bolečino z URI Soča in poslušali izkušnje pacientov s kronično bolečino. Skozi to **medsebojno učenje** je nastal prvi prototip delavnice, ki je bil testiran v praksi in zelo pozitivno sprejet med pacienti in zdravstvenimi delavci. Toda testirana zasnova in izvedba delavnice še nista bili na tako visoki ravni kot triažna fizioterapija, kar se odraža tudi v izmerjenem zadovoljstvu zdravstvenih delavcev in pacientov.

Sodelovanje s spec. MDPŠ prav tako predstavlja novo intervencijo, ki na idejni ravni predvideva sodelovanje med strokovnjaki iz javnega zdravstvenega sistema, pooblaščenimi spec. MDPŠ, strokovnjaki za ergonomijo in psihologijo, predstavniki podjetij in seveda delavci, podvrženimi bolečini v hrbtu, z namenom zmanjšanja psihosocialnega in ekonomskega bremena bolečine v hrbtu. Ključni izziv, ki ga še nismo rešili in ga odraža tudi (ne)zadovoljstvo zdravstvenih strokovnjakov s konzultacijo in poklicno rehabilitacijo pa ostaja, **kako v praksi poskrbeti za uspešno sodelovanje in motivacijo** prej naštetih deležnikov, da se na čim bolj ekonomičen način maksimizira zdravje delavcev in prepreči negativne posledice, ki jih bolečina v hrbtu pomeni ne samo za vse omenjene, temveč tudi za zdravstveno blagajno in državni proračun. Pri tem se lahko veliko naučimo od tistih specialistov MDPŠ, ki tak način dela že udejanjajo kljub sistemskim oviram.

Ob koncu pilotnega testiranja so zdravstveni delavci iz obeh pilotnih okolji ocenili tudi svoje zadovoljstvo z obstoječo zdravstveno obravnavo pacientov z bolečino v hrbtu. V testnem zdravstvenem domu je bilo z obstoječo obravnavo zadovoljnih le 20 % zdravstvenih delavcev, v kontrolnem zdravstvenem domu pa slaba polovica (Slika 46).



Slika 46. Zadovoljstvo zdravstvenih delavcev iz obeh zdravstvenih domov (ZD) z obstoječo zdravstveno obravnavo ob koncu pilotnega testiranja.

SUBJEKTIVNO ZAZNANI UČINKI DOPOLNJENE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

Več kot 90 % zdravstvenih delavcev je med izvajanjem dopolnjene zdravstvene obravnave zaznalo, da so **vedenjski vzroki** za pojav bolečine v hrbtu pri pacientih, kot so prisilne drže, stres, fizična aktivnost, prevelika telesna masa ipd., **bolje prepoznani oz. naslovljeni** (Slika 47).

Več kot tri četrtine jih je izpostavilo, da se zaradi hitrejšega dostopa do fizioterapije **akutne težave z bolečino v hrbtu pogosteje rešijo pravočasno in da je potreba po predpisovanju analgetikov manjša**. Enako velik delež jih je tudi zaznal, da se pacientom težave z bolečino v hrbtu manj pogosto stopnjujejo, da je bolniški stalež zaradi bolečine v hrbtu krajši in da pacienti v manjši meri zahtevajo (neupravičene) dodatne preiskave (pri specialistih, slikovno diagnostiko ipd.).

Več kot 70 % zdravstvenih delavcev je tudi zaznalo, da pacienti s kronično bolečino izkazujejo večjo samoaktivnost pri spopadanju s svojo bolečino, da se isti **pacienti manj pogosto vrnejo k osebemu zdravniku zaradi iste težave z bolečino v hrbtu** in da se bolečino v hrbtu v manjši meri »izrablja« kot razlog za (neupravičeni) bolniški stalež. Enak delež zdravstvenih delavcev je med izvajanjem dopolnjene zdravstvene obravnave tudi opazil, da so vzroki za pojav bolečine v hrbtu, povezani z delovnim mestom, identificirani v večji meri. Toda **nezanemarljiv delež zdravstvenih delavcev teh učinkov ni zaznal ali pa je do njih ostal neopredeljen**.

Dobri dve tretjini zdravstvenih delavcev je zaznalo, da se isti pacienti manj pogosto vračajo na fizioterapijo zaradi bolečine v hrbtu. In le približno 40 % zdravstvenih delavcev je opazilo, da dopolnjena zdravstvena obravnava prispeva k temu, da so vzroki za pojav bolečine v hrbtu, povezani z delovnim mestom, odpravljeni v večji meri.



Slika 47. Katere od pričakovanih učinkov dopolnjene zdravstvene obravnave so med njenim izvajanjem zaznali zdravstveni delavci.

Kar se tiče **kvalitativnih podatkov**, vezanih na zaznane učinke dopolnjene zdravstvene obravnave, je zdravstveno osebje še dodatno izpostavilo, da so zaznali **večje zadovoljstvo pacientov z obravnavo**. En zdravnik je izpostavil tudi **pomen sodelovanja s fizioterapevtkami**, s katerimi so v sklopu dopolnjene zdravstvene obravnave sodelovali še boljše in bili skupaj uspešnejši pri zaznavanju potreb po nadaljnji obravnavi pacientov.

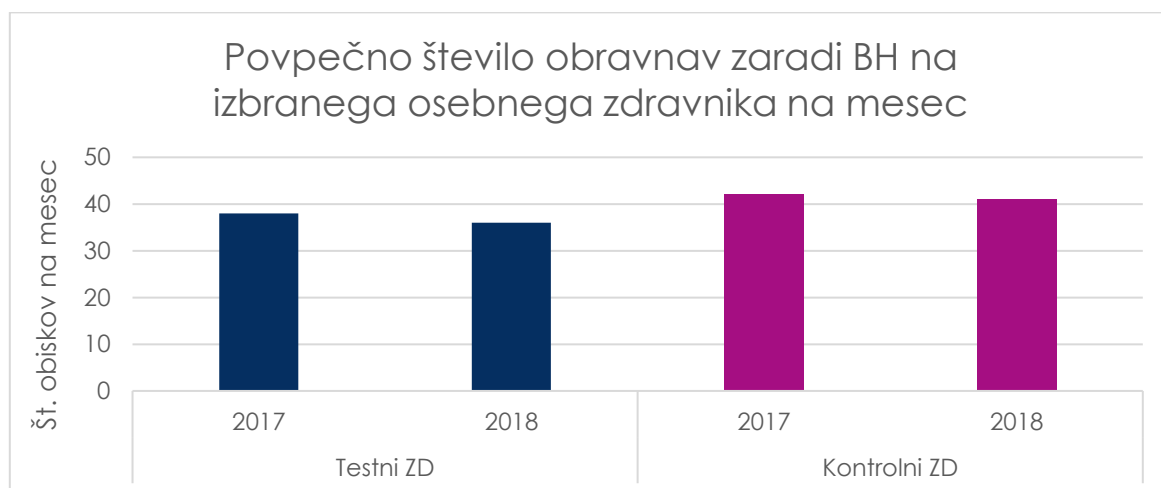
OBISKI IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA

V raziskavo smo zajeli le tiste paciente, ki so zaradi svojih težav s hrbtom v času pilota obiskali svojega izbranega osebnega zdravnika, ki jim je postavil eno izmed diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu (str. 41).

Ti pacienti so **v testnem zdravstvenem domu** predstavljali **7,7 % populacije** vseh opredeljenih pacientov v starostni skupini 18 do 65 let, **v kontrolnem zdravstvenem domu** pa **9,2 %** vseh opredeljenih pacientov v tej starostni skupini.^e

POSNETEK STANJA

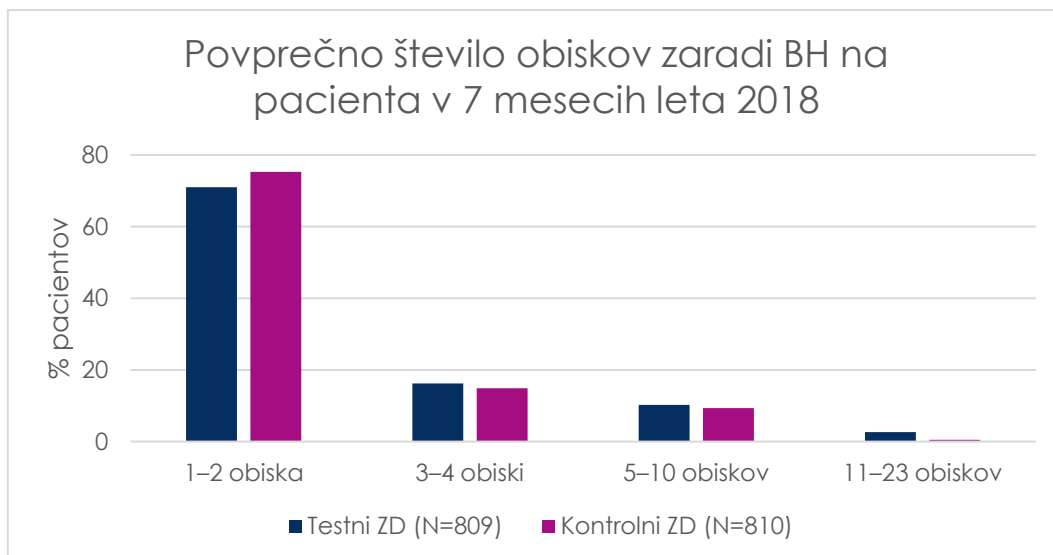
V povprečju so vsakega izbranega zdravnika pacienti z diagnozami v povezavi z bolečino v hrbtu obiskali po **40-krat na mesec** (Slika 48). Če privzamemo, da je v enem mesecu 20 delovnih dni, to pomeni **v povprečju dva** taka **obiska na izbranega osebnega zdravnika na dan**.



Slika 48. Povprečno število obravnav zaradi bolečine v hrbtu (BH) na izbranega osebnega zdravnika na mesec. Podatki se nanašajo na obdobje pilota, torej na mesece od maja do decembra. Zajeti so le pacienti, stari od 18 do 65 let, z zabeleženim vsaj enim obiskom v informacijskem sistemu zdravstvenega doma (ZD).

V sedemmesečnem obdobju pilota v letu 2018 so pacienti **v testnem** zdravstvenem domu izbranega osebnega zdravnika v povprečju (mediana) obiskali **dvakrat**, v **kontrolnem** zdravstvenem domu pa **enkrat**. Približno 15 % pacientov z bolečino v hrbtu je v tem obdobju osebnega zdravnika obiskalo tri- do štirikrat, 10 % pa petkrat ali večkrat (Slika 49).

^e Podatek o številu opredeljenih pacientov v starostni skupini 19–64 let pri sodelujočih izbranih osebnih zdravnikih na dan 1. 4. 2018.



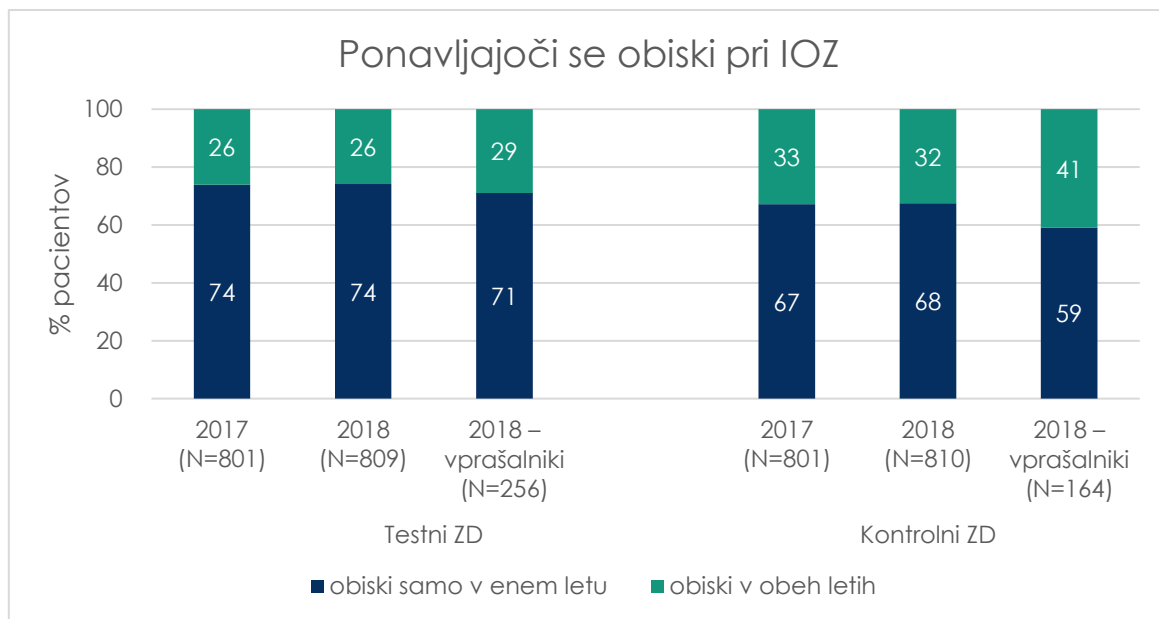
Slika 49. Povprečno število obiskov zaradi bolečine v hrbtu (BH) na pacienta v sedmih mesecih leta 2018.

Nekateri pacienti z bolečino v hrbtu morajo zaradi podaljševanja bolniškega staleža v breme Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) izbranega osebnega zdravnika obiskati vsak mesec.

VPLIV DOPOLNJENE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE NA OBISKE IZBRANIH OSEBNIH ZDRAVNIKOV

Pogostost obiskovanja osebnih zdravnikov zaradi bolečine v hrbtu se med letoma 2017 in 2018 ni statistično značilno razlikovala niti v testnem (Mann-Whitney, $U=310812$, $z=1,504$, $p=0,133$) niti v kontrolnem zdravstvenem domu (Mann-Whitney, $U=320841$, $z=0,414$, $p=0,679$).

Smo pa opazili, da je **več kot četrtna pacientov** v testnem in **skoraj tretjina** v kontrolnem zdravstvenem domu izbranega osebnega zdravnika zaradi težav s hrbtom obiskala v pilotnem obdobju v obeh letih (Slika 50).



Slika 50. Ponavljajoči se obiski pri izbranem osebnem zdravniku (IOZ) zaradi bolečine v hrbtu.

Podpopulacija pacientov, ki je v letu 2018 izpolnjevala vprašalnike, je enako kot celotna populacija pacientov izbrane osebne zdravnike v obdobju pilota v povprečju obiskala po dvakrat v testnem in po enkrat v kontrolnem zdravstvenem domu. V primerjavi z letom 2017 pa je bilo v tej podpopulaciji v obeh zdravstvenih domovih nekoliko več pacientov s pogostejšimi obiski (testni ZD: Mann-Whitney $U=122196$, $z=4,834$, $p<0,005$; kontrolni ZD: Mann-Whitney, $U=82942,5$, $z=5,657$, $p<0,005$). Prav tako je bil med temi pacienti nekoliko večji delež takih, ki so zdravnika obiskali tudi v preteklem letu (Slika 50). To nakazuje, da so zdravniki v raziskavo vključili paciente, ki so imeli v času pilota nekoliko resnejše težave s hrbtom kot »povprečnik« pacient z diagnozo v povezavi z bolečino v hrbtu v tem zdravstvenem domu.

V splošnem dopolnjena zdravstvena obravnava ni vplivala na število obiskov izbranega osebnega zdravnika zaradi bolečine v hrbtu.

ZDRAVILA

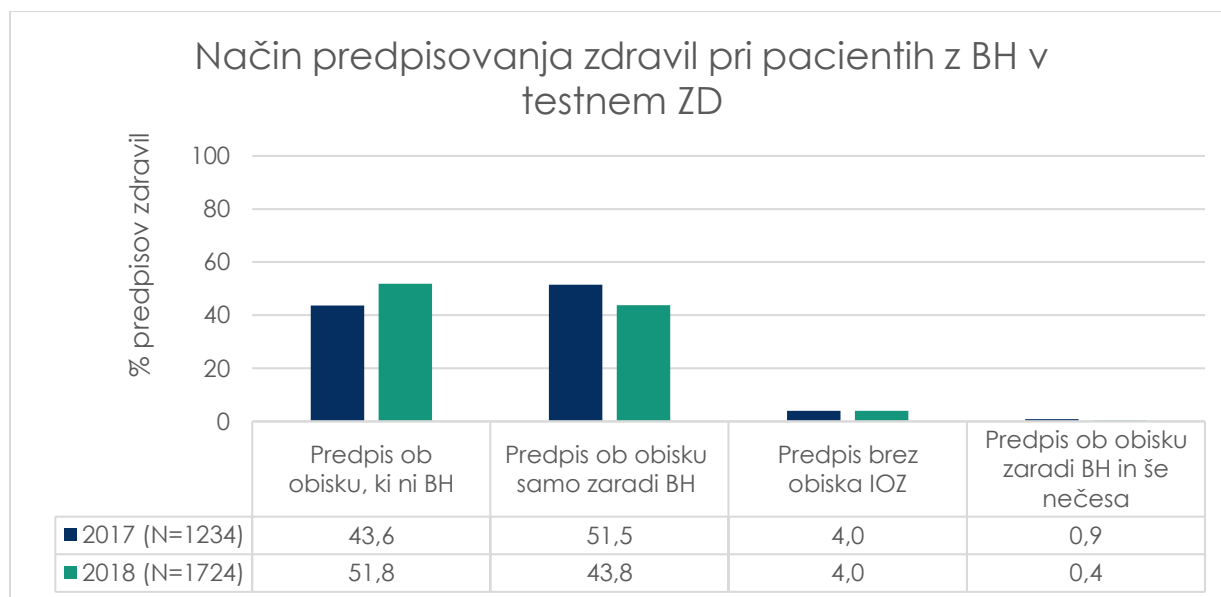
Ob izdaji recepta za določeno zdravilo se žal nikjer ne zabeleži diagnoza, ki je razlog za predpis zdravila. Zato je nemogoče z gotovostjo ugotoviti, kateri predpisi zdravil so povezani z bolečino v hrbtu in kateri z drugimi zdravstvenimi stanji pacientov.

Zato smo obseg predpisovanja zdravil ob bolečini v hrbtu ocenili tako, da smo se omejili na zdravila iz kategorij M (zdravila za boleznimi mišično-skeletnega sistema) in N (zdravila z delovanjem na živčevje), kot so opredeljena v klasifikacijskem sistemu ATC.²⁷ Upoštevali smo le tiste recepte, ki so jih v obdobju pilota prejeli pacienti, ki so v istem obdobju vsaj enkrat obiskali izbranega osebnega zdravnika zaradi ene izmed diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu. To analizo smo izvedli le za zdravila, ki so jih predpisovali zdravniki v testnem zdravstvenem domu.

POSNETEK STANJA

V testnem zdravstvenem domu se je predpisovanje zdravil iz kategorij M in N pri pacientih z bolečino v hrbtu iz leta 2017 v leto 2018 zvečalo. Pacienti z bolečino v hrbtu so v sedmih mesecih leta 2017 skupno prejeli **154 receptov na 100 pacientov** za zdravila iz teh dveh kategorij, v sedmih mesecih leta 2018 pa eno tretjino več, tj. **213 receptov na 100 pacientov**.

Približno polovica teh receptov je bila izdana ob tistih obiskih osebnega zdravnika, pri katerih so bili pacienti obravnavani samo zaradi diagnoze v povezavi z bolečino v hrbtu in ničesar drugega (Slika 51). Manj kot 5 % zdravil je bilo predpisanih brez obiska izbranega osebnega zdravnika.



Slika 51. Način predpisovanja zdravil za boleznimi mišično-skeletnega sistema (M) in zdravil z delovanjem na živčevje (N) v testnem zdravstvenem domu (ZD) pri pacientih, starih med 18 in 65 let, ki so vsaj enkrat obiskali izbranega osebnega zdravnika (IOZ) zaradi diagnoze v povezavi z bolečino v hrbtu (BH).

V nadaljnje, podrobnejše analize porabe zdravil, smo zajeli le tiste recepte, ki so jih pacienti prejeli na isti dan, kot so obiskali izbranega osebnega zdravnika izključno zaradi ene izmed diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu.

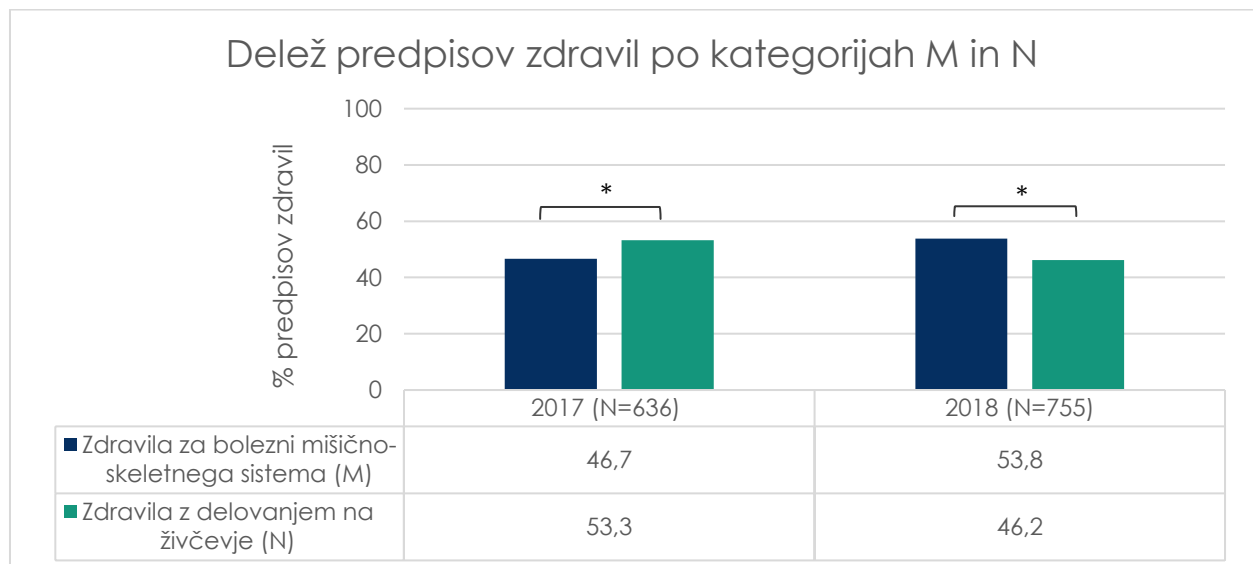
V obeh letih je **približno polovica pacientov**, ki je v testnem zdravstvenem domu obiskala izbranega osebnega zdravnika zaradi bolečine v hrbtu, **prejela vsaj en recept**, polovica pa ne (48,4 % v letu 2017, 55,1 % v letu 2018, hi-kvadrat, $p=0,322$).

Pacienti, ki so jih zdravniki vključili v raziskavo, so prejeli zdravila za lajšanje težav z bolečino v hrbtu pogosteje kot celotna populacija pacientov z diagnozami v povezavi z bolečino v hrbtu; med temi pacienti je zdravila prejelo **dve tretjini ljudi** (67,9 %), kar je statistično značilno večji delež kot v populaciji vseh pacientov iz leta 2017 (hi-kvadrat, $p=0,004$).

VPLIV DOPOLNJENE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE NA PREDPISOVANJE ZDRAVIL

Zdravniki so v letu 2017 ob bolečini v **hrbtu nekoliko pogosteje kot v polovici primerov** predpisovali zdravila z delovanjem na živčevje, po uvedbi predloga dopolnjene zdravstvene obravnave, v letu 2018, pa zdravila za boleznimi mišično-skeletnega sistema (hi-kvadrat, $p=0,009$) (Slika 52).

Več kot 85 % izdanih receptov ob obiskih zaradi bolečine v hrbtu je bilo za zdravila, ki so omenjena v najnovejših smernicah¹ za zdravljenje bolečine v hrbtu. Deleža zdravil iz smernic za bolečino v hrbtu sta si bila med letoma podobna (85,8 % v letu 2017; 88,9 % v letu 2018, hi-kvadrat, $p=0,089$).



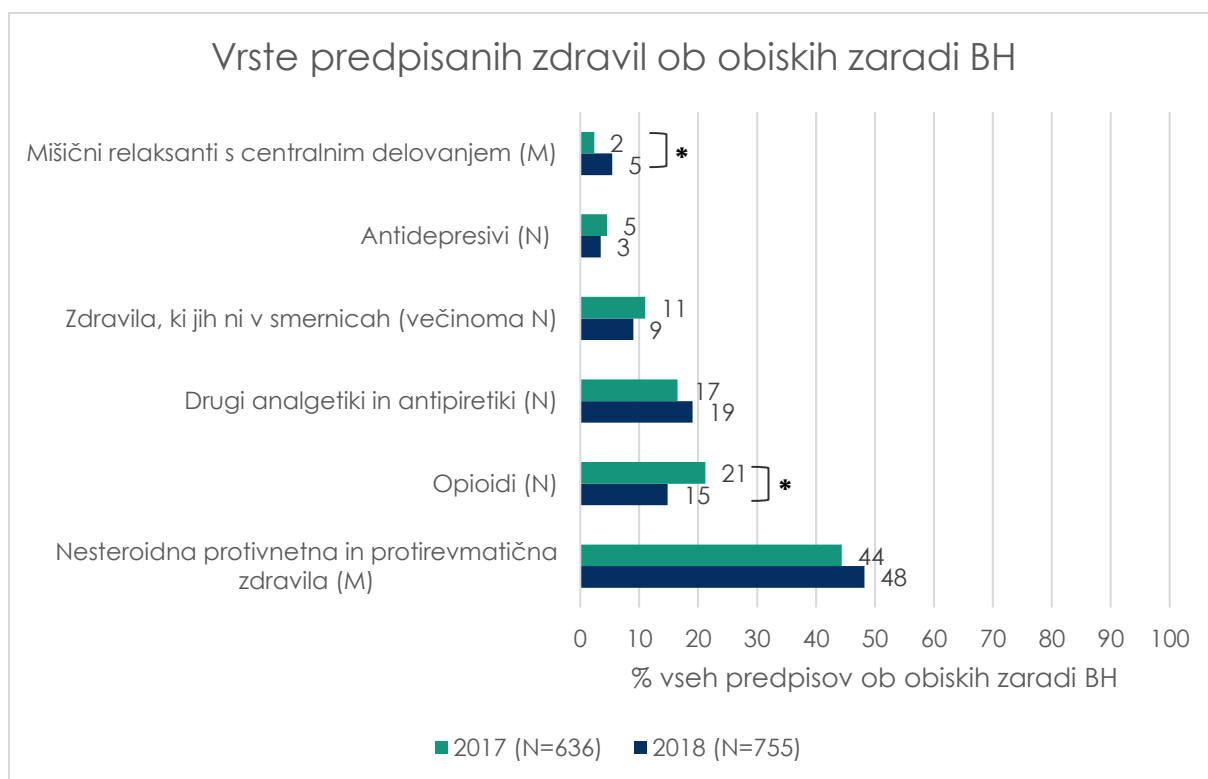
Slika 52. Delež predpisov zdravil za boleznimi mišično-skeletnega sistema (M) in zdravil z delovanjem na živčevje (N), ki so bila predpisana v testnem zdravstvenem domu v obdobju pilota ob obisku izbranega osebnega zdravnika izključno zaradi ene izmed diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu pri pacientih, starih 18 do 65 let.

Ob obisku izbranega osebnega zdravnika se pri pacientih v informacijskem sistemu v veliki večini primerov zabeleži le ena diagnoza, čeprav zdravniki ob obisku obravnavajo več pacientovih težav hkrati. To zelo verjetno botruje ugotovljenim dobrim 10 % predpisom zdravil, ki jih ni v smernicah, saj so bila lahko predpisana za težave, ki niso povezane z bolečino v hrbtu.

Ob obiskih osebnih zdravnikov zaradi diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu so zdravniki v obeh letih **najpogosteje, v skoraj polovici primerov**, predpisovali **nesteroidna protivnetna in protirevmatična zdravila** (Slika 53).

Na drugem mestu po pogostosti predpisovanja so bili **opioidi**, ki so v letu 2017 predstavljali eno petino (21 %) vseh predpisov zdravil ob obiskih zaradi bolečine v hrbtu, v letu 2018, ob uvedbi dopolnjene zdravstvene obravnave, pa manj kot 15 % predpisov, kar je **statistično značilno manj** (hi-kvadrat: $p=0,001$; post hoc z-testi, Bonferoni korekcija, $p<0,0083$).

Na tretjem mestu po pogostosti so bili drugi analgetiki in antipiretiki, sledila so združena vsa zdravila, ki jih v smernicah za bolečino v hrbtu ni (npr. anksiolitiki, antiepileptiki, hipnotiki in sedativi, antipsihotiki in druga zdravila), **manj kot 5 %** predpisov je bilo na račun **antidepresivov** (med katerimi jih je približno polovica v smernicah, polovica pa ne) in **mišičnih relaksantov s centralnim delovanjem**, katerih predpisovanje se je ob uvedbi dopolnjene zdravstvene obravnave statistično značilno zvečalo (hi-kvadrat: $p=0,001$; post hoc z-testi, Bonferoni korekcija, $p<0,0083$).



Slika 53. Vrste predpisanih zdravil ob obiskih izbranega osebnega zdravnika izključno zaradi ene izmed diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu (BH) pri pacientih, starih med 18 in 65 let, v testnem zdravstvenem domu v obdobju pilota v letih 2017 in 2018.

Ker smo značilnosti predpisovanja zdravil za bolečino v hrbtu analizirali le na podatkih iz testnega zdravstvenega doma, težko sklepamo, kolikšen del ugotovljenih razlik med letoma 2017 in 2018 je posledica dopolnjene zdravstvene obravnave in kolikšen del odraža splošne trende, značilne za Slovenijo. Zagotovo pa je ugotovljeno zmanjšanje deleža predpisanih opioidov pri pacientih z bolečino v hrbtu zelo želen izid.

FIZIOTERAPIJA

Delovni nalogi za fizioterapijo žal niso del sistema e-napotnic, zato smo podatke o napotovanju na fizioterapijo pridobili iz čakalnih seznamov za fizioterapijo v pilotnih zdravstvenih domovih. Če so pacienti z delovnim nalogom odšli na fizioterapijo izven svojega matičnega zdravstvenega doma, v naše analize niso zajeti.

POSNETEK STANJA

Pred uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave je bilo letu 2017 v testnem zdravstvenem domu na 100 pacientov, ki so obiskali izbranega osebnega zdravnika zaradi bolečine v hrbtu, na fizioterapijo napoteni 14 pacientov, **v kontrolnem zdravstvenem domu pa skoraj dvakrat toliko**, tj. 27 (Slika 54).

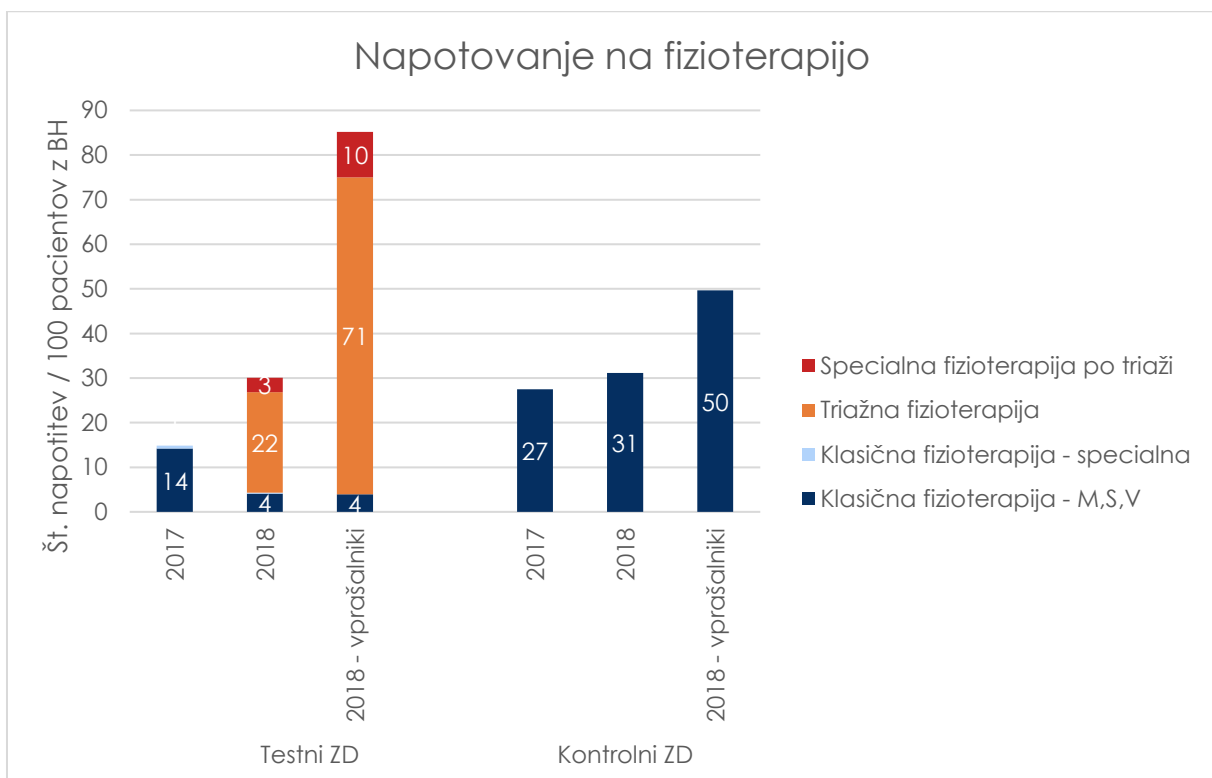
Manjše izhodiščno napotovanje na fizioterapijo v testnem zdravstvenem domu v primerjavi s kontrolnim je vsaj delno posledica dogovora med fizioterapevti in zdravniki v testnem zdravstvenem domu, ki se trudijo dajati prednost kakovosti fizioterapevtske obravnave pred kvantiteto opravljenih storitev. Večje izhodiščno napotovanje na fizioterapijo v kontrolnem zdravstvenem domu pa je lahko tudi posledica večjih pričakovanj pacientov v mestnem okolju v primerjavi z ruralnim okoljem testnega zdravstvenega doma.

V testnem zdravstvenem domu so v opazovanih sedmih mesecih leta 2017 prevladovale napotitve na klasično malo (1,7 % napotitev), srednjo (22,2 % napotitev) ali veliko (71,8 % napotitev) fizioterapevtsko obravnavo. Napotitve na specialno fizioterapevtsko obravnavo so bile zelo redke (4,3 % vseh napotitev). V kontrolnem zdravstvenem domu, ki nima opredeljenega delovnega mesta za specialnega fizioterapevta (čeprav ima nekaj fizioterapevtov že pridobljena ustrezna znanja za izvajanje specialnih fizioterapij), specialnih fizioterapij niso izvajali.

VPLIV DOPOLNJENE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE NA NAPOTOVANJE NA FIZIOTERAPIJO

Z uvedbo trižne fizioterapije se je v letu 2018 **napotovanje na fizioterapijo** v testnem zdravstvenem domu skoraj **podvojilo** in doseglo raven napotovanja v kontrolnem zdravstvenem domu. V slednjem pa se je v letu 2018 v primerjavi z letom 2017 napotovanje na fizioterapijo zvečalo za 15 % (Slika 54).

Pacienti, ki so v izpolnjevanje dobili vprašalnike, so bili v obeh pilotnih okoljih pogosteje napoteni na fizioterapijo kot ostala populacija pacientov z diagnozami v povezavi z bolečino v hrbtu. **V kontrolnem zdravstvenem domu** je bilo med pacienti, ki so izpolnjevali vprašalnike, za **dve tretjini več napotitev** na fizioterapijo kot v celotni populaciji pacientov z bolečino v hrbtu iz leta 2018, **v testnem zdravstvenem domu** pa skoraj **trikrat** toliko kot v preostali populaciji iz leta 2018. To posredno kaže na to, da so vprašalnike izpolnjevali tisti pacienti, ki so bili v obdobju pilota zaradi svojih težav s hrbtom bolj prizadeti kot preostali pacienti iz opazovane populacije.



Slika 54. Napotovanje pacientov z bolečino v hrbtu (BH) na fizioterapijo v testnem ZD. Klasična fizioterapija – M, S, V pomeni malo, srednjo ali veliko obravnavo po ustaljenem sistemu; klasična fizioterapija – specialna pomeni specialno fizioterapijo po ustaljenem sistemu; triažna fizioterapija in specialna fizioterapija po triaži sta fizioterapevtski obravnavi v skladu z dopolnjeno zdravstveno obravnavo (opis na str. 30).

Zvečanje napotovanja na fizioterapijo v testnem zdravstvenem domu je zelo verjetno posledica kumulativnega učinka več okoliščin, npr. (i) doslednega upoštevanja smernic dopolnjene zdravstvene obravnave, ki predvidevajo napotovanje pacientov z akutno bolečino na trižno fizioterapijo in ne (takoj) k specialistom in na slikovno diagnostiko, (ii) pričakovanega krajšega čakanja pacientov na fizioterapijo, zaradi katerega so si zdravniki »upali« na fizioterapijo napotiti tudi resnejše akutne paciente, (iii) motiviranosti zdravnikov, da v raziskavo vključijo večji delež akutnih pacientov kot kroničnih, ker so prvim lahko ponudili novo intervencijo, (iv) promocije dopolnjene zdravstvene obravnave v lokalnem glasilu in širjenja vesti o drugačni obravnavi od ust do ust.

V letu 2018 so v testnem zdravstvenem domu **prevladovala napotitve na specialno fizioterapijo (86,2 %)**, in sicer na trižno fizioterapijo (74,9 %). Le **10,7 %** vseh napotenih na fizioterapijo je po trižni obravnavi **potrebovalo daljšo specialno fizioterapevtsko obravnavo**. Napotitev na klasično fizioterapijo je bilo pri pacientih z bolečino v hrbtu v letu 2018 le 14,4 %. V teh primerih je šlo bodisi za neupoštevanje predloga dopolnjene zdravstvene obravnave s strani izbranih osebnih zdravnikov ali pa za napotovanje ob izteku pilotnega testiranja, ko se je približeval zaključek financiranja zaposlitve trižnega fizioterapevta in le-ta ni mogel več sprejemati novih pacientov.

V opazovanih sedmih mesecih so bili **primeri po več napotitev istega pacienta na fizioterapijo zaradi diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu zelo redki**. V letu 2017 sta le dva pacienta v opazovanem obdobju prejela po dva delovna naloga za fizioterapijo. V letu 2018 pa je bilo pet pacientov napotenih na klasično fizioterapijo (z delovnim nalogom) in tudi na trižno fizioterapijo (za kar v obdobju pilota ni bil potreben delovni nalog). Le v enem od teh primerov je bil poleg trižne fizioterapije izkoriščen tudi delovni nalog za klasično fizioterapijo (ob drugem terminu) in v enem primeru je zdravnik nekaj mesecev po zaključku trižne fizioterapije izdal še delovni nalog za klasično fizioterapijo.

Po uvedbi dopolnjene zdravstvene obravnave se je v testnem zdravstvenem domu število napotitev na fizioterapijo na 100 pacientov z bolečino v hrbtu podvojilo in doseglo raven napotitev v kontrolnem zdravstvenem domu. Zaradi uvedbe dopolnjene zdravstvene obravnave se je število specialnih fizioterapevtskih obravnav pri pacientih z bolečino v hrbtu zvečalo s 4,3 % na 86,2 %, medtem ko v kontrolnem zdravstvenem domu fizioterapevti specialnih fizioterapevtskih obravnav pri pacientih z bolečino v hrbtu sploh niso izvajali.

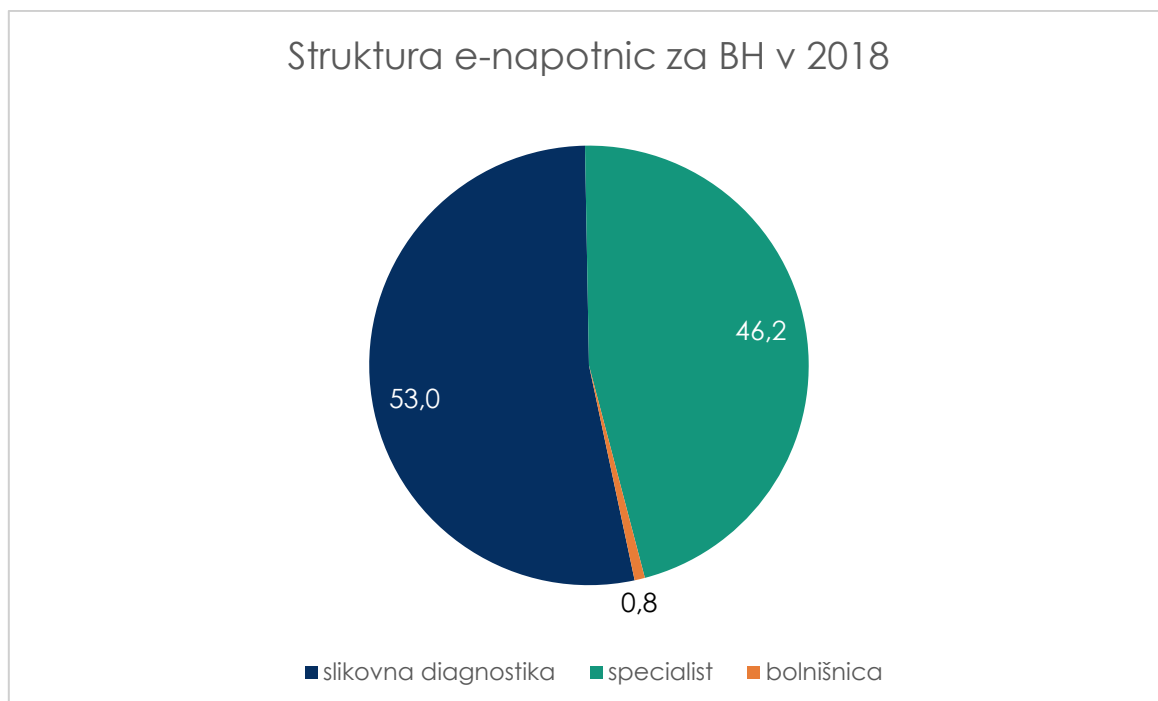
SPECIALISTI IN SLIKOVNA DIAGNOSTIKA

Podatke o koriščenju zdravstvenih storitev in slikovne diagnostike smo pridobili iz sistema e-napotnic. Upoštevali smo vse primarne napotitve s strani izbranih osebnih zdravnikov v času pilota in vse z njimi povezane sekundarne in terciarne napotitve s strani specialistov do vključno 4. 4. 2019, in sicer za populacijo pacientov, ki je vsaj enkrat obiskala izbranega osebnega zdravnika zaradi ene izmed diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu. Približno 90 % vseh zabeleženih e-napotnic so izdali izbrani osebni zdravniki (primarne napotitve), preostale pa specialisti na podlagi primarnih e-napotnic.

V nadaljevanju najprej poročamo o trenutnem stanju glede napotovanja k specialistom in na slikovno diagnostiko na primeru testnega zdravstvenega doma, kasneje pa dodamo še primerjavo s kontrolnim zdravstvenim domom, da bi lahko čim bolj jasno in objektivno predstavili trende, ki so zelo verjetno povezani z uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave v testni zdravstveni dom v letu 2018.

POSNETEK STANJA

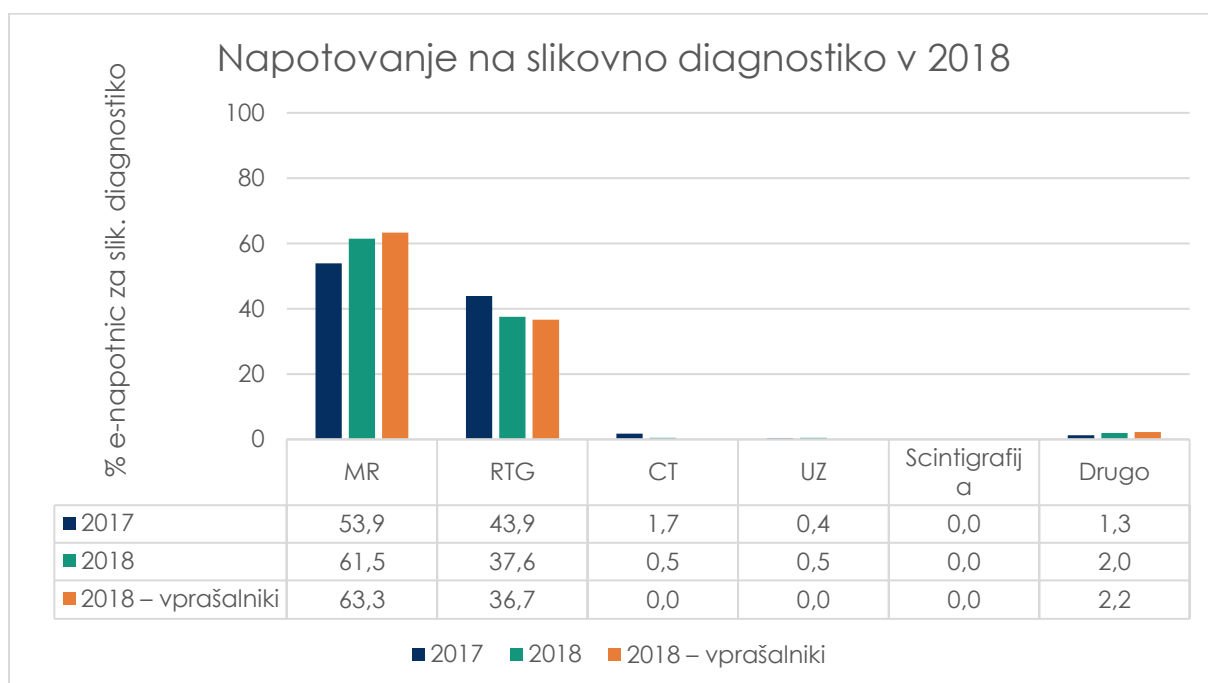
V letu 2018 so v testnem zdravstvenem domu (podobno kot že v letu 2017) **več kot polovico** izdanih e-napotnic na račun diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu predstavljale **napotitve na slikovno diagnostiko**, slabo polovico pa napotitve k specialistom (Slika 55). Manj kot 1 % je bilo napotitev na bolnišnično obravnavo, tj. na operacijo.



Slika 55. Vsebina e-napotnic pri pacientih z bolečino v hrbtu (BH) v testnem zdravstvenem domu v letu 2018.

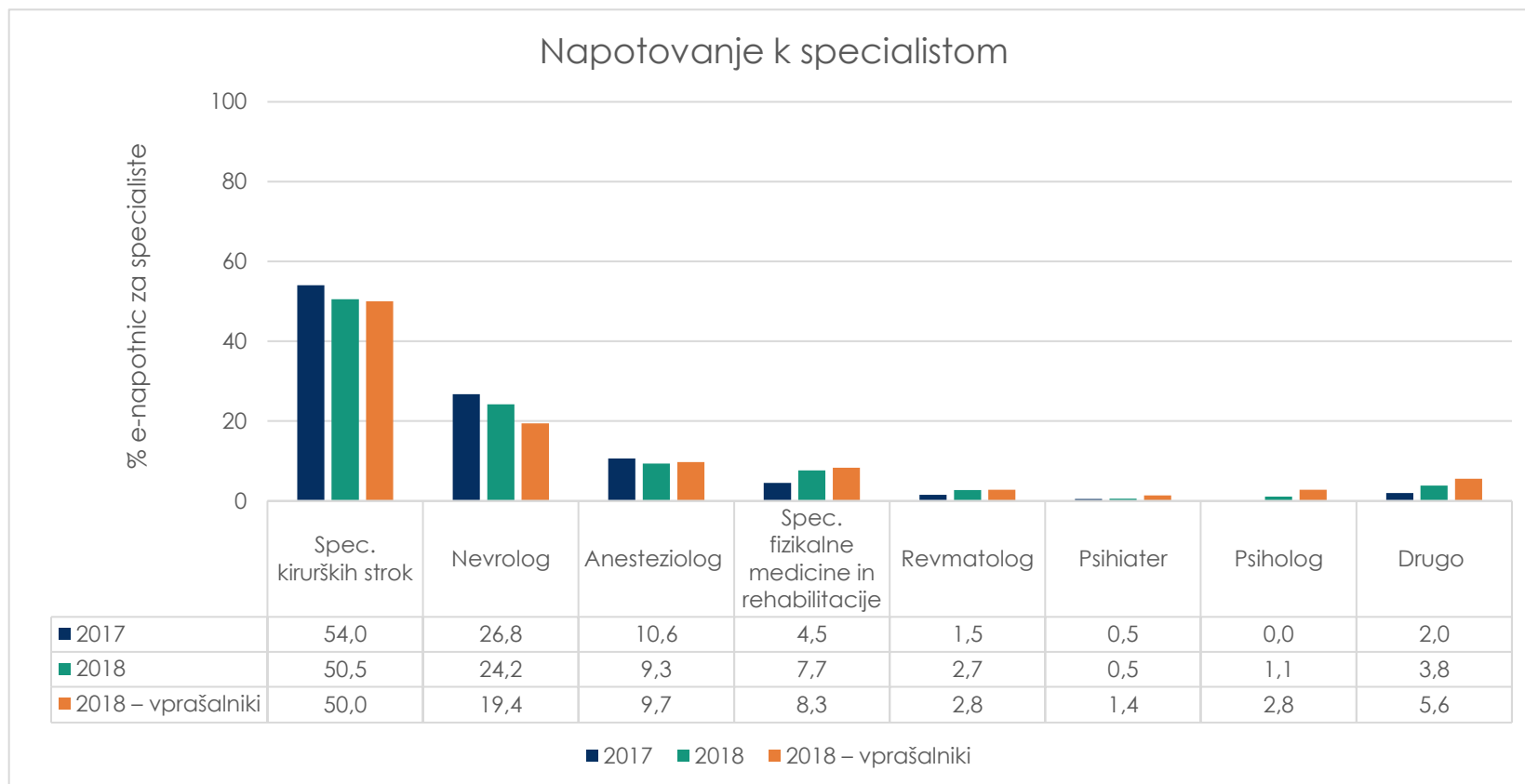
Med napotitvami na slikovno diagnostiko so pred uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave, v letu 2017, prevladovali **napotitve na magnetno resonanco (MR)**, preostalo pa so bile večinoma napotitve na rentgensko slikanje (RTG) (Slika 56). V letu 2018 se je delež napotitev na magnetno resonanco še nekoliko zvečal na račun napotitev na RTG.

Pacienti, ki so izpolnili vprašalnike, so bili v letu 2018 predvidoma zaradi resnosti svojega zdravstvenega stanja še nekoliko pogosteje napoteni na slikanje z magnetno resonanco kot preostali pacienti.



Slika 56. Napotovanje na slikovno diagnostiko v testnem zdravstvenem domu.

Med napotitvami na zunajbolnišnične specialistične obravnave so dobro **polovico** predstavljale napotitve k **specialistu kirurških strok, najpogosteje k ortopedu ali nevrokirurgu**, in **slabo četrtno** napotitve k **nevrologu** (Slika 57). Dobro **desetino** so predstavljale napotitve k **anesteziologu**, večinoma za obvladovanje bolečine, in slabo desetino napotitve k **specialistu fizikalne medicine in rehabilitacije**. Napotitve k revmatologu, psihiatru, psihologu in preostalim specialistom so bile zelo redke (Slika 57).



Slika 57. Napotovanje k specialistom v testnem zdravstvenem domu.

VPLIV DOPOLNJENE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE NA NAPOTOVANJE K SPECIALISTOM IN NA SLIKOVNO DIAGNOSTIKO

Pred uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave, v letu 2017, je bilo k specialistom in na slikovno diagnostiko napotnih **30 % pacientov iz testnega zdravstvenega doma** in več kot **50 % iz kontrolnega zdravstvenega doma** (hi-kvadrat, $p < 0,001$).

V letu testiranja dopolnjene zdravstvene obravnave se na ravni celotne populacije pacientov z bolečino v hrbtu delež napotnih ni statistično pomembno spremenil niti v testnem niti v kontrolnem zdravstvenem

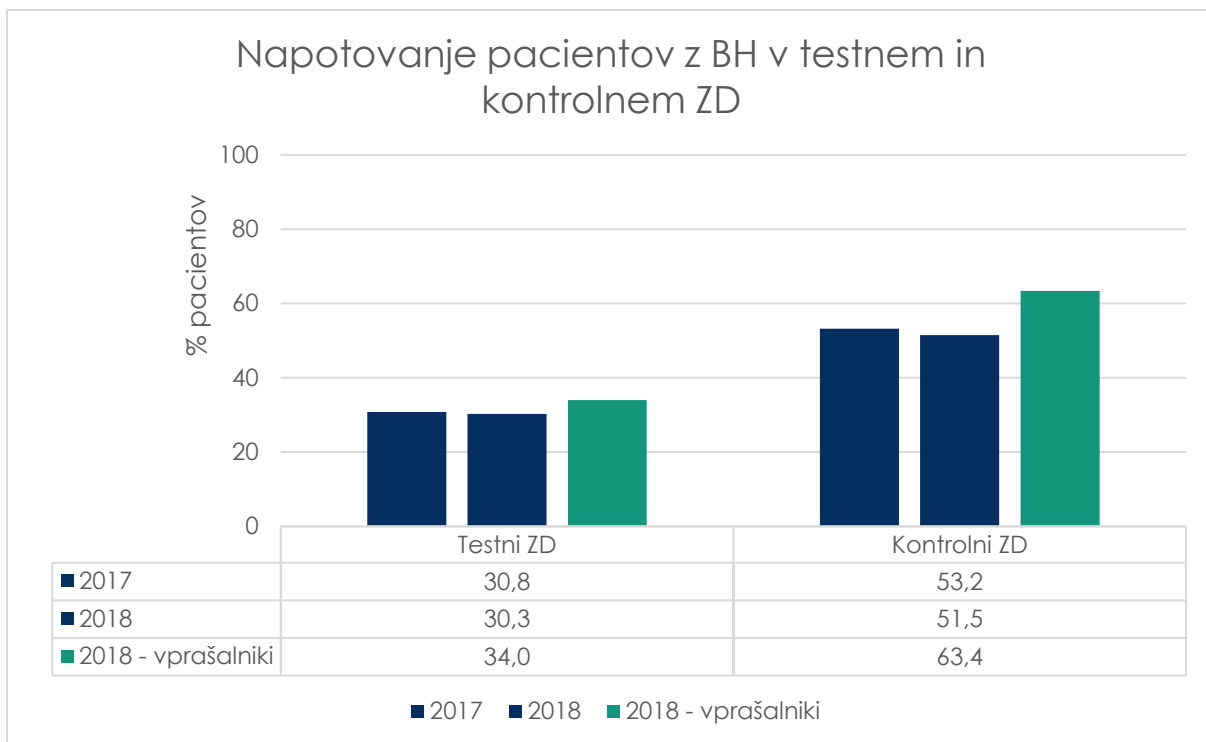
Večji delež napotnih na slikovno diagnostiko oz. k specialistom v kontrolnem zdravstvenem domu je lahko posledica značilnosti mestnega okolja, kjer je odnos ljudi do zdravja in pravic v povezavi z njim drugačen kot v bolj ruralnem okolju testnega zdravstvenega doma.

domu (Slika 58). Se je pa pri pacientih, ki so bili obravnavani po predlogu dopolnjene zdravstvene obravnave in so bili napoteni na nadaljnje obravnave, zmanjšalo število prejetih napotnic, in sicer z **1,8 napotnice na osebo v letu 2017** na **1,6 napotnice na osebo v letu 2018**. V kontrolnem zdravstvenem domu pa je število prejetih napotnic v obeh letih ostalo enako, tj. 1,8 napotnice na osebo. Ta razlika med zdravstvenima domovoma je bila statistično značilna (dvostranska ANOVA, $F(1,1331) = 4,729$, Bonferoni korekcija, $p = 0,03$, $\eta_p^2 = 0,004$).

V podpopulaciji, ki je izpolnjevala vprašalnike, je bil v obeh zdravstvenih domovih zaradi resnosti njihovega stanja na nadaljnje obravnave napoten nekoliko večji delež pacientov kot v celotni populaciji pacientov z bolečino v hrbtu. Se ja pa pojavil blag trend, da je bilo v primerjavi z letom 2017 to **zvečanje deleža napotnih pacientov manjše pri obravnavanih po predlogu dopolnjene zdravstvene obravnave kot pri obravnavanih po obstoječi zdravstveni obravnavi**, in sicer tako absolutno kot relativno (Slika 58). V testnem zdravstvenem domu je bilo v letu 2018 iz te podpopulacije napotnih 34,0 % pacientov, kar pomeni zvečanje za 3,2 % absolutno in za **10,4 % relativno** v primerjavi z 2017. V kontrolnem zdravstvenem domu pa je bilo v tej podpopulaciji napotnih 63,4 % pacientov, kar je za 10,2 % več kot v 2017 v

Med pacienti, ki so bili obravnavani po predlogu dopolnjene zdravstvene obravnave, so imeli tisti, ki so bili napoteni **k trižnemu fizioterapevtu, za polovico manjšo verjetnost**, da bodo prejeli napotnico za specialistični pregled ali slikovno diagnostiko kot pacienti, za katere so zdravniki ob pregledu ocenili, da imajo kronično bolečino v hrbtu in da ne potrebujejo trižne fizioterapije.

Podroben individualen trižni fizioterapevtski pregled lahko na paciente z bolečino v hrbtu deluje pomirjujoče, ker jim pomaga razumeti svoje zdravstveno stanje in vzroke zanj.



Slika 58. Napotovanje pacientov z bolečino v hrbtu (BH) iz testnega in kontrolnega zdravstvenega doma (ZD) k specialistom in na slikovno diagnostiko v letih 2017 in 2018. Prikazani so podatki za paciente, stare med 18 in 65 let.

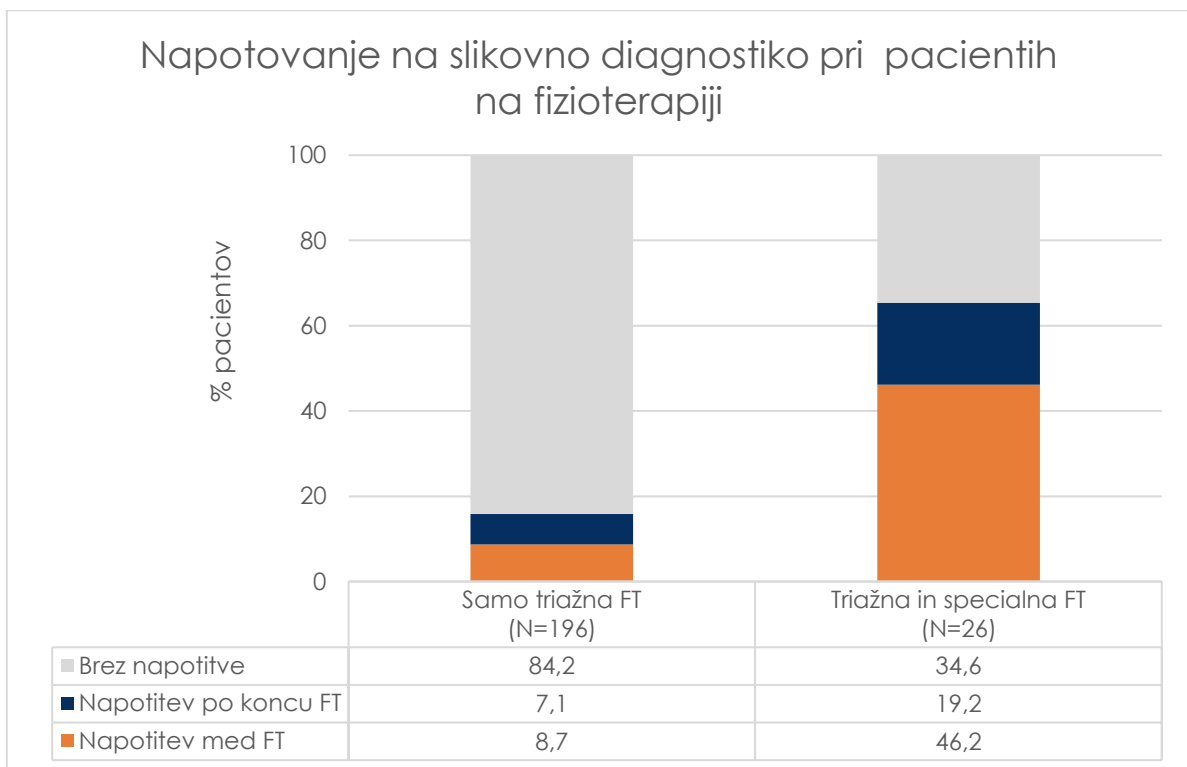
Po uvedbi dopolnjene zdravstvene obravnave se je v testnem zdravstvenem domu v primerjavi s kontrolnim statistično značilno zmanjšalo število prejetih napotnic za specialistične preglede in slikovno diagnostiko pri pacientih z bolečino v hrbtu. Med pacienti, ki so izpolnjevali vprašalnike, so imeli obravnavani po predlogu dopolnjene zdravstvene obravnave manjšo verjetnost napotitve kot obravnavani po obstoječem načinu, še posebej, če so bili zaradi akutne epizode bolečine v hrbtu usmerjeni k trižnemu fizioterapevtu.

Dopolnjena zdravstvena obravnava predvideva napotovanje pacientov z akutno epizodo bolečine v hrbtu na slikovno diagnostiko (magnetno resonanco) le v primeru, da po zaključku fizioterapije pacientovo stanje ni boljše ali se celo poslabša. Zato smo pričakovali, da bodo pri pacientih, ki so bili poslani na trižno fizioterapijo, napotitve na slikovne diagnostične preiskave zelo redke.

Glede na naša opažanja med izvajanjem projekta imajo izbrani osebni zdravniki tendenco čim prejnjega napotovanja pacientov z resnejšimi težavami s hrbtom na slikovno diagnostiko in k specialistom iz več razlogov: (i) ker se zavedajo dolgih čakalnih dob za specialistične preglede in posege, v kolikor bi bili le-ti potrebni in (ii) ker za odobritev bolniškega staleža nad 30 dni komisija pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) potrebuje specialistične izvide.

Ugotovili smo, da res **več kot 80 % pacientov, ki so bili obravnavani pri trižnem fizioterapevtu, ni bilo napotjenih na nadaljnje slikovne preiskave** (Slika 59). Med tistimi, ki so bili napoteni, pa jih je kar polovica prejela napotnico še pred zaključkom trižne fizioterapije. V nekaterih izmed teh primerov so napotitve na slikovno diagnostiko oz. k specialistom predlagali fizioterapevti bodisi zato, ker so ocenili, da bo zdravljenje posameznega pacienta trajalo več kot 30 dni in bo potreben izvid specialista za podaljšanje bolniškega staleža, bodisi zato, ker so ugotovili, da gre za zdravstveno stanje, ki (verjetno) ne bo rešljivo brez operacije.

Med pacienti, ki so bili zaradi resnosti svojega zdravstvenega stanja po trižni fizioterapiji usmerjeni na daljšo specialno fizioterapevtsko obravnavo, jih slabih 35 % ni bilo napotjenih na slikovno diagnostiko. Med tistimi, ki so bili napoteni, pa so prevladovale napotitve še pred zaključkom fizioterapevtske obravnave, najpogosteje iz zgoraj omenjenih razlogov.



Slika 59. Napotovanje pacientov, ki so v testnem zdravstvenem domu obiskovali fizioterapijo (FT) zaradi bolečine v hrbtu, na slikovno diagnostiko.

HOSPITALIZACIJE IN NUJNE NAPOTITVE

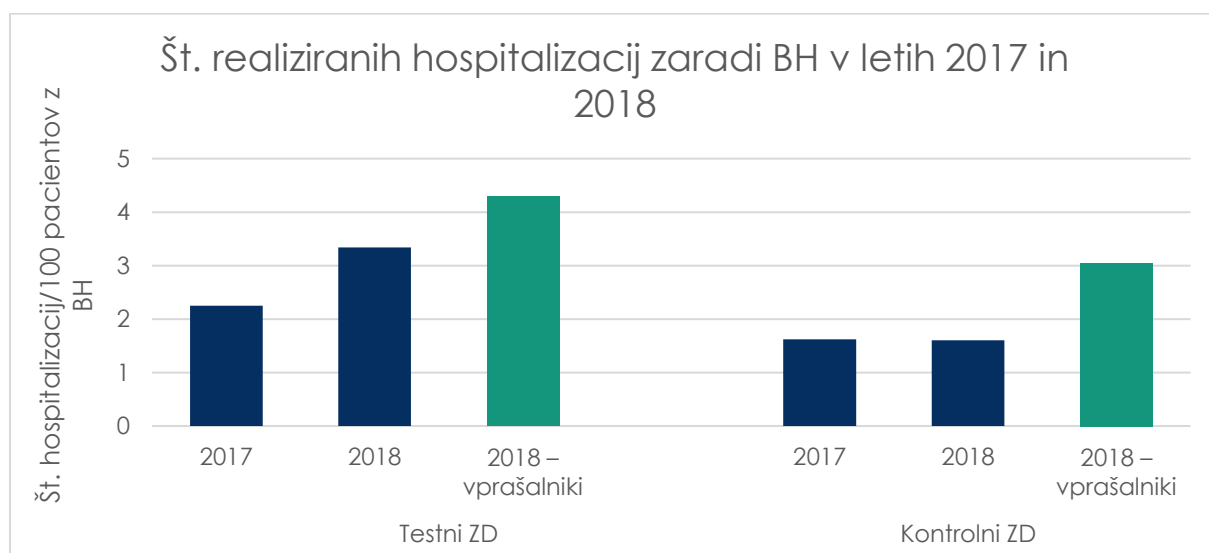
Delež pacientov, ki je bil zaradi bolečine v hrbtu hospitaliziran, smo izračunali iz podatkov o številu dejansko izvedenih operacij v obdobju pilota z zabeleženo vodilno diagnozo v povezavi z bolečino v hrbtu pri pacientih, ki so izpolnjevali vprašalnike. Šlo je za operacije, ki so bile realizirane na podlagi napotitev, ki so se lahko zgodile med pilotom ali pa še pred njegovim začetkom. Te podatke smo pridobili od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Podatke o napotitvah s stopnjo nujnosti »nujno« pa smo pridobili iz sistema e-napotnic. Podatki iz sistema e-napotnic so pri ocenjevanju obsega napotovanja na bolnišnične obravnave manj zanesljive, ker se v tem sistemu napotitve na operacije s strani specialistov praviloma ne beležijo.

POSNETEK STANJA

V populaciji pacientov iz testnega zdravstvenega doma je bilo nekoliko več realiziranih hospitalizacij na račun diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu kot v kontrolnem zdravstvenem domu, in sicer med dva in tri na 100 pacientov z bolečino v hrbtu, v kontrolnem zdravstvenem domu pa med en in dva na 100 pacientov z bolečino v hrbtu.

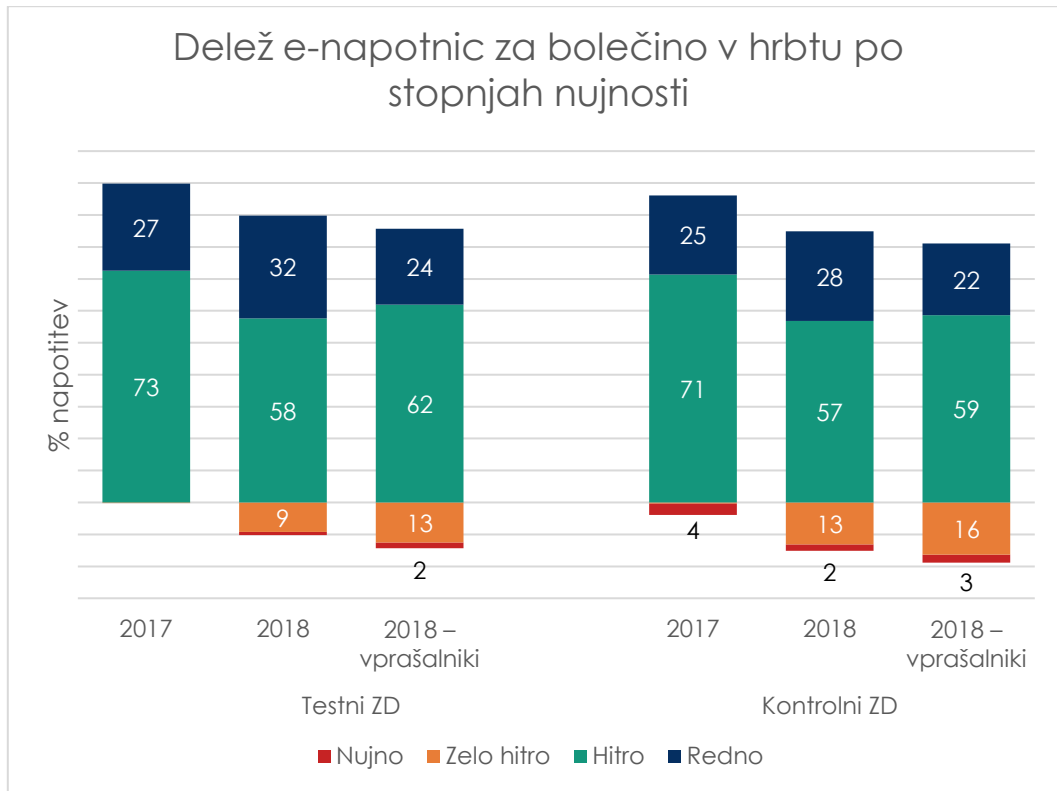
V populaciji pacientov, ki so izpolnjevali vprašalnike, je bilo v obeh zdravstvenih domovih hospitalizacij zaradi bolečine v hrbtu še nekoliko več kot v celotni populaciji pacientov z bolečino v hrbtu (Slika 60).

V obdobju pilota pa je bila pri pacientih, ki so izpolnili vprašalnike, v sistemu e-napotnic zabeležena le ena napotnica za operacijo, in sicer v testnem zdravstvenem domu za pacientko s kronično razširjeno bolečino.



Slika 60. Število realiziranih hospitalizacij zaradi diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu (BH) v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu (ZD) v sedemmesečnem obdobju pilota v letih 2017 in 2018.

Skoraj tri četrtine pacientov z bolečino v hrbtu, ki so v obdobju pilota prejeli e-napotnice, so bili napoteni s stopnjo nujnosti hitro, zelo hitro ali nujno (Slika 61). V deležih napotitev po stopnjah nujnosti med zdravstvenima domovoma ni bilo velikih razlik.



Slika 61. Delež e-napotnic za bolečino v hrbtu po stopnjah nujnosti v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu (ZD).

VPLIV DOPOLNJENE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE NA HOSPITALIZACIJE IN NUJNE NAPOTITVE

Zaradi kratkega, sedemmesečnega obdobja pilotnega testiranja dopolnjene zdravstvene obravnave in le dveh sodelujočih zdravstvenih domov je bilo število operacij in nujnih napotitev premajhno, da bi lahko na podlagi teh podatkov sklepali na učinke dopolnjene zdravstvene obravnave.

BOLNIŠKI STALEŽ

Podatke o bolniškem staležu smo pridobili iz informacijskih sistemov testnega in kontrolnega zdravstvenega doma, pri čemer smo upoštevali ves bolniški stalež pacientov z diagnozami v povezavi z bolečino v hrbtu v sedemmesečnem obdobju pilota, neodvisno od tega, ali so imeli pacienti tudi uradno zabeležen obisk izbranega osebnega zdravnika zaradi bolečine v hrbtu ali ne. V kontrolnem zdravstvenem domu za razliko od testnega v podatkih niso zajeti pacienti, ki so bolniški stalež začeli še pred začetkom pilota in ga neprekinjeno nadaljevali tudi po koncu pilota, saj iz informacijskega sistema kontrolnega zdravstvenega doma teh podatkov nismo mogli pridobiti. **Pojavnost in trajanje dolgotrajnega bolniškega staleža v kontrolnem zdravstvenem domu sta torej žal nekoliko podcenjena.** Informacijo o številu dni bolniškega staleža na račun Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) smo pridobili iz podatkovnega skladišča ZZZS.

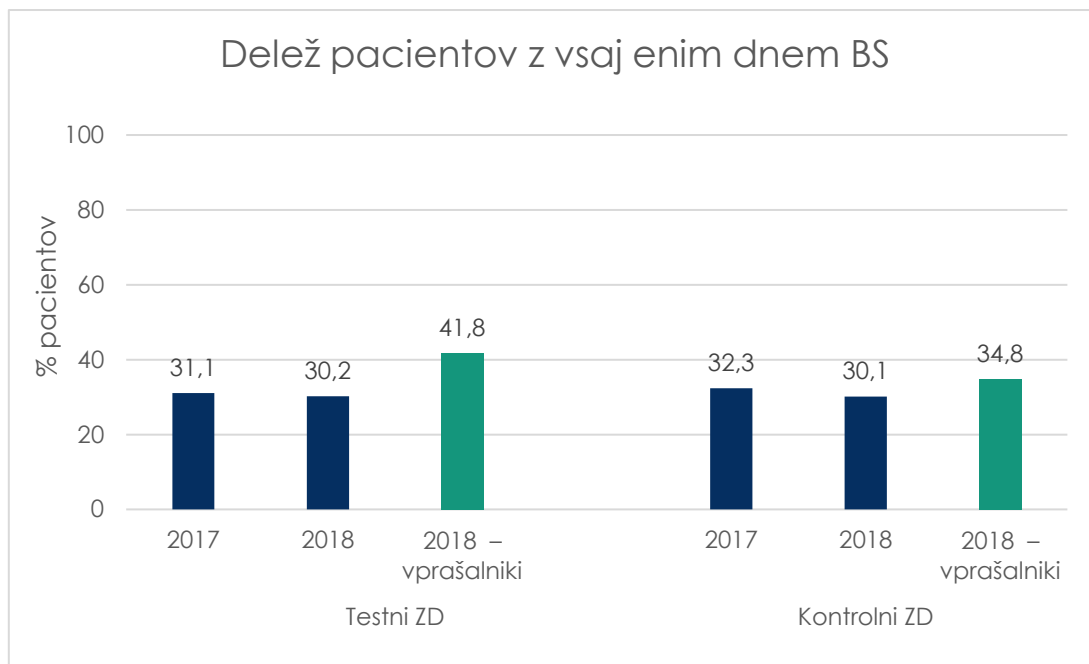
Poročamo o skupnem **število delovnih dni na bolniškem staležu** v sedemmesečnem obdobju pilota, tj. o vseh dnevih bolniške odsotnosti, razen sobot in nedelj. Če je bil posamezni pacient na bolniškem staležu večkrat, poročamo o trajanju vseh epizod bolniškega staleža skupaj.

POSNETEK STANJA IN VPLIV DOPOLNJENE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

V obeh zdravstvenih domovih je bilo v obdobju pilota približno **30 % celotne populacije** pacientov z diagnozami v povezavi z bolečino v hrbtu **na bolniškem staležu vsaj en dan** (Slika 62).

Pacienti, ki so v testnem zdravstvenem domu izpolnili vprašalnike, so imeli 41,8% verjetnost, da bodo vsaj en dan na bolniškem staležu, pacienti iz kontrolnega zdravstvenega doma pa 34,8%; razlika deležev med zdravstvenima domovoma ni bila statistično značilna (hi-kvadrat, $z=1,4344$, $p=0,153$). Zvečanje deleža pacientov na bolniškem staležu v letu 2018 v primerjavi z 2017, pa je bilo pri obravnavanih po predlogu dopolnjene zdravstvene obravnave nekoliko večje kot pri obravnavanih po obstoječem načinu, kar bi lahko bilo povezano z uvedbo intervencij dopolnjene zdravstvene obravnave.

V testnem zdravstvenem domu so se zdravniki enako pogosto odločali za bolniški stalež pri pacientih, za katere so ocenili, da imajo akutno bolečino v hrbtu (42,0 %), kot pri pacientih, za katere so menili, da imajo kronično bolečino v hrbtu (40,8 %).



Slika 62. Delež pacientov z bolečino v hrbtu z vsaj enim dnevom bolniškega staleža (BS) v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu (ZD) v sedemmesečnem obdobju pilota. Ločeno sta predstavljeni tudi podpopulaciji pacientov iz vsakega ZD, ki sta izpolnili vprašalnike.

Povprečni pacient z bolečino v hrbtu je bil v sedemmesečnem obdobju pilota v letu 2017 na bolniškem staležu **osem delovnih dni v testnem zdravstvenem domu** in **šest delovnih dni v kontrolnem zdravstvenem domu** (Slika 63). V testnem zdravstvenem domu se je v letu 2018 bolniški stalež pri povprečnem pacientu **zvečal za en dan**, medtem ko se je v kontrolnem zdravstvenem domu **za en dan zmanjšal**. Pacienti, ki so izpolnili vprašalnike, so bili v testnem zdravstvenem domu v povprečju odsotni **14 dni delovnih dni**, v kontrolnem zdravstvenem domu pa več kot polovico manj, tj. **šest delovnih dni** (Slika 63).

Nekateri pacienti so vzeli bolniški stalež za celotno obdobje trajanja triažne fizioterapije (od čakanja na prvi obisk do vključno zadnjega obiska) in ker je predlog modela triažne fizioterapije predpisoval največ en obisk fizioterapevta na teden, je bil lahko bolniški stalež v teh primerih relativno dolg.

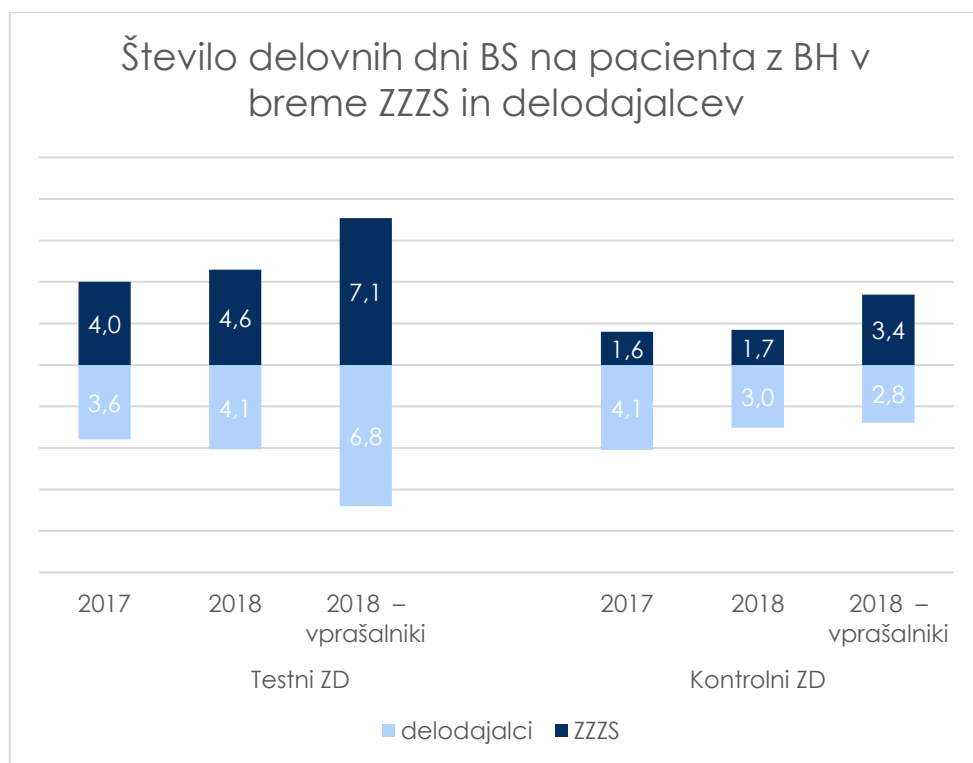
Ločena analiza bolniškega staleža, ki ga je plačal ZZS, in tistega, ki so ga plačali delodajalci,^f je v obeh zdravstvenih domovih kazala trend zvečevanja bolniškega staleža na račun ZZS od leta 2017 do leta 2018, in sicer za 15 % v testnem in 6 % v kontrolnem zdravstvenem domu (Slika 63). Nasprotno je bilo pri pacientih, ki so izpolnjevali vprašalnike, relativno

^f Praviloma bolniški stalež do vključno 30 delovnih dni plačujejo delodajalci, daljši bolniški stalež pa ZZS, imajo pa ta pravila tudi nekaj izjem in posebnosti, ki so na kratko navedena v zloženki Pravica do nadomestila plač²⁸, v kateri najdete tudi sklice na pravilnike in zakone, ki omenjeno obravnavajo še podrobneje.

zvečanje bolniškega staleža v breme ZZS v letu 2018 v primerjavi z letom 2017 nekoliko večje v kontrolnem zdravstvenem domu.

Zvečevanje bolniškega staleža v breme ZZS je trend, ki ga v zadnjih desetih letih zaznavajo v celotni slovenski populaciji.²⁹ Zaradi naše podcenjene ocene trajanja bolniškega staleža v breme ZZS v kontrolnem zdravstvenem domu in nasprotujočih si trendov naraščanja bolniškega staleža v celotni populaciji in v podpopulaciji tistih, ki so izpolnjevali vprašalnike, zaključujemo, da **dopolnjena zdravstvena obravnava v obdobju pilota ni pomembno vplivala na trend naraščanja dolgotrajnega bolniškega staleža v breme ZZS.**

Bolniški stalež v breme delodajalcev se je v testnem zdravstvenem domu od leta 2017 do 2018 zvečal, in sicer za 14 %, v kontrolnem zdravstvenem domu pa se je zmanjšal, in sicer za 27 %.

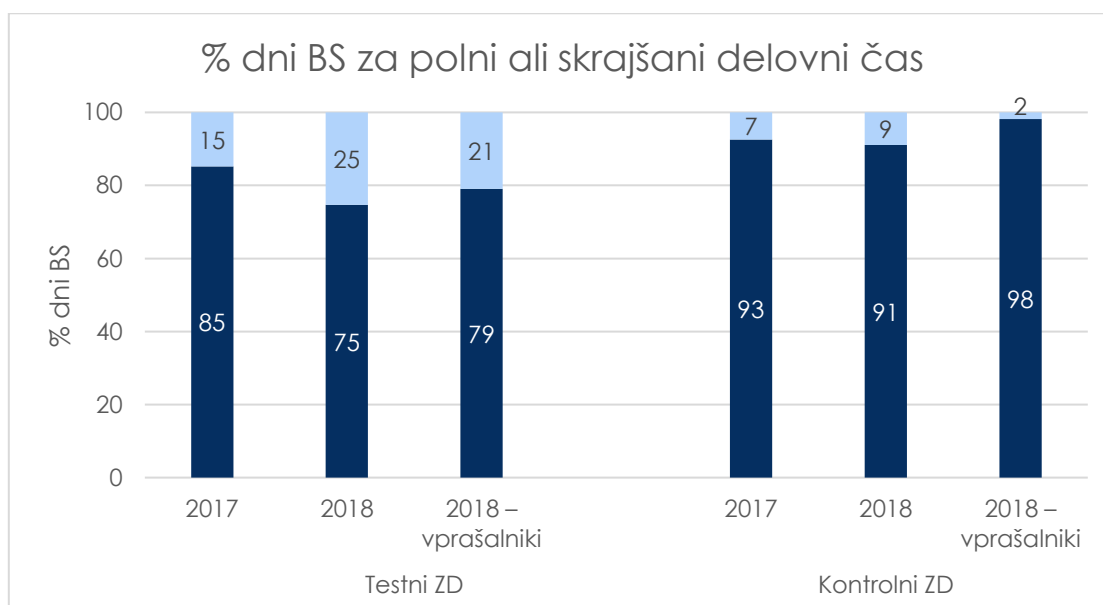


Slika 63. Število delovnih dni na bolniškem staležu (BS) pri povprečnem pacientu z bolečino v hrbtu v breme Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZS) in delodajalcev v sedemmesečnem obdobju pilota v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu (ZD). Gre za skupno število dni bolniškega staleža za polni in za skrajšani delovni čas. Število dni bolniškega staleža je preračunano na povprečnega pacienta, ki je bil obravnavan pri izbranem osebnem zdravniku zaradi bolečine v hrbtu, torej so v oceno všteti tako pacienti, ki so bili na BS, kot tudi tisti, ki niso bili na BS v obdobju pilota. Ločeno sta predstavljeni tudi podpopulaciji pacientov iz vsakega ZD, ki sta izpolnili vprašalnike.

V obeh zdravstvenih domovih se je od leta 2017 do 2018 pri pacientih z bolečino v hrbtu nekoliko zvečalo število dni v breme ZZS, v testnem zdravstvenem domu pa se je hkrati z uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave zvečalo število dni bolniškega staleža v breme delodajalcev.

BOLNIŠKI STALEŽ ZA POLNI IN KRAJŠI DELOVNI ČAS

V **testnem zdravstvenem domu** smo pri celotni populaciji pacientov z bolečino v hrbtu zaznali **trend zmanjševanja bolniškega staleža za polni delovni čas na račun bolniškega staleža za skrajšani delovni čas**, tako v celotni populaciji pacientov kot pri tistih, ki so izpolnjevali vprašalnike, in sicer se je delež bolniškega staleža za skrajšani delovni čas zvečal s 15 % v letu 2017 na več kot 20 % v letu 2018 (Slika 64). V kontrolnem zdravstvenem domu pa je bolniški stalež za skrajšani delovni čas ves čas ostajal pod 10 %; pri pacientih, ki so izpolnjevali vprašalnike, pa je bil v letu 2018 celo manjši od 2 %.



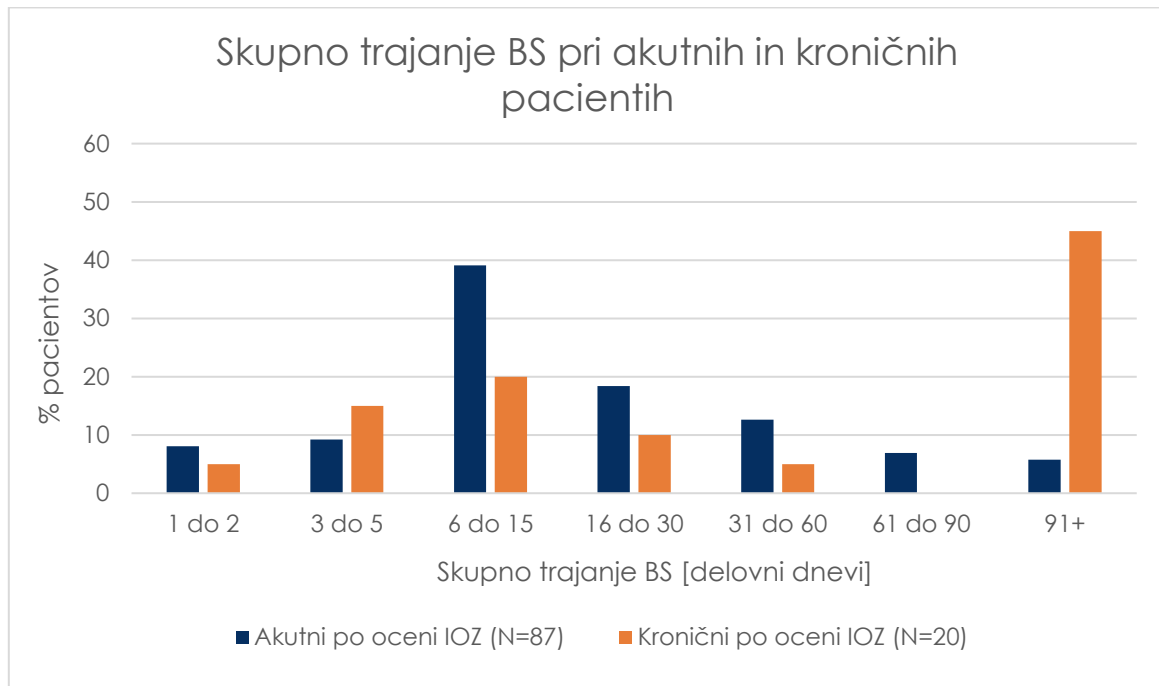
Slika 64. Delež dni bolniškega staleža (BS) za polni in za skrajšani delovni čas v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu (ZD). Ločeno sta predstavljeni tudi podpopulaciji pacientov iz vsakega ZD, ki sta izpolnili vprašalnike.

BOLNIŠKI STALEŽ PRI PACIENTIH Z AKUTNO IN KRONIČNO BOLEČINO V HRBTU

V nadaljevanju še podrobneje poročamo o bolniškem staležu pri pacientih iz testnega zdravstvenega doma, ki so bili obravnavani po predlogu dopolnjene zdravstvene obravnave in so izpolnjevali vprašalnike.

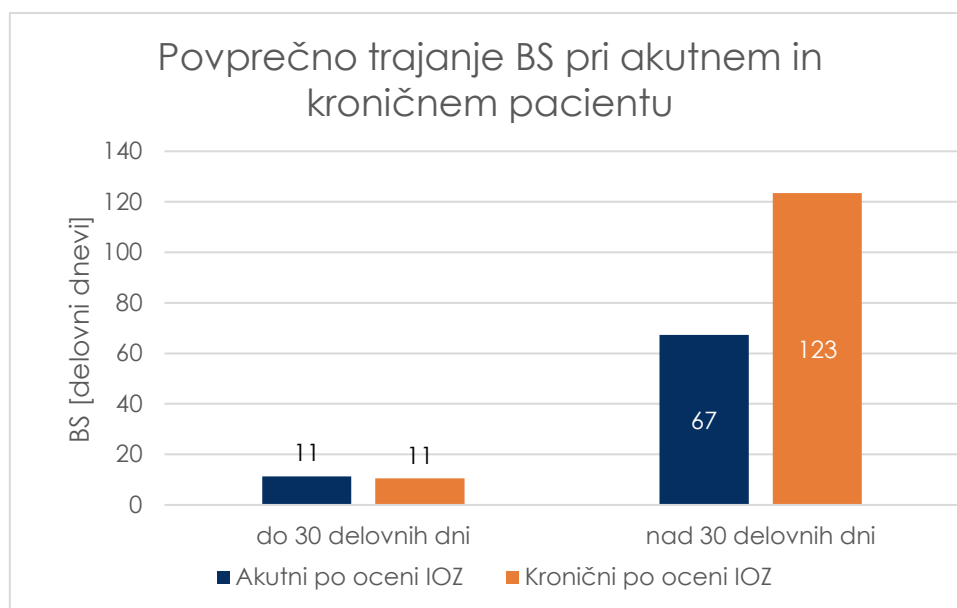
Pacienti z akutno in kronično bolečino v hrbtu, ki so bili vsaj en dan na bolniškem staležu, so se pomembno razlikovali po dolžini skupnega bolniškega staleža. In sicer je bila **večina pacientov z akutno bolečino hrbta** (40 %) na bolniškem staležu šest do 15 delovnih dni (tj. **med enim in tremi delovnimi tedni**), medtem ko je bila **večina**

pacientov s kronično bolečino hrbta na bolniškem staležu več kot 91 delovnih dni (tj. **več kot štiri mesece**) (Slika 65).



Slika 65. Deleži pacientov z akutno in kronično bolečino v hrbtu (BH) s posameznim trajanjem bolniškega staleža (BS). Gre za skupne delovne dni na BS v testnem zdravstvenem domu v obdobju pilota v letu 2018. Odločitev, ali gre za akutno ali za kronično bolečino v hrbtu, je sprejel izbrani osebni zdravnik (IOZ).

Povprečno trajanje bolniškega staleža do 30 delovnih je bilo pri pacientih z akutno in kronično bolečino v hrbtu praktično enako, saj so oboji v povprečju od dela izostali **11 delovnih dni, tj. dobra dva delovna tedna** (Slika 66). Med pacienti, ki so bili na bolniškem staležu več kot 30 delovnih dni, pa je povprečen pacient z akutno bolečino hrbta od dela izostal 67 delovnih dni (tj. tri mesece in pol), povprečni pacient s kronično bolečino hrbta pa kar 123 delovnih dni (tj. pol leta).



Slika 66. Povprečno trajanje bolniškega staleža (BS) pri pacientu z akutno in kronično bolečino v hrbtu (BH). Trajanje BS je prikazano ločeno za BS, ki je krajši, in BS, ki je daljši od 30 delovnih dni (tj. približno šest delovnih tednov).

INVALIDSKE UPOKOJITVE

Podatkov o številu invalidskih upokojitev v času pilota nismo pridobili neposredno v pilotnem okolju, temveč smo naredili približno oceno pričakovanega deleža pacientov, ki bi se invalidsko upokojil v času pilota pri sodelujočih zdravnikih v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu.

Uporabili smo podatke Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ) o številu vseh dodeljenih invalidnosti 2. in 3. kategorije za polni delovni čas v letu 2017 za boleznih hrbta (diagnoze M40–M54) v celotni Sloveniji; podatke o številu aktivnih zdravnikov (tj. timov) v splošnih ambulantah, namenjenih odrasli populaciji, z dne 1. 4. 2018,³⁰ in podatke o številu pacientov, ki so v času pilota v letu 2018 obiskali izbranega osebnega zdravnika zaradi ene izmed diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu (Preglednica 3).

POSNETEK STANJA

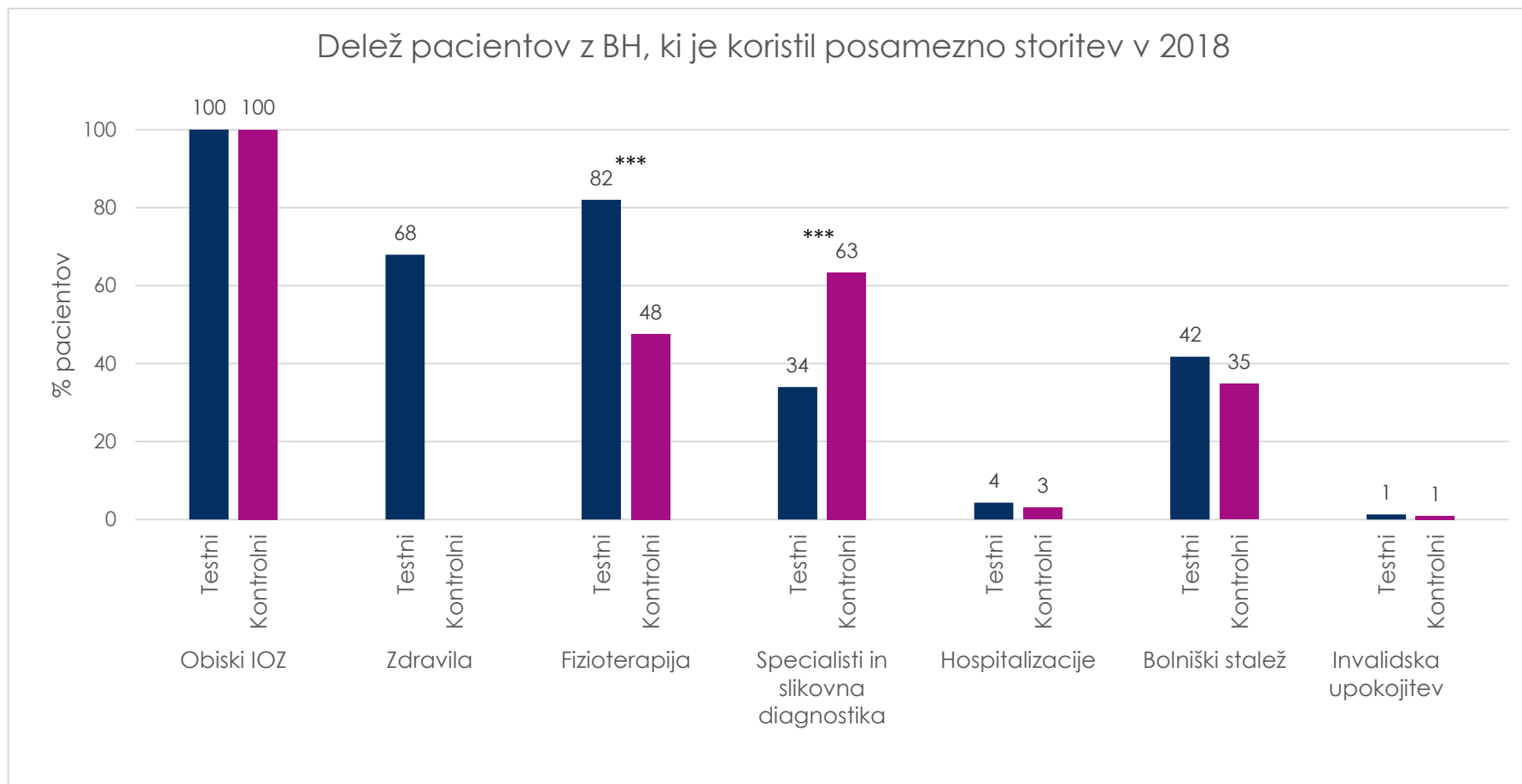
Ocenjujemo, da bi se **v sedemmesečnem obdobju pilota za polni delovni čas invalidsko upokojil 1 % pacientov**, ki so vsaj enkrat obiskali izbranega osebnega zdravnika zaradi težav s hrbtom, natančneje 1,3 % v testnem in 0,9 % v kontrolnem zdravstvenem domu. Če bi upoštevali še invalidske upokojitve za krajši delovni čas, bi bila ocena še med 0,4 in 0,5 % večja.

POVZETEK KORIŠČENJA ZDRAVSTVENIH STORITEV PRI PACIENTIH Z BOLEČINO V HRBTU

Slika 67 povzema ugotovitve predhodnih poglavij in prikazuje, koliko pacientov z bolečino v hrbtu je z dopolnjeno zdravstveno obravnavo dobilo dostop do katere izmed zdravstvenih storitev. Podatki so prikazani le za podpopulaciji pacientov, ki sta v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu izpolnjevali vprašalnike. Ti pacienti so bili namreč z večjo gotovostjo obravnavani po obstoječi oz. dopoljnjeni zdravstveni obravnavi, zato so pri njih zaznani trendi, ki smo jih podrobneje opisali v predhodnih poglavjih, najbolj izraziti. Pri interpretaciji podatkov je treba upoštevati tudi dejstvo, da sta se testni in kontrolni zdravstveni dom že v letu 2017, pred začetkom testiranja dopolnjene zdravstvene obravnave, opazno razlikovala v deležih pacientov, ki so pri izbranem osebnem zdravniku prejeli napotnico za fizioterapijo oz. slikovno diagnostiko ali specialistični pregled. V kontrolnem zdravstvenem domu je bilo v letu 2017 na slikovno diagnostiko in k specialistom napoteni za dve tretjini več, na fizioterapijo pa dvakrat toliko pacientov z bolečino v hrbtu kot v testnem zdravstvenem domu.

Vsi opazovani pacienti v obeh zdravstvenih domovih so v obdobju pilota v 2018 zaradi bolečine v hrbtu vsaj enkrat obiskali izbranega osebnega zdravnika, nato pa so bili pacienti iz kontrolnega zdravstvenega doma najpogosteje napoteni k specialistu ali na slikovno diagnostiko (63 % pacientov), na fizioterapijo (48 % pacientov) oz. so dobili bolniški stalež (35 % pacientov). Pacienti iz testnega zdravstvenega doma pa so bili najpogosteje napoteni na fizioterapijo (82 % pacientov) ali pa so prejeli zdravila (68 % pacientov), 42 % jih je dobilo bolniški stalež, k specialistom ali na slikovno diagnostiko pa je bilo napoteni le 34 % pacientov.

Z dopolnjeno zdravstveno obravnavo se je v primerjavi s staro močno zvečala **dostopnost do fizioterapije** (hi-kvadrat, $p < 0,001$), zmanjšalo pa se je napotovanje **na slikovno diagnostiko in k specialistom** (hi-kvadrat, $p < 0,001$), medtem ko so deleži pacientov z vsaj enim dnem bolniškega staleža, deleži hospitaliziranih in deleži invalidsko upokojenih ostajali primerljivi. Deležev pacientov, ki so za bolečino v hrbtu prejeli zdravila, med dopolnjeno in obstoječo zdravstveno obravnavo žal nismo mogli primerjati.



Slika 67. Delež pacientov z bolečino v hrbtu (BH), ki je koristil posamezno storitev v letu 2018. Slika prikazuje primerjavo med dopolnjeno (testni zdravstveni dom) in obstoječo (kontrolni zdravstveni dom) zdravstveno obravnavo na populaciji pacientov, ki je izpolnila vprašalnike. Ker so bili podatki za posamezno kategorijo pridobljeni iz različnih virov, za metodološka pojasnila glej predhodna poglavja.

Stroške zdravstvenih obravnav smo ocenili na podlagi podatkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) za paciente, stare med vključno 18 in 65 let, iz testnega in kontrolnega zdravstvenega doma, ki so v sedemmesečnem obdobju pilota vsaj enkrat obiskali izbranega osebnega zdravnika (str. 41). Stroške smo preračunali na 100 pacientov, ki so obiskali osebnega zdravnika zaradi bolečine v hrbtu, kar pomeni, da stroški odražajo značilnosti celotne populacije, ne samo pacientov, ki so bili deležni določene storitve.

V analizo smo zajeli *celotno vrednost storitev*, opravljenih v okviru tistih vrst zdravstvenih dejavnosti, za katere smo predvidevali da (lahko) obravnavajo težave s hrbtom (str. 194). Kadar je bila ob storitvah zabeležena napotna diagnoza, smo upoštevali le storitve z napotnimi diagnozami v povezavi z bolečino v hrbtu (Preglednica 3). Tako smo ocenili minimalne stroške za storitve v povezavi z bolečino v hrbtu v opazovanih populacijah pacientov. Maksimalne stroške na račun težav s hrbtom pa smo ocenili tako, da smo k tej minimalni oceni prišteli celotno vrednost storitev na račun neznanih diagnoz.

V nadaljevanju podrobneje opisujemo, kako smo ocenili stroške, kadar napotne diagnoze ob storitvah niso bile zabeležene.

Minimalne stroške obravnav pri izbranih osebnih zdravnikih smo ocenili iz podatkov o številu obiskov pri teh zdravnikih, ki smo jih pridobili iz informacijskih sistemov sodelujočih zdravstvenih domov. Ker je večina pacientov v obdobju pilota pri svojem osebnem zdravniku opravila dva obiska zaradi bolečine v hrbtu, smo za vrednost obiska uporabili povprečje najpogosteje navedenih cen prvega kurativnega (bruto 7,45 €, neto 4,33 €) in kratkega pregleda (bruto 3,08 €, neto 1,78 €). Povprečna cena za namen analize je bila tako določena z vrednostjo bruto 5,27 € in neto 3,06 €.

Stroške fizioterapevtskih storitev smo ocenili iz podatkov ZZZS o vseh obračunanih fizioterapevtskih storitvah za diagnoze v povezavi z bolečino v hrbtu, ki so bile opravljene bodisi v pilotnih zdravstvenih domovih ali pa pri katerem koli drugem javnem ali zasebnem izvajalcu fizioterapevtskih storitev, ki ima koncesijo za izvajanje te dejavnosti v breme ZZZS. V testnem zdravstvenem domu so v skladu z dogovorom z ZZZS za obdobje pilota v te stroške vštete tudi vse daljše specialne fizioterapije v polnem obsegu, tudi če so bile v resnici krajše od običajnega minimalnega trajanja, ki je sicer zahtevano za polno plačilo teh storitev.

Stroške triažnih fizioterapevtskih storitev, ki jih predvideva dopolnjena zdravstvena obravnava, smo ocenili na podlagi dejanskega števila opravljenih triažnih fizioterapevtskih obravnav in njihovega trajanja v testnem zdravstvenem domu; slednje so v obdobju pilota ročno beležili fizioterapevti (str. 157–167). Pri tem smo upoštevali ceno ene ure specialne fizioterapevtske obravnave glede na cenik fizioterapevtskih storitev (Preglednica 5). Kot je nakazano v poglavju o triažni

fizioterapiji (str. 59), ta način obračunavanja fizioterapevtskih storitev ne odraža dejanskega časovnega vložka fizioterapevtovega dela in podcenjuje stroške specialne fizioterapije v primerjavi s klasično malo, srednjo ali veliko fizioterapevtsko obravnavo.

Preglednica 5. Stroški fizioterapevtskih obravnav iz podatkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) o obračunanih storitvah v obdobju pilota.

| FT obravnava | Časovni normativ v minutah | Povprečno št. obiskov na obravnavo | Cena celotne FT obravnave [€] | Cena celotne FT obravnave v breme ZZZS [€] | Cena 1 ure FT obravnave [€] | Cena 1 ure FT obravnave v breme ZZZS [€] |
|--------------|----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Mala | 30 | 6 | 60,06 | 48,05 | 20,02 | 16,02 |
| Srednja | 45 | 8 | 120,12 | 96,10 | 20,02 | 16,02 |
| Velika | 60 | 8 | 160,36 | 128,29 | 20,05 | 16,04 |
| Specialna | 60 | 10 | 220,86 | 176,69 | 22,086 | 17,669 |

Minimalni stroški ostalih pregledov in obravnav zajemajo dejansko opravljene obravnave v okviru splošne zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti, specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti in drugih zdravstvenih dejavnosti z znano diagnozo, **stroški slikovne diagnostike** pa vse dejansko opravljene storitve nuklearne medicine in radiologije v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti z znano diagnozo. V oceni maksimalnih stroškov pa so upoštevani še stroški vseh storitev brez znane diagnoze, vključno s storitvami: delovne terapije, reševalnih prevozov in zdraviliškega zdravljenja, pri katerih se napotne diagnoze nikoli ne beležijo.

Tudi **stroški hospitalizacij** so ocenjeni na podlagi dejansko opravljenega števila hospitalizacij zaradi diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu pri pacientih iz proučevanih populacij v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu. V analizo smo zajeli le tiste bolnišnične obravnave, pri katerih je bila diagnoza v povezavi z bolečino v hrbtu navedena prva in je torej bila glavna diagnoza. Maksimalnih stroškov hospitalizacij nismo ocenili.

Ocena minimalnih stroškov zdravil je posredna, saj se pri obračunu stroškov zdravil diagnoze žal ne beležijo niti na ravni informacijskih sistemov zdravstvenih domov niti na ravni ZZZS. Zato smo stroške zdravil ocenili iz podatkov o predpisih zdravil na isti dan, kot je bil opravljen obisk izbranega osebnega zdravnika izključno zaradi bolečine v hrbtu (str. 96). Na podlagi podatkov iz podatkovne zbirke ZZZS o obračunanih zdravilih pri pacientih iz proučevanih populacij v testnem zdravstvenem domu smo pripravili cenik zdravil iz kategorij M01 (zdravila s protivnetnim in protirevmatičnim učinkom) in N02 (analgetiki). Nato pa smo stroške za zdravila ocenili iz podatka o številu in količini predpisanih zdravil M01 in M02 izključno ob obiskih izbranega osebnega zdravnika zaradi bolečine v hrbtu. Tak pristop podcenjuje dejanske stroške zdravil, ki so

predpisana za bolečino v hrbtu, tako da gre zgolj za ocenjene minimalne stroške zdravil na recept ob bolečini v hrbtu.

Stroške bolniškega staleža smo ocenili na podlagi podatkov o številu dni bolniškega staleža v sedemmesečnem obdobju pri vseh pacientih, ki so bili na bolniškem staležu zaradi diagnoz v povezavi z bolečino v hrbtu bodisi v letu 2017 bodisi v letu 2018, neodvisno od tega, ali so v opazovanem letu imeli zabeležen obisk zaradi bolečine v hrbtu ali ne. Podatke smo pridobili iz informacijskih sistemov sodelujočih zdravstvenih domov. Podatki za testni zdravstveni dom so vsebovali tudi bolniški stalež pacientov, ki so bili z dela odsotni že pred začetkom pilota in so z odsotnostjo nadaljevali tudi po koncu pilotnega obdobja, podatki za kontrolni zdravstveni dom pa ne. Iz podatka o stroških in številu obračunanih dni bolniškega staleža v breme ZZS smo izračunali povprečen strošek za dan bolniškega staleža v posamezni populaciji pacientov v posameznem letu in privzeli, da je strošek enega dneva bolniškega staleža v breme delodajalcev enak tistemu v breme ZZS.

Strošek invalidskih pokojnin pri novo upokojenih pacientih z bolečino v hrbtu smo ocenili na podlagi podatkov o pričakovanem številu invalidskih upokojitev za polni delovni čas v obdobju pilota (poglavje o invalidskih upokojitvah na str. 116). Zaradi kompleksnega načina obračunavanja invalidskih pokojnin smo privzeli, da je strošek enega dneva invalidske pokojnine za polovico manjši od stroška enega dneva bolniškega staleža, tj. približno 30 €, in da se ga izplačuje 20 dni v mesecu, sedem mesecev.

Delež stroškov na račun pacientov, pri katerih se bolečina v hrbtu pojavlja kronično (Slika 70), smo ocenili tako, da smo upoštevali samoopredelitev pacientov o kroničnosti njihove bolečine (str. 45), nato pa izračunali deleže obiskov izbranega osebnega zdravnika, napotitev na posamezno vrsto obravnave, predpisov zdravil in dni bolniškega staleža na račun teh pacientov. Nato smo privzeli, da je razmerje v deležih napotitev enako kot razmerje v deležih stroškov.

POSNETEK STANJA

Testni in kontrolni zdravstveni dom se razlikujeta v celotnih ocenjenih stroških izvenbolnišničnih in bolnišničnih zdravstvenih obravnav ter bolniškega staleža, ki so jih v sedemmesečnem obdobju ustvarili pacienti z diagnozami v povezavi z bolečino v hrbtu (Slika 68), in sicer je 100 pacientov z bolečino v hrbtu **iz testnega zdravstvenega doma** v letu 2017 v povprečju stalo okvirno med **60.000 in 80.000 €**, enako število pacientov iz **kontrolnega zdravstvenega doma** pa **skoraj eno tretjino manj**, tj. okvirno med **35.000 in 55.000 €**.

Podpopulaciji pacientov iz obeh zdravstvenih domov, ki sta izpolnjevali vprašalnike, sta ustvarili več stroškov kot preostali pacienti z diagnozami v povezavi z bolečino v hrbtu, in sicer približno med **100.000 in 130.000 € na 100 pacientov v testnem** in **skoraj četrtno manj**, tj. med **75.000 in 90.000 € na 100 pacientov v kontrolnem zdravstvenem domu**.

Če upoštevamo maksimalne ocenjene stroške, so stroški storitev na **primarni zdravstveni ravni** za obravnave pri izbranih osebnih zdravnikih in fizioterapijo predstavljali med **10 in 15 %** vseh stroškov, preostalo pa v približno enakih deležih stroški bolniškega staleža ter ostalih izvenbolnišničnih in bolnišničnih obravnav. Če pa se osredotočimo na minimalne ocenjene stroške, pa je bilo kar **dve tretjini stroškov** na račun bolniškega staleža (v breme ZZS in delodajalcev skupaj), okrog **četrtna za ostale preglede in posege** in okrog 10 % za obravnave pri izbranih osebnih zdravnikih na primarni zdravstveni ravni.



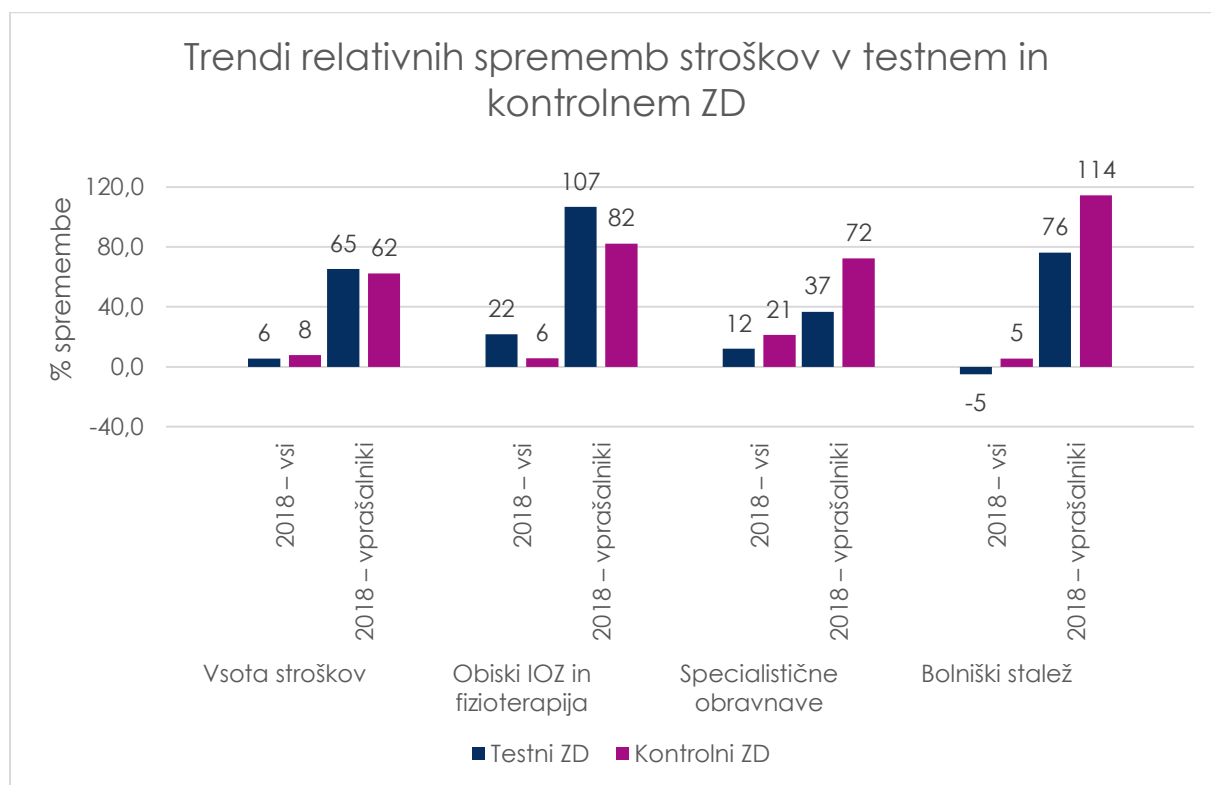
Slika 68. Skupni stroški zdravstvenih obravnav in bolniškega staleža (BS) na 100 pacientov z bolečino v hrbtu (BH) v sedemmesečnem obdobju pilota. Stroški bolniškega staleža so skupni, torej na račun Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in delodajalcev. Za metodološke podrobnosti glej str. 119.

VPLIV DOPOLNJENE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

Med testiranjem dopolnjene zdravstvene obravnave, v letu 2018, so se minimalni ocenjeni stroški v obeh zdravstvenih domovih le za nekaj odstotkov zvečali v primerjavi z letom 2017, in sicer za **6 odstotkov v testnem** in za **8 odstotkov v kontrolnem zdravstvenem domu** (Slika 69).

Stroški obiskov pri izbranih osebnih zdravnikih in na fizioterapiji, torej na **primarni zdravstveni** ravni, so se za nekoliko večji odstotek **zvečali v testnem zdravstvenem domu**. Stroški ostalih ambulantnih in bolnišničnih **obravnav ter bolniškega staleža** pa so se za večji odstotek **zvečali v kontrolnem zdravstvenem domu**.

Trendi pri pacientih, ki so izpolnjevali vprašalnike in so bili zagotovo obravnavani v skladu z dopolnjeno oz. obstoječo zdravstveno obravnavo, so bili podobni kot v celotni populaciji pacientov.



Slika 69. Trendi relativnih sprememb stroškov v testnem in kontrolnem zdravstvenem domu (ZD). Gre za identične podatke, kot jih predstavlja Slika 68, le da so predstavljeni v obliki relativnih sprememb stroškov v času testiranja predloga dopolnjene zdravstvene obravnave (tj. v letu 2018) v primerjavi z obdobjem pred tem (tj. v letu 2017), in sicer le za storitve z znanimi diagnozami. Trendi v celotni populaciji pacientov z bolečino v hrbtu so podobni kot v podpopulaciji tistih, ki so izpolnjevali vprašalnike.

V poglavju o bolniškem staležu (str. 111) navajamo, da se je število dni bolniškega staleža od leta 2017 do leta 2018 nekoliko zvečalo v testnem in nekoliko zmanjšalo v kontrolnem zdravstvenem domu, v tem poglavju pa navajamo, da je imelo spreminjanje stroškov tega bolniškega staleža ravno obraten trend. Razlog za ta preobrat je v spreminjanju cene povprečnega dneva bolniškega staleža, ki se je od leta 2017 do leta 2018 v testnem zdravstvenem domu zmanjšala z 51€ na 43 €, v kontrolnem zdravstvenem domu pa zvečala s 40 € na 51 €.

STROŠKI PRI PACIENTIH Z AKUTNO IN KRONIČNO BOLEČINO V HRBTU

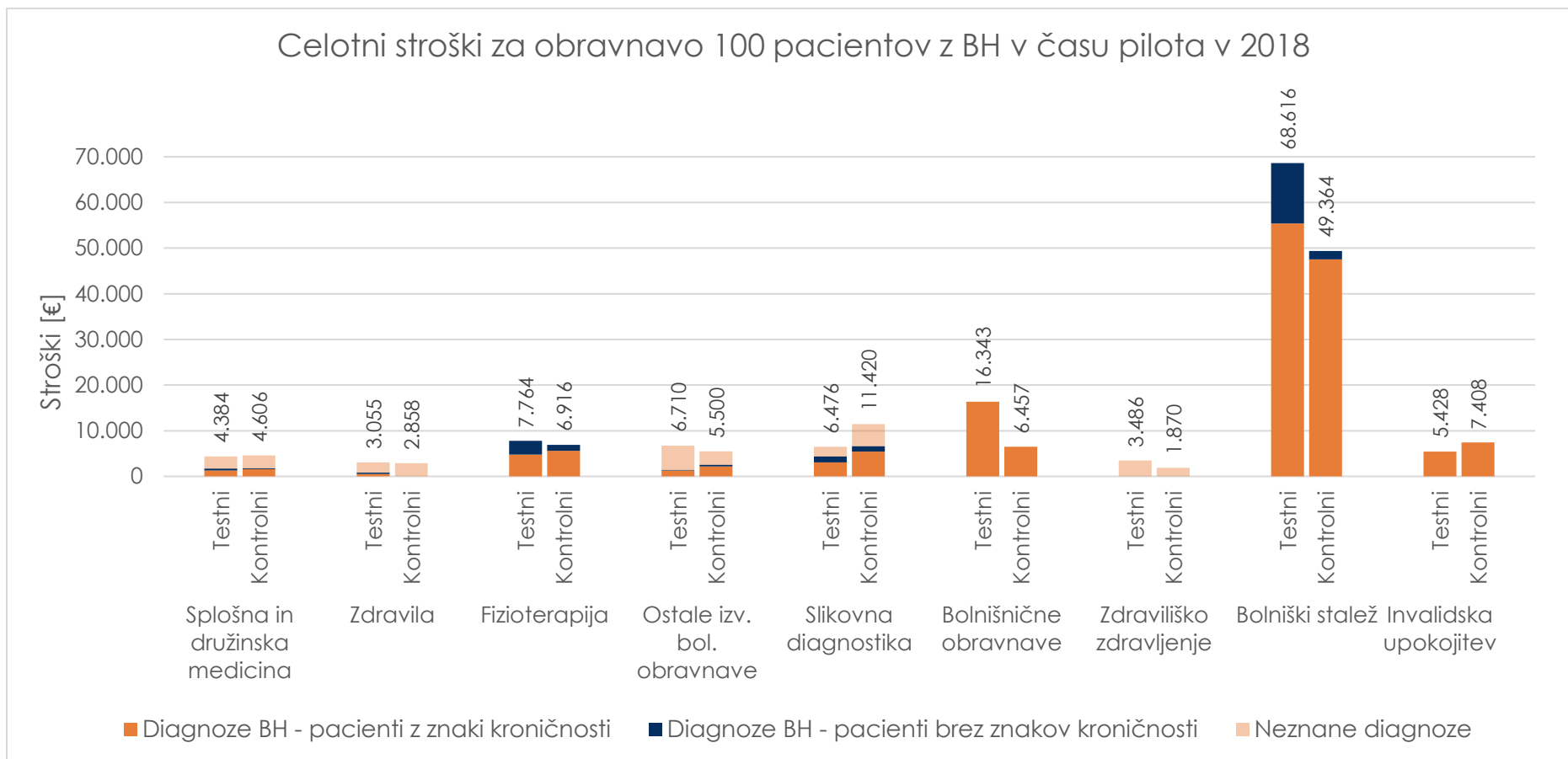
V obeh zdravstvenih domovih so **več kot 80 % vseh stroškov** za zdravstvene obravnave, zdravila, bolniški stalež in invalidske upokojitve **ustvarili pacienti, pri katerih se bolečina v hrbtu pojavlja kronično**, že več mesecev in let (Slika 70). V testnem zdravstvenem domu so bili zdravstvenih storitev v večjem deležu deležni tudi pacienti z akutno bolečino brez znakov kroničnosti, tj. tisti, pri katerih je možno kronifikacijo bolečine še preprečiti. Ti so v testnem zdravstvenem domu ustvarili dobrih 15 % stroškov (17,2 %), v kontrolnem zdravstvenem domu pa le dobrih 5 % (6,1 %) vseh stroškov.

Med vsemi stroški so po višini močno izstopali stroški za bolniške odsotnosti. Tudi veliko večino teh stroškov so ustvarili pacienti s kroničnimi težavami s hrbtom. Stroški za fizioterapevtske obravnave so bili zelo podobno visoki kot minimalni ocenjeni stroški za druge izvenbolnišnične preglede in posege ter slikovno diagnostiko skupaj. Oboji pa so bili približno šestkrat manjši kot stroški za bolniški stalež na račun bolečine v hrbtu (Slika 70).

Pri bolniškem staležu v breme ZZS je posebej pomemben dolgotrajni bolniški stalež. Že samo sedemmesečni stroški dolgotrajnega bolniškega staleža za enega povprečnega pacienta z bolečino v hrbtu (tj. 50 € na dan * 20 dni * 7 mesecev = 7.000 €) znašajo toliko kot vse fizioterapevtske obravnave za 100 povprečnih pacientov z bolečino v hrbtu.

Stroškovno problematične so tudi invalidske upokojitve zaradi težav s hrbtom. Invalidska nadomestila za vse *na novo* invalidsko upokojene paciente v sedmih mesecih stanejo približno toliko kot minimalni stroški za vse ostale izvenbolnišnične obravnave in slikovno diagnostiko skupaj za 100 povprečnih pacientov z bolečino v hrbtu v istem obdobju (Slika 70).

Povedano drugače, vsak pacient z bolečino v hrbtu, pri katerem lahko **preprečimo dolgotrajni bolniški stalež**, v samo sedmih mesecih ustvari prihranke približno v protivrednosti vseh fizioterapevtskih storitev, ki jih v enakem obdobju porabi 100 pacientov z bolečino v hrbtu. Podobno lahko **preprečitev vseh novih invalidskih upokojitev** že v samo sedmih mesecih ustvari prihranke skoraj v protivrednosti stroškov vseh ostalih izvenbolnišničnih obravnav in slikovne diagnostike skupaj, ki jih v istem obdobju ustvari 100 pacientov z bolečino v hrbtu.



Slika 70. Celotni stroški za obravnavo 100 pacientov z bolečino v hrbtu (BH) v 7 mesecih leta 2018. Slika prikazuje primerjavo med testnim in kontrolnim zdravstvenim domom (ZD) na populaciji pacientov, ki je izpolnila vprašalnike. Za storitve z znanimi diagnozami je prikazano tudi ocenjeno razmerje stroškov na račun pacientov, ki se jim težave s hrbtom pojavljajo kronično in tistih z akutnimi težavami brez znakov kroničnosti. Ker so bili podatki za posamezno kategorijo pridobljeni iz različnih virov, za metodološka pojasnila v zvezi s podatki o posamezni storitvi glej str. 119.

USMERITVE ZA NADALJNJE DELO NA PODROČJU BOLEČINE V HRBTU

Kot kažejo rezultati, je za dolgoročno zmanjševanje stroškov zaradi bolniškega staleža, zdravstvenih storitev in invalidskih pokojnin **pomembno predvsem zmanjšati delež tistih pacientov, pri katerih se akutna bolečina v hrbtu razvije v kronično obliko, in skrbeti za ohranjanje delazmožnosti pacientov z že prisotno kronično bolečino hrbta**. Kot je bilo prav tako razvidno iz predstavitve rezultatov, vse intervencije, ki sestavljajo predlog dopolnjene zdravstvene obravnave – triažna fizioterapija, delavnica za paciente s kronično bolečino hrbta, vzdrževalni program, intervencije v povezavi z medicino dela, prometa in športa (MDPŠ) – k temu uspešno prispevajo.

Hitra napotitev na triažno fizioterapijo je namenjena ravno preprečevanju kronificiranja bolečine v hrbtu, saj temelji na odkrivanju vzrokov za akutno epizodo bolečine ter pri večini pacientov klinično pomembno zmanjša bolečine in zveča sposobnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti. Pomembna komponentna tovrstne obravnave pa je tudi edukacija pacienta za aktivno preprečevanje bolečine v hrbtu in za samooskrbo ob morebitnih težavah s hrbtom v prihodnje. Cilj **delavnice za paciente s kronično bolečino hrbta** je udeležencem posredovati znanja, ki jim pomagajo razumeti njihovo kronično stanje in jih naučiti veščin za boljše obvladovanje kronične bolečine. S tem prispeva k zmanjševanju verjetnosti za nadaljnje širjenje in kronifikacijo bolečine (npr. v smeri sindroma fibromialgije) in udeležencem pomaga (ponovno) vzpostavljati aktiven življenjski slog, kar je predpogoj za ohranjanje delazmožnosti. Intervenciji za **aktivno pomoč pacientom** z bolečino v hrbtu **pri vračanju na delo** v sodelovanju s specialistom MDPŠ (konzultacija in poklicna rehabilitacija) pa sta neposredno namenjeni preprečevanju dolgotrajnega bolniškega staleža in ohranjanju delazmožnosti pri ljudeh z bolečino v hrbtu.

Bolniški stalež pa ni odvisen le od kakovosti zdravstvenih obravnav na primarni zdravstveni ravni, s katerimi smo se ukvarjali v tem projektu, temveč tudi od razmer na delovnem mestu in psihosocialnih okoliščin pacientov z bolečino v hrbtu, ki smo se jih v poglavju o sodelovanju s spec. MDPŠ (str. 82) le dotaknili. Zato je za njegovo dolgoročno zmanjšanje potrebno ne le izboljšati zdravstveno obravnavo pacientov z bolečino v hrbtu, o čemer pišemo v tej monografiji, temveč je **potrebno razviti tudi celostne ukrepe za ohranjanje delazmožnosti**, ki so usklajeni med vsemi deležniki: pacienti, delodajalci, zdravstvenim sistemom in področjem socialnega varstva.

MNENJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

O ključnih nadaljnjih korakov na področju bolečine v hrbtu smo vprašali tudi zdravstvene delavce, ki so bili vključeni v testno izvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave.

Vsi so bili mnenja, da je potrebno:

- o specialiste splošne in družinske medicine ter fizioterapevte **izobraziti o kronični bolečini**;
- o **izobraziti več fizioterapevtov s specialnimi znanji** za obravnavo akutne bolečine v hrbtu;
- o zdravstvene delavce **informirati o vsebini in pristopih, ki jih ponuja nova delavnica** za paciente s kronično bolečino;
- o ponuditi **gibalni program v zdravstvenem domu** za paciente z akutno/kronično bolečino v hrbtu;
- o vzpostaviti **tesnejše sodelovanje med zdravstvenimi delavci v zdravstvenem domu in spec. MDPŠ**;
- o vzpostaviti **tesnejše sodelovanje med zdravniki, fizioterapevti in sodelavci CKZ** pri obravnavi pacientov z bolečino v hrbtu;
- o izvajati preventivne **programe za preprečevanje bolečine v hrbtu za podjetja**
- o **Individualno prilagajati delovne razmere** delavcem, pri katerih bolečina v hrbtu predvidoma izvira iz delovnega mesta;
- o **pomagati delodajalcem odpraviti vzroke za bolečino v hrbtu** v povezavi z delovnim mestom;
- o **motivirati delodajalce za konkretne spremembe** na delovnem mestu;
- o **individualno pomagati pacientom, ki so dalj časa na bolniškem staležu**, pri vračanju na delo in ureditvi razmer na delovnem mestu in
- o hitro **nuditi individualno psihološko podporo pacientom** s kompleksnejšimi težavami.

Vsi, razen enega, pa so bili mnenja, da bi bilo potrebno:

- o organizirati izobraževanje o kronični bolečini tudi za medicinske sestre/tehnike;
- o izobraziti fizioterapevte za izvajanje triaže in
- o omogočiti več specializiranih programov za paciente z bolečino v hrbtu na sekundarni/terciarni ravni.

KAKO NAPREJ?

Na podlagi zgoraj predstavljenega mnenja zdravstvenih delavcev, izkušenj, ki smo jih pridobili med izvajanjem pilotnega testiranja dopolnjene zdravstvene obravnave, in rezultatov pilotnega projekta v naslednjih podpoglavjih **navajamo po našem mnenju ključne korake, ki so potrebni za uspešno uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave za paciente z bolečino v hrbtu na nacionalno raven.**

V naslednjih podpoglavjih poleg ključnih korakov, potrebnih za vpeljavo dopolnjene zdravstvene obravnave na nacionalno raven, in usmeritev, ki odražajo naše razmisleke na podlagi rezultatov projekta, **navajamo tudi nabor identificiranih odprtih vprašanj, na katera morajo s skupnim strinjanjem odgovoriti zdravstveni strokovnjaki** vseh strok, relevantnih za področje bolečine v hrbtu.

OPTIMIZACIJA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE ZA PACIENTE Z BOLEČINO V HRBTU

Prva točka obsega optimizacijo dopolnjene zdravstvene obravnave in se dotika vseh na novo razvitih intervencij (triazna fizioterapija, delavnica za paciente s kronično bolečino v hrbtu in vzdrževalni program), pa tudi dela izbranih osebnih zdravnikov.

Podrobnejši predlogi bodo predstavljeni v nadaljevanju (v poglavjih, vezanih na posamezno intervencijo), na tem mestu pa navajamo **nekaj splošnih usmeritev**, ki veljajo za vsa sledeča poglavja:

- Pri oblikovanju optimizirane zdravstvene obravnave je potrebno upoštevati spoznanja pilotne raziskave, ki jih obravnava ta monografija, in značilnosti slovenskega zdravstvenega sistema. Pri pregledu ugotovitev pilotne raziskave je potrebno imeti v mislih, da so bili v intervencije v pilotnem obdobju vključeni le pacienti v starostni kategoriji 18 do vključno 65 let, ena četrtnina vseh obiskov izbranih osebnih zdravnikov zaradi bolečine v hrbtu pa je bila na račun pacientov, starejših od 65 let (str. 41).
- Nujno je, da pri tem **sodelujejo strokovnjaki vseh relevantnih zdravstvenih strok**, pri čemer je pomembna izmenjava njihovih strokovnih mnenj za vsakega izmed delov dopolnjene zdravstvene obravnave in ne le za področje, na katerem posamezen strokovnjak sicer deluje (povedano drugače, pomembno je, da npr. model triazne fizioterapije sooblikujejo ne le fizioterapevti, pač pa tudi spec. družinske medicine, ki so tisti, ki paciente napotujejo na fizioterapijo). To je pomembno tudi zato, ker **morajo deli zdravstvene obravnave delovati kot celota.**
- Poskrbeti je treba za **vzporedni razvoj in dodelavo vseh predlaganih intervencij** ter za **hkratno vpeljavo le-teh v izbrana zdravstvena okolja**, saj se lahko le tako zagotovi, da bo dopolnjena zdravstvena obravnava delovala kot celota in dosegla svoj namen. Pri tem predlagamo strategijo postopnosti (npr. izbor tistih zdravstvenih domov, ki vsaj deloma že imajo ustrezen in usposobljen kader, ki

lahko začne delati v skladu z dopolnjeno zdravstveno obravnavo in lahko hkrati predstavlja zgled in motivacijo ostalim zdravstvenim domovom).

- Oblikovati je potrebno **jasne in enostavne kriterije**, s pomočjo katerih se bo lahko posamezni zdravstveni strokovnjak, ki obravnava paciente z bolečino v hrbtu, odločil, po kateri poti poslati posameznega pacienta in v kakšnem vrstnem redu naj si sledijo morebitne intervencije, ki so pri njem smiselne.
- Pri oblikovanju kriterijev je potrebno pozornost posvetiti tudi temu, **kako ugotoviti, kje na kontinuumu med akutno in kronično bolečino (v hrbtu) se nahaja določen pacient**, saj je od tega odvisno, kako močno se mu je potrebno posvetiti, in glede na to prilagajati intervencije, ki so zanj najustreznejše.
- V sklopu optimizacije dopolnjene zdravstvene obravnave je potrebno **razmisliti tudi o »korenčkih in palicah« za paciente** in te (tudi) na ta način spodbuditi k aktivnemu pristopu k svojemu zdravju (primer: če pacientu pripade obisk triažnega fizioterapevta, se mora udeležiti tudi vzdrževalnega programa, kjer se bo naučil izvajanja telesnih vaj ipd.). To je pomembno zaradi relativno majhne mere samoaktivnosti pacientov pri ohranjanju svojega zdravja, ki pa je pri preprečevanju bolečine v hrbtu ključnega pomena.
- Poskrbeti je treba za **informiranost vseh zdravstvenih delavcev in drugih deležnikov o dopoljnjeni zdravstveni obravnavi**. Pomembno je, da slednjo poznajo ne samo zdravstveni delavci na primarni zdravstveni ravni, temveč tudi vsi specialisti, ki delajo s pacienti z bolečino v hrbtu. Ustrezno informirani morajo biti tudi pacienti z bolečino v hrbtu sami, njihovi delodajalci ter zasebni ponudniki zdravstvenih, gibalnih in psiholoških vsebin. Le tako bodo lahko ljudje s težavami s hrbtom, hitro dobili dostop do kakovostnih informacij in intervencij, ki so zanje najbolj smiselne, ne glede na to, v kateri fazi zdravljenja trenutno so.

TRIAŽNA FIZIOTERAPIJA

Trenutno stanje:

Za testno izvedbo triažne fizioterapije je veljalo, da so bili nanjo napoteni vsi pacienti z akutno bolečino ali akutnim poslabšanjem sicer že dlje časa prisotne bolečine v hrbtu. Na triažno fizioterapijo niso bili napoteni pacienti s kronično bolečino brez akutne epizode (za njih je bil predviden obisk delavnice o kronični bolečini v hrbtu). Strokovnjaki, ki so sodelovali pri razvoju predloga triažne fizioterapije, so predlagali, da triažna fizioterapija poteka v obdobju enega meseca oz. z največ enim obiskom na teden v skupnem številu ene do največ treh obravnav. V praksi je triažni fizioterapevt presodil, da skoraj vsi pacienti potrebujejo tri fizioterapevtske obiske, poleg tega jih je obravnaval zgolj individualno, ne pa v skupinah (str. 30 in str. 59).

V sklopu (multidisciplinarnega) sodelovanja strokovnjakov je potrebno najprej odgovoriti na sledeča vprašanja oz. razmisliti o sledečem:

- **Pacientom s katero vrsto bolečine naj pripada obisk triažne fizioterapije?** Ali res vsi pacienti z akutno epizodo bolečine potrebujejo obisk triažnega fizioterapevta ali pa bi bilo optimalneje, da se nekaterim predpiše le nekajdnevni počitek in analgetik? Je smiselno, da se po prenehanju akutne bolečine nekatere paciente pošlje kar na vzdrževalni program, brez predhodnega obiska triažne fizioterapije? Je po drugi strani bolje, da imajo vsaj en obisk triažnega fizioterapevta vsi pacienti, tudi tisti s kronično bolečino (kot triaža pred vstopom v delavnico o kronični bolečini)? Kolikokrat na leto je posameznik upravičen do obiska triažnega fizioterapevta? Kakšni so torej kriteriji, po katerih izbrani osebni zdravnik presodi, koga in v katerem primeru napotiti na triažno fizioterapijo?
- **Kako ugotoviti, kako kompleksno obravnavo potrebuje posamezni pacient?** Bi pri tem lahko pomagal vprašalnik STarT Back, ki paciente razvrsti v tri skupine glede na stopnjo tveganja za razvoj kronične bolečine? Je res nujno, da vsem pacientom pripadejo trije obiski triažne fizioterapije?
- V navezavi na zgornjo točko je potrebno postaviti tudi **jasne kriterije za individualno in skupinsko obravnavo** v okviru triažne fizioterapije. Je res nujno, da so vsi pacienti obravnavani individualno ali pa je optimalneje paciente z »manj resno« bolečino obravnavati v skupinskem formatu (str. 61)?
- **Kako časovno razvrstiti pogostost obiskov posameznega sklopa triažne fizioterapije?** Bi lahko, tudi z mislijo na skrajšanje bolniškega staleža (str. 111), obiske predvideli bližje skupaj?
- Kaj pri uvedbi dopolnjene zdravstvene obravnave **storiti s pacienti, ki so že v čakalni vrsti** na fizioterapijo po obstoječi zdravstveni obravnavi?

Vzporedno s tem je potrebno razumeti/preiskati/izvesti sledeče:

- **Koliko triažnih fizioterapevtov bi potrebovali za vpeljavo novega modela triažne fizioterapije na nacionalno raven?** Pri tem je potrebno izračunati (tudi), koliko takih fizioterapevtov glede na svojo velikost potrebuje posamezni zdravstveni dom. Morda je potrebno upoštevati tudi to, da lahko na začetku uvedbe dopolnjene zdravstvene obravnave pričakujemo povečan pripad pacientov z bolečino zaradi razširitve informacije o izboljšani dostopnosti fizioterapije.
- **Koliko fizioterapevtov v javnem zdravstvenem sistemu ima ustrezna specialna znanja za prevzem vloge triažnih fizioterapevtov?** Koliko je fizioterapevtov s temi

znanji v zasebnem sektorju? Je vseh fizioterapevtov dovolj, da se ohranijo vsa obstoječa fizioterapevtska mesta in dodajo nova za triažne fizioterapevte? Lahko pričakujemo, da bo uvedba triažnega fizioterapevta zmanjšala obremenitev obstoječih fizioterapevtov?

- V kolikor je fizioterapevtov s specialnimi znanji premalo, je potrebno razmisliti, kako fizioterapevte motivirati za pridobitev novih specialnih znanj. Se lahko najde plačnik, ki bi financiral tovrstna izobraževanja?
- **Izobraževati (potencialne bodoče triažne) fizioterapevte o triažiranju in kronični bolečini**, da bodo v večji meri seznanjeni s to temo že pred uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave. Tovrstne vsebine je morda smiselno načrtno vključiti v konference in druga fizioterapevtska srečanja, morda razmisliti tudi o izpeljavi ločenih izobraževanj, namenjenih tej temi. Pomembno je, da so ob uvedbi novega modela triažne fizioterapije fizioterapevti že usposobljeni za svoje delo.
- Razmisliti, ali je smiselno, da se ob uvedbi triažne fizioterapije za paciente z bolečino v hrbtu **uvade triažna fizioterapija za vsa stanja**, zaradi katerih so pacienti lahko napoteni na fizioterapijo.
- **Identificirati vse potrebne organizacijske in zakonodajne spremembe** (npr. sprememba obračunskega modela v fizioterapiji) na področju fizioterapije, ki so osnova za postavitve modela triažne fizioterapije, in izvesti vse potrebne dogovore za dejansko implementacijo potrebnih sprememb z deležniki (npr. z ZZS).

Nato pa na podlagi vsega zgoraj naštetega oblikovati najbolj optimalen model triažne fizioterapije, ki bo vključeval:

- Jasno navedene kriterije pacientov, ki jim triažna fizioterapija pripada, in umeščenost triažne fizioterapije v celoten predlog dopolnjene zdravstvene obravnave.
- Sistem »korenčkov in palic«, ki bodo prispevali k samoaktivnosti pacientov pri skrbi za lastno zdravje.

Trenutno stanje:

Približno en mesec trajajoča delavnica je bila ponujena kot pomoč velikemu številu pacientov, ki so že razvili kronično obliko bolečine v hrbtu. V testni izvedbi je posamezna delavnica obsegala osem 90-minutnih srečanj, ki so jih izvajali spec. družinske medicine, fizioterapevt in psiholog. Število udeležencev je bilo omejeno na maksimalno deset (str. 30 in str. 69).

Pri pripravi končne oblike te delavnice je najprej potrebno razmisliti/odgovoriti na sledeče:

- Opredeliti, **kateri strokovni profili so nujni del razvojne ekipe za pripravo delavnice.** To je najbrž odvisno tudi od nabora strokovnjakov, ki bodo delavnico izvajali. Vsekakor je pri oblikovanju delavnice nujno sodelovanje Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Soča (ki ima razvite programe za kronično nerakavo bolečino) in Nacionalnega inštituta za javno zdravje (ki je specializiran za pripravo zdravstvenovzgojnih delavnic na primarni zdravstveni ravni).
- **Kateri pacienti so tarčna populacija delavnice?** Le pacienti s kronično bolečino hrbta ali pa je smiselno, da je delavnica namenjena vsem pacientom s kronično bolečino (principi biopsihosocialnega modela bolečine so namreč enaki v primeru katere koli kronične bolečine)?
- **Razmisliti o najbolj optimalni strukturi delavnice.** Bi bilo zaradi večjega dosega smiselno povečati število mest delavnice ali pa se bo na ta način stopnja kakovosti delavnice znižala? Je trenutno število predvidenih srečanj in njihovo trajanje optimalno? Bi bilo zaradi olajšanja organizacijskega vidika delavnice smiselno, da srečanja namesto treh vodita dva strokovnjaka (zgolj fizioterapevt in psiholog, denimo)?
- Razmisliti o **izvedbi izobraževanj za bodoče izvajalce delavnice.** Pomembno je, da so ob uvedbi dopolnjene zdravstvene obravnave vsi izvajalci že primerno usposobljeni za njeno izvajanje. Morda bi za začetek bila možna rešitev ta, da bi razvojna ekipa delavnice hkrati delovala kot »mobilni tim«, ki bi delavnico izvajal v različnih zdravstvenih domovih, postopoma pa bi tako pridobljene izkušnje predajal obstoječemu kadru znotraj Centrov za krepitev zdravja (CKZ) na nacionalnu ravni, ki bi nato prevzeli izvajanje delavnice v svojih zdravstvenih domovih.
- **Identificirati vse potrebne organizacijske spremembe,** potrebne za uvedbo nove delavnice v CKZ-jih.

Izboljšati je potrebno vsebino delavnice in razmisliti o drugih aktivnostih, vezanih nanjo:

- **Prilagoditi delavnico, da bo ta v čim večji meri dosegla svoj cilj.** V sklopu tega se zdi smiselno poenostaviti vsebino delavnice, da bo ta dostopna tudi posameznikom z nižjo stopnjo izobrazbe; vsebino oklestiti in namesto tega bolj poudariti pridobivanje praktičnega znanja o načrtovanju svojega življenja na način, ki bo vodil v izboljšanje kakovosti življenja in zmanjšanje bolečine (tako preko pravilnega gibanja kot preko pridobitve psiholoških veščin).
- **Pripraviti vse potrebne materiale za izvedbo delavnice** oz. v skladu z zgornjo alinejo smiselno preoblikovati že obstoječe materiale (ppt predstavitev, spremljajoče besedilo, gradiva za udeležence delavnice, priprava informacijskih zloženk, materiali za izobraževanje bodočih izvajalcev delavnice).
- V navezavi na prejšnjo točko se zdi zelo smiselno poskrbeti tudi **za prevod knjige Explain Pain² in delovnega zvezka Protectometer⁴**, na katerih sloni trenutno oblikovani predlog delavnice, ki bosta služila ne samo za izobraževanje izvajalcev delavnice in udeležence delavnice, pač pa tudi za promocijo znanja o kronični bolečini med zdravstvenim osebjem in med laično javnostjo.
- Razmisliti o pripravi video vsebin za **promocijo delavnice in prevedenih knjig**, da se bodo informacije o delavnici in kronični bolečini lažje razširile tako med zdravstvenim osebjem kot med pacienti s kronično bolečino.
- Razmisliti, **ali je smiselno in časovno upravičeno, da psiholog pred pričetkom delavnice opravi individualne pogovore z udeleženci**, ki služijo prilagoditvi vsebin delavnice za to specifično skupino. Bi bili razgovori smiselni še pred izborom udeležencev, da bi se na delavnico napotilo le najbolj primerne kandidate (in preostale usmerilo v za njih primernejšo obravnavo, npr. najprej k reševanju morebitne razpoloženske problematike ipd.)?
- Pred začetkom izvajanja delavnice v zdravstvenem domu je potrebno spec. družinske medicine, ki bodo na delavnico napotovali, seznaniti z vsebino delavnice in tem, komu je namenjena (morda tudi s pomočjo video vsebin s prejšnje točke?)

Na podlagi vsega zgoraj naštetega oblikovati optimalen model delavnice o kronični bolečini, ki bo vseboval:

- Jasno navedene kriterije pacientov, ki jim delavnica pripada, in umeščenost delavnice v celoten predlog dopolnjene zdravstvene obravnave. Pri tem razmisliti o smiselnem vrstnem redu obravnav za posamezno vrsto pacienta (npr. je potrebno paciente s prevelikim indeksom telesne mase pred obiskom te delavnice napotiti na delavnico hujšanja?).

- Sistem »korenčkov in palic«, ki bodo prispevali k samoaktivnosti pacientov pri skrbi za lastno zdravje.

SPODBUDE ZA OBISK DRUGIH DELAVNIC V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA

Izkušnje, pridobljene med pilotnim testiranjem dopolnjene zdravstvene obravnave v zdravstvenem domu kažejo, da so tako **zdravstveni delavci kot tudi pacienti nezadostno seznanjeni z obstoječimi delavnicami**, ki so na voljo v Centrih za krepitev zdravja (CKZ).

Praksa je, da zaposleni v CKZ-ju aktivno iščejo udeležence za delavnice, ker jih je na njih napotenih premalo. Obstoječe delavnice sicer obsegajo teme, ki so pomembne tudi za (nekatere) paciente z bolečino v hrbtu, kot so na primer zdravo hujšanje, spopadanje s stresom, depresijo in anksioznostjo, spoznavanje tehnik sproščanja ipd. Pomembno bi bilo, da se **delavnice ustrezno promovira** neodvisno od dopolnjene zdravstvene obravnave, nakazuje pa se tudi pomembno povezovanje intervencij dopolnjene zdravstvene obravnave in obstoječih delavnic, npr. udeležba določene delavnice kot predpriprava na delavnico o kronični bolečini ali pa obisk določene delavnice v času, ko pacient čaka, da pride na vrsto za obisk delavnice o kronični bolečini ipd.

Podatki, navedeni na str. 51, kažejo, da sta v testnem zdravstvenem domu med tistimi pacienti z bolečino v hrbtu, ki so odgovorili na vprašanje o telesni masi, kar dve tretjini pacientov z zvečano telesno maso in ena četrtnina debelih, kar nakazuje, da bi bil za mnoge paciente z bolečino v hrbtu priporočljiv obisk delavnice, namenjene zdravemu hujšanju, ki se v okviru CKZ že izvaja.

VZDRŽEVALNI PROGRAM

Trenutno stanje:

V pilotnem obdobju je bil vzdrževalni program razvit kot nadaljevanje delavnice o kronični bolečini, da bi pacienti novo pridobljena znanja uspešno prenesli v vsakdanje življenje. Prvotno je bil zamišljen kot dvomesečni program šestnajstih srečanj, v okviru katerega bi srečanja izvajala psiholog (psihološke veščine) in kineziolog (gibalna vadba). Zaradi kadrovskih omejitev so bili kasnejši vzdrževalni programi sestavljeni zgolj iz vadbenih enot. Obisk vzdrževalnega programa je bil relativno majhen, kar je moč pripisati finančnim razlogom (participatorni znesek) in predvsem veliki časovni obvezi (dvakrat na teden po 60 minut). Tarčna populacija vzdrževanega programa so bili kronični pacienti z bolečino v hrbtu (str. 30 in str. 79).

V trenutni obliki je vzdrževalni program v primerjavi z drugimi intervencijami manj dodelan.

Najprej bi bilo potrebno razmisliti o sledečem:

- **Kdo naj bo vključen v razvojno ekipo** za pripravo vzdrževalnega programa? Na podlagi izkušenj iz projekta se kaže, da je dober kandidat fakulteta (s programi kineziologije in fizioterapije), ki ima vse potrebne kapacitete za vsebinsko osnovanje vzdrževalnega programa. Nujno bi bilo tudi sodelovanje psihologa, saj je osvajanje psiholoških veščin, sploh pri kronični bolečini, prav tako pomembno kot telesna vadba.
- **Komu bi vzdrževalni program pripadal?** Samo pacientom po zaključeni delavnici o kronični bolečini? Ali pa je smiselno, da se vzdrževalni program oblikuje tudi za paciete z akutno bolečino, ki končajo obravnavo pri trižnem fizioterapevtu? Je smiselno, da se program ponudi tudi nekaterim pacientom, ki niso bili deležni omenjenih intervencij (npr. namesto trižne fizioterapije za paciente z blažjo obliko akutne bolečine). Je smiselno, da so vanj vključeni tudi pacienti z drugimi bolečinami in ne samo tisti z bolečino v hrbtu (to je seveda odvisno tudi od tarčne populacije trižne fizioterapije in delavnice o kronični bolečini)?
- **V povezavi z zgornjo točko opredeliti, ali je smiselno vzdrževalni program razdeliti na dva ločena dela:** za paciente z akutno bolečino in za tiste s kronično bolečino (v hrbtu)? Izkušnje iz projekta in literatura namreč kažejo, da se ti dve skupini pacientov preveč razlikujeta, da bi jima lahko ponudili uniformen gibalno-psihološki program (prva skupina potrebuje predvsem spodbudo za redno izvajanje koristnih aktivnosti po načelih postopnosti, pacienti s kronično bolečino pa morajo poleg omenjenega osvojiti tudi veščine in tehnike za premagovanje strahu pred gibanjem in psihološke veščine za obvladovanje stresa in spremembo prepričanj).

Nato bi bilo potrebno razmisliti o umeščenosti vzdrževalnega programa v zdravstveni sistem oz. zunaj njega, kar vključuje razmislek o sledečem:

- **V katero okolje bi bilo najbolje umestiti vzdrževalni program?** Smiselno bi bilo, da se oblikuje načrt povezovanja zdravstvenega sistema z že obstoječimi **ponudniki gibalnih programov v lokalnem okolju** in da so slednji tisti, ki vodijo vzdrževalne programe. Pomembno je namreč, da se paciente napoti v lokalno okolje, saj lahko le tako zagotovimo vzdržan sistem, ki dodatno ne obremenjuje zdravstvenega sistema.
- V navezavi na prejšnjo točko je torej potrebno **identificirati kakovostne ponudnike programov** s področja telesne vadbe (in psihologije, če obstajajo) v okolju posameznega zdravstvenega doma in **sestaviti nabor ustreznih ponudnikov**, ki lahko nudijo ustrezne programe za paciente po prehodu skozi akutno bolečino. Ta nabor je nato na voljo v čakalnicah zdravstvenega doma in/ali na spletnem mestu ipd.

- **Izobraziti že obstoječe ponudnike programov v lokalnem okolju**, da bodo sposobni ponuditi prilagojene programe tudi pacientom s kronično bolečino v hrbtu. Možno je tudi, da se **za te paciente raje oblikuje vzdrževalni program, ki je umeščen v zdravstveni dom**, medtem ko se v lokalno okolje napotuje paciente po koncu akutne epizode bolečine. Vsekakor pa je potrebno, da se o kronični bolečini izobrazijo tudi ponudniki programov v lokalnem okolju, da se lahko v programe vključijo tudi pacienti s kronično bolečino po končani zdravstveni obravnavi.
- **Identificirati vse organizacijske in druge spremembe**, vezane na vpeljavo vzdrževalnega sistema v zdravstveni sistem oz. povezavo slednjega z lokalnim okoljem. V okviru tega razmisliti tudi, kdo je plačnik vzdrževalnega programa; kako spodbuditi ponudnike iz lokalnega okolja k sodelovanju ipd.

Vzporedno bi bilo potrebno oblikovati vsebino programa:

- Najprej raziskati že obstoječe **primere dobre prakse**, kako uspešno motivirati ljudi za vključevanje in redno udeležbo gibalnih programov (npr. s pomočjo izvajanja rednih telesnih meritev, ki kažejo na napredek v telesni zmogljivosti udeležencev programa idr.).
- Razmisliti o **predpisani vsebini oz. načinu dela** – predvsem za programe, ki bodo namenjeni pacientom s kronično bolečino.
- V sklopu tega **razmisliti tudi o izdelavi kratkih, preprostih in predvsem uniformnih knjižic z osnovnimi informacijami o skrbi za zdravo hrbtenico** oz. gibalnih vajah, ki jih lahko posameznik izvaja doma, in so na voljo tudi izbranim osebnim zdravnikom, da paciente lažje usmerijo k samoaktivnosti. Pri tem pregledati tudi vso tovrstno literaturo, ki je že na voljo.
- **Razmisliti tudi o postavitvi spletne platforme z video vsebinami** za samostojno izvedbo gibalnih aktivnosti za paciente z bolečino (v hrbtu) in vsemi drugimi relevantnimi informacijami, kar bi bilo koristno za opolnomočenje širše javnosti in spodbujanje samoaktivnosti v povezavi z ohranjanjem zdrave hrbtenice. Spletna platforma bi dostop do kakovostnih vsebin omogočila tudi vsem, ki se iz različnih razlogov ne morejo ali ne želijo udeleževati vzdrževalnih programov v živo.

Vse zgornje točke rezultirajo v modelu vzdrževalnega programa, ki vsebuje:

- jasno navedene kriterije napotitve pacientov v vzdrževalni program, umeščenost programa v celoten predlog dopolnjene zdravstvene obravnave in povezavo z lokalnim okoljem in

- o sistem »korenčkov in palic«, ki bodo prispevali k samoaktivnosti pacientov pri skrbi za lastno zdravje (npr. možnost brezplačnega udeleženja na posameznem vzdrževalnem programu ob redni udeležbi ipd.).

DELO IZBRANIH OSEBNIH ZDRAVNIKOV

Izkušnje, pridobljene med pilotno raziskavo, kažejo, da so izbrani **osebni zdravniki (pa tudi drugi zdravstveni delavci) nezadostno seznanjeni z najnovjšimi nevroznanstvenimi dognanji s področja (kronične) bolečine.**

Med pilotnim testiranjem se je izkazalo tudi, da odločitev o vrsti pacientove bolečine (akutna ali kronična) za izbranega osebnega zdravnika ni vedno enostavna (Preglednica 4), je pa v okviru dopolnjene zdravstvene obravnave pravilnost odločitve pomembna, ker vpliva na to, katere obravnave posameznemu pacientu pripadajo.

Če želimo izboljšati znanje o kronični bolečini in s tem izboljšati obravnavo pacientov s takimi težavami, je potrebno **izvesti izobraževanja, usmerjena v (kronično) bolečino**, kar se lahko vsaj deloma stori tudi preko promocije knjig in priprave video vsebin, omenjenih v zgornjih poglavjih. Nujno bi bilo, da se sistematična izobraževanja o (kronični) bolečini izpelje postopoma, na primer sprva v tistih zdravstvenih domovih, ki bodo prvi začeli z izvajanjem dopolnjene zdravstvene obravnave.

Vzporedno s tem bi bilo smiselno poskrbeti za **vpeljavo vsebin o (kronični) bolečini tudi v izobraževalni sistem na vseh ravneh.**

Pomembno je tudi, da **se izbrani osebni zdravniki zavedajo pomena, ki ga ima aktivna skrb za ohranjanje delazmožnosti pacientov** z bolečino v hrbtu. Ohranjanje delazmožnosti je v prvi vrsti pomembno za paciente, saj se s podaljševanjem odsotnosti z dela zmanjšuje verjetnost, da se bo pacient sploh kdaj vrnil nazaj na delo, kar ima pomembne psihosocialne in ekonomske posledice zanj. Po drugi strani pa je zelo pomembno, da se zdravstveni delavci in pacienti zavedajo nesorazmerno velikega finančnega bremena, ki ga za zdravstveno blagajno predstavlja dolgotrajni bolniški stalež. Z aktivnim omejevanjem dolgotrajnega bolniškega staleža se lahko ustvari pomembne prihranke za zdravstveno blagajno, kar posledično pomeni več denarja za dvig kakovosti in kvantitete zdravstvenih storitev.

Izbrani osebni zdravniki imajo v zdravstvenem sistemu pomembno vlogo, saj so navadno prva točka katere koli klinične poti in tudi tisti zdravstveni strokovnjak, ki je s posameznim pacientom največkrat v stiku. Pacienti izbrane osebne zdravnike dojemajo kot avtoriteto. Zaradi vsega naštetega je pomembno, da so ti **glavni nosilec sprememb v kulturi pacientov**, kjer še vedno vladajo napačna prepričanja, kot so mišljenje, da bo odkritje vzroka za izvor bolečine nujno vodilo v razrešitev bolečine,

pripisovanje prekomerne pomembnosti slikovni diagnostiki in pasivno čakanje na razrešitev težav z zdravjem.

Vse naštetu med drugim vodi v nepotrebne napotitve k specialistom in/ali na slikovno diagnostiko.

Čeprav to ni preprosta naloga, bi bilo pomembno, da osebni zdravniki postanejo pionirji spreminjanja te kulture. Razumljivo je, da so velikokrat potisnjeni v situacijo, ko pacientom z bolečino v hrbtu, še posebej tistim s kronično obliko te bolečine, ne morejo ponuditi nobene obravnave, kar rezultira v napotitvah na slikovno diagnostiko in/ali k specialistom, velikokrat tudi zaradi pritiska pacientov. A z uvedbo dopolnjene zdravstvene obravnave, ko bodo na voljo intervencije tudi za takšne paciente, je potrebno te nove obravnave razumeti kot alternativo prej omenjenim napotitvam, ne pa kot še eno dodatno obravnavo, ki se lahko ponudi pacientu. Seveda ni potrebno posebej poudarjati, da so v primerih, ki to zahtevajo, pacienti napoteni k ustreznemu specialistu.

KRITERIJI ZA NAPOTOVANJE NA SLIKOVNO DIAGNOSTIKO IN K SPECIALISTOM

Zaradi že v prejšnji točki nakazanih težav pri napotovanju na slikovno diagnostiko in k specialistom, bi bilo potrebno:

- o določiti **jasne kriterije, kdaj je slikovna diagnostika res smiselna** in kdaj ne;
- o določiti **jasne kriterije, kdaj je po opravljeni triažni fizioterapiji/delavnici o kronični bolečini res potrebno napotovanje k specialistom** in kdaj ne (pri tem je potrebno poleg spec. družinske medicine sodelovati s spec. ortopedije, nevrokirurgije, nevrologije, fizikalne in rehabilitacijske medicine);
- o spodbujati napotovanje v programe za kronično nerakavo bolečino na URI Soča pri tistih pacientih s kronično bolečino, ki so že močno onemogočeni zaradi svojega stanja (predpogoj je, da izbrani osebni zdravniki takšne paciente prepoznajo, zaradi česar je tudi pomembno izobraževanje o kronični bolečini);
- o ugotoviti, kako se predlagane intervencije za paciente s kronično bolečino povezujejo z aktivnostmi, ki jih predvideva Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, in z obstoječimi socialnimi ukrepi, namenjeni ranljivim skupinam ljudi. Pri kronični bolečini v hrbtu gre namreč pogosto za preplet bioloških, psihičnih in socialnih dejavnikov, ki vplivajo drug na drugega in ki jih je treba obravnavati skupaj;
- o spodbujati izbrane osebne zdravnike, da pacientom **ne ponujajo napotitev na slikovno diagnostiko in na specialistične obravnave, če te niso nujno potrebne**, saj imajo po predlogu dopolnjene zdravstvene obravnave na voljo nove obravnave.

Razmere na delovnem mestu imajo pomemben vpliv na psihofizično zdravje posameznika, kar kažejo tudi ugotovitve, opisane v tej monografiji. Med pacienti z bolečino v hrbtu, ki so bili v obeh pilotnih okoljih vključeni v raziskavo, jih je več kot 65 % zaposlenih, večina za polni delovni čas (str. 45).

Dve tretjini zaposlenih pacientov (z bolečino v hrbtu), ki so v testnem zdravstvenem domu izpolnili Vprašalnik obremenitev na delovnem mestu, poročata o doživljanju stresa pri delu. Od njih dobra tretjina stres doživlja pogosto ali stalno, najpogosteje zaradi psihosocialnih obremenitev, čemur sledijo fizične obremenitve. Med psihosocialnimi obremenitvami več kot polovica pacientov navaja delo pod pritiskom, 40 % opravljanje nadur, zaznati pa je tudi obremenjenost zaradi monotonega dela in slabih odnosov na delovnem mestu. Med fizičnimi obremenitvami več kot tri četrtine pacientov poroča, da se pri delu v službi ali doma pogosto sklanja, vzdržuje prisilno držo, dela z bremenami in obrača ramenski obroč. Več kot polovica pacientov dela težje fizično delo. Velika večina vseh naštetih fizičnih obremenitev se po poročanju pacientov dogaja v službi (str. 55).

Povedni so tudi podatki o izidih poklicne rehabilitacije. Po mnenju spec. MDPŠ bi bili pri pacientih z bolečino v hrbtu ob poklicni rehabilitaciji najpogosteje potrebni naslednji ukrepi: prilagoditev delovnega mesta in vrnitev na staro delovno mesto, izvedba izobraževanj na temo promocije zdravja na delovnem mestu za zaposlene v podjetju in reorganizacija delovnega procesa (str. 83).

Javnozdravstvene intervencije torej ne morejo biti zares učinkovite, če posameznik na delovnem mestu, kjer navadno preživi tretjino dneva, ne zna ali nima možnosti skrbeti za zdravje svoje hrbtenice.

Zato smo v pilotnem obdobju predvideli sodelovanje izbranega osebnega zdravnika s pacientovim pooblaščenim specialistom medicine dela, prometa in športa (spec. MDPŠ), ki je tisti zdravstveni strokovnjak, ki najbolje pozna razmere na delovnem mestu. Ker specialisti MDPŠ niso del javnega zdravstvenega sistema, smo skušali z intervencijami v pilotnem izvajanju dopolnjene zdravstvene obravnave to premostiti. Tako smo uvedli konzultacijo med izbranim osebnim zdravnikom in pacientovim pooblaščenim spec. MDPŠ (str. 31). S tem smo želeli okrepiti sodelovanje med pacientovim osebnim zdravnikom (kot odločevalcem o začetku/koncu bolniškega staleža) in spec. MDPŠ (ki pozna pacientovo delovno mesto, a ni del javnega zdravstvenega sistema). Druga novost se je nanašala na uvedbo zgodnje poklicne rehabilitacije (str. 32), s čimer smo želeli pacientom na bolniškem staležu pomagati pri čim hitrejši vrnitvi na delovno mesto v sodelovanju s pacientovim delodajalcem.

Izkazalo se je, da intervencije, čeprav v teoriji smiselno načrtane, v pilotnem okolju niso zares zaživele. To je po našem mnenju v veliki meri posledica dejstva, da je šlo za spremembe v načinu dela, ki zahteva vzpostavitev zaupanja in sodelovanja med izbranimi osebnimi zdravniki in spec. MDPŠ, za kar pa je potreben čas in zelo proaktivni

pristop na obeh straneh. Zato se nam zdi v nadaljnjem razvoju teh intervencij ključno naslednje:

- Ob uvajanju novega načina dela je smiselno **graditi na izkušnjah tistih spec. MDPŠ, ki na ta način že zdaj delajo v praksi** na primarni zdravstveni ravni ter koncept testirajo in razvijajo (tudi v okviru Centra za poklicno rehabilitacijo na URI Soča) in z njimi **vzpostaviti tesno sodelovanje**. Njihove večdesetletne izkušnje iz prakse ob upoštevanju najsodobnejših dognanj iz drugih držav so lahko dobra osnova za razvoj tega področja v Sloveniji.
- Spec. MDPŠ, ki vodijo poklicno rehabilitacijo, potrebujejo **strokovna znanja s področja medicije in/ali reševanja konfliktov**, da lahko uspešno vodijo proces vračanja na delo v sodelovanju med zdravstvenimi delavci, pacienti in delodajalci.
- Ustvariti je treba pogoje za **vzpostavitev zaupanja med izbranimi osebnimi zdravniki in spec. MDPŠ**. V procesu vračanja na delo so za odločitve o bolniškem staležu odgovorni izbrani osebni zdravniki, ki čutijo veliko odgovornost do svojih pacientov. Zato morajo zaupati spec. MDPŠ, da bo deloval v dobro pacienta.
- Poskrbeti je treba tudi za **formalne in tehnične pogoje, ki bodo podpirali in spodbujali to sodelovanje**. Trenutno izbrani osebni zdravniki nimajo dostopa do informacije o tem, kdo je pacientov pooblaščen spec. MDPŠ, niti ne morejo pacienta napotiti na poklicno rehabilitacijo k spec. MDPŠ.
- Čeprav so **za slabe razmere na delovnem mestu velikokrat odgovorni delodajalci**, ki zaposlenim ne omogočajo uporabe pripomočkov, ergonomsko primernih delovnih mest ali ki na njih še vedno gledajo kot na »potrošni material«, pa je na drugi strani pomembna **tudi odgovornost posameznikov, da so neodvisno od delodajalca aktivni pri skrbi za lastno zdravje** (da npr. uporabljajo pripomočke za delo, če so jim ti na voljo). Zaposleni morajo za svoje zdravje skrbeti tudi v času izven službe. Podatki denimo kažejo, da le 20 % zaposlenih, ki so odgovorili na to vprašanje, tedensko izvajajo priporočeno količino telesne vadbe (str. 51).
- Slabe razmere na delovnem mestu so lahko tudi posledica **pomanjkanja znanja s strani delodajalcev. Podjetja potrebujejo pomoč pri spremembah načina dela ter vpeljavi ergonomskih, organizacijskih in psiholoških sprememb** za več zdravja delavcev. To so sicer kompleksne spremembe, ki zahtevajo specializirana znanja, so pa za podjetja (in državo) dolgoročno vsekakor ekonomsko smiselne.
- **Podjetjem je potrebno ponuditi več ukrepov za promocijo zdravja** na delovnem mestu.

- Nekatera podjetja, predvsem manjša, se v nekaterih vidikih lahko le s težavo prilagodijo zaposlenemu iz povsem legitimnih vzrokov (zaposlenega, ki ima hude težave s hrbtom, npr. ne morejo zaposliti na drugem delovnem mestu, ker drugačnih delovnih mest znotraj njihovega podjetja sploh ni ipd.).

Izkušnje s testno izvedbo intervencij, vezanih na področje MDPŠ, so nam pokazale:

- Pacienti z bolečino v hrbtu oz. visoko stopnjo bolniškega staleža lahko služijo kot »vstopna točka« za intenzivnejše delo s celim podjetjem.
- Ne glede na to, kakšne intervencije se bodo oblikovale, je potrebno upoštevati, da so pacienti (zaposleni) šibka stranka v postopku in jih je treba temu primerno zaščititi.

Z intervencijami dopolnjene zdravstvene obravnave pri zmanjševanju težav z bolečino hrbta v delovni populaciji ne bomo uspešni, kot bi si želeli, če ne bomo vzporedno stremeli k spremembam razmer na delovnih mestih. Vendar pa je urejanje tega področja zaradi obsežnosti problema ločena enota, ki je presegala namene tega projekta. **Pri snovanju intervencij za več zdravja hrbtenice v povezavi z delovnim mestom je potrebno dobro razumeti vidike vseh deležnikov, ki so povezani s tem področjem.** To so poleg pacientov (zaposlenih), spec. MDPŠ in delodajalcev tudi predstavniki Zavoda za invalidsko in pokojninsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ) in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in drugi. Šele dobro celostno razumevanje tega problema z zornih kotov vseh deležnikov lahko v tesnem sodelovanju s temi deležniki pripelje do smiselnih in dolgoročno vzdržnih sprememb na tem področju.

Po našem mnenju je prvi ključni korak v prizadevanjih za ohranjanje delazmožnosti in za omejevanje dolgotrajnega bolniškega staleža zaradi bolečine v hrbtu vzpostavitev okoliščin, ki bodo podpirale **tesno sodelovanje med pacientovim izbranim osebnim zdravnikom in pacientovim pooblaščenim spec. MDPŠ** (tj. možnost konzultacije in napotitve pacienta na poklicno rehabilitacijo).

OPTIMIZACIJA ZBIRANJA ZDRAVSTVENIH PODATKOV

V obdobju projekta smo se veliko ukvarjali z zdravstvenimi podatki, ki se beležijo v informacijskih sistemih zdravstvenih domov ter zbirkah podatkov na NIJZ (e-naročanje) in ZZZS. Ugotovili smo, da:

- Napotitve na fizioterapijo se ne beležijo preko sistema e-naročanja, ker zanje niso predvidene e-napotnice, kar pomeni, da ni mogoče pridobiti točnega vpogleda v napotovanje na fizioterapijo s strani izbranih osebnih zdravnikov.
- Ob predpisu zdravila se ne zabeleži diagnoza, zaradi katere je pacient prejel recept, kar pomeni, da ni mogoče z gotovostjo ugotoviti, za katere bolezni se predpisujejo (katera) zdravila.

- Tudi ob obračunu nekaterih zdravstvenih storitev (npr. fizioterapije, delovne terapije, zdraviliškega zdravljenja) se v podatkovnem sistemu ZZS ne beležijo napotne diagnoze. Zato ne moremo vedeti, na račun katerih diagnoz se te storitve izvajajo ter poslednično težko ocenjujemo stroške in načtujemo optimizacije v zdravstvenem sistemu.
- Isti zdravstveni podatki se v informacijskih sistemih različnih zdravstvenih domov beležijo na različne načine, zato je pridobivanje istovrstnih podatkov iz različnih zdravstvenih ustanov lahko zelo kompleksna naloga, ki vzame zelo veliko časa in pri kateri je treba neprestano preverjati, če so pridobljeni podatki res točni.
- Ustanove, ki zbirajo zdravstvene podatke, med seboj nimajo sprejetih dogovorov in protokolov za izmenjavo teh podatkov v zdravstveno-raziskovalne namene, zato je združevanje podatkov iz različnih podatkovnih zbirk zelo kompleksna naloga tako v tehničnem kot tudi v administrativno-organizacijskem smislu.

Na podlagi tega zaključujemo, da bi bilo za vse prihodnje projekte, ki se bodo ukvarjali z optimizacijo in načrtovanjem zdravstvenih storitev ter stroškovnimi analizami, nujno **čim bolj poenostaviti zbiranje in analizo zdravstvenih podatkov za raziskovalne in razvojne namene**. Zelo pomembno bi bilo tudi, da **ustanove, ki zbirajo zdravstvene podatke, sprejmejo dogovore o protokolih, ki bodo omogočili enostavnejšo in obenem varno izmenjavo anonimiziranih zdravstvenih podatkov**.

LITERATURA

1. Nacionalni inštitut za javno zdravje. *Osnutek smernic dopolnjene zdravstvene obravnave pacientov z bolečino v hrbtu*. Neobjavljeno gradivo.
2. Butler DS., Moseley GL. *Explain Pain*. 2nd ed. Adelaide City West, SA: Noigroup publications; 2013.
3. Moseley GL, Butler DS. *Explain Pain Supercharged*. Adelaide City West, SA: Noigroup publications; 2017.
4. Moseley GL, Butler DS. *The Explain Pain Handbook: Protectometer*. Adelaide City West, SA: Noigroup publications; 2015.
5. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR, idr. A Consensus Approach Toward the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies. *Spine*. 2008;33(1):95–103. doi:10.1097/BRS.0b013e31815e7f94.
6. Freynhagen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin*. 2006;22(10):1911–1920. doi:10.1185/030079906X132488.
7. Hlebš S, Kirevski M. Zanesljivost dveh v slovenščino prevedenih vprašalnikov o bolečini v križu. *Zdrav vestn*. 2005;74:165–170. <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-LCY41TQG/8c2033a2-1192-4456-96c8-4e2c6c0621a5/PDF>. Pridobljeno 18. maja 2019.
8. Patrick DL, Deyo RA, Atlas SJ, Singer DE, Chapin A, Keller RB. Assessing health-related quality of life in patients with sciatica. *Spine*. 1995;20(17):1899–1909. doi:10.1097/00007632-199509000-00011.
9. Vernon HT, Mior SA. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. *J Manip Physiol Ther*. 1991;14:409–415.
10. Physiopedia. STarT Back Screening Tool. https://www.physio-pedia.com/STarT_Back_Screening_Tool. Pridobljeno 30. marca 2019.
11. Keele University. STarT Back Screening Tool Website. <https://startback.hfac.keele.ac.uk/>. Pridobljeno 7. avgusta 2019.
12. Cimerman M. *Zanesljivost in notranja skladnost slovenskega prevoda Keele Start Back presejalnega vprašalnika za paciente z bolečino v križu*. [magistrsko delo]. Ljubljana: Fakulteta za zdravstvene vede; 2019.
13. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 1993;52(2):157–168. doi:10.1016/0304-3959(93)90127-b.

14. Odbor višjih inšpektorjev za delo (SLIC). Kontrolni seznam: stres pri delu. 2012. http://www.id.gov.si/fileadmin/id.gov.si/pageuploads/Varnost_in_zdravje_pri_delu/Psiho_socialna_kampanja/11._Stress_at_work_checklist_si.pdf. Pridobljeno 10. aprila 2019.
15. Zorjan S, Cukut Krilić S, Šprah L. *Priročnik za obvladovanje psihosocialnih tveganj in absentizma s pomočjo orodja e-OPSA. Prilagojena različica za dejavnosti zdravstvenega in socialnega sektorja*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2016.
16. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri, WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. 1996;67(3):588–597. doi:10.1207/s15327752jpa6703_13.
17. Miller RP, Kori S, Todd D. The Tampa Scale: a measure of kinesiophobia. *Clin J Pain*. 1991;7(1):51–52.
18. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess*. 1995;7(4):524–532. doi: 10.1037//1040-3590.7.4.524.
19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
20. Moseley L. Unraveling the barriers to reconceptualization of the problem in chronic pain: the actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology. *J Pain*. 2003;4(4):184–189. doi:10.1016/S1526-5900(03)00488-7.
21. Hurst H, Bolton J. Assessing the clinical significance of change scores recorded on subjective outcome measures. *J Manipulative Physiol Ther*. 2004;27;26–35. doi: 10.1016/j.jmpt.2003.11.003.
22. World Health Organization. Body Mass Index – BMI. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>. Pridobljeno 30. julija 2019.
23. World Health Organization. Physical Activity and Adults. https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/. Pridobljeno 4. avgusta 2019.
24. Ostelo, RW, de Vet, HC. Clinically important outcomes in low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005;19(4):593–607. doi:10.1016/j.berh.2005.03.003.
25. Young BA, Walker MJ, Strunce JB, Boyles RE, Whitman JM, Childs JD. Responsiveness of the Neck Disability Index in patients with mechanical neck disorders. *Spine J*. 2009;9(10):802–808. doi:10.1016/j.spinee.2009.06.002.
26. Lee H, McAuley JH, Hubscher M, Kamper SJ, Traeger AC, Moseley GL. Does changing pain-related knowledge reduce pain and improve function through changes in catastrophizing? *Pain*. 2016;157(2016):922–930. doi:10.1097/j.pain.0000000000000472.

27. Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke. Veljavna klasifikacija ATC. <https://www.jazmp.si/humana-zdravila/podatki-o-zdravilih/atcchum-klasifikacija/veljavna-klasifikacija-atc/>. Pridobljeno 3. julija 2019.
28. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. *Pravica do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; 2015.
29. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Analiza bolniške odsotnosti z dela po posameznih vzrokih z akcijskim načrtom za njihovo obvladovanje. [https://www.zzzs.si/ZZS/info/gradiva.nsf/0/8ae44e8f559bbeec1258235004fcd09/\\$FILE/ZZS%20Analiza%20bolni%C5%A1kega%20stale%C5%BEa_15.2.pdf](https://www.zzzs.si/ZZS/info/gradiva.nsf/0/8ae44e8f559bbeec1258235004fcd09/$FILE/ZZS%20Analiza%20bolni%C5%A1kega%20stale%C5%BEa_15.2.pdf). Pridobljeno 5. septembra 2019.
30. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Seznam aktivnih zdravnikov v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih. https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/izbira_osebnega_zdravnika/seznam_zdr_v_spl_amb_otr_in_sol_dispan!/uť/p/z0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8ziTQxdPd2N_Q08_f1MTAwcHcOAťGWAsUGgqX5BtqMiAGXwWAY!/. Pridobljeno 28. avgusta 2019.

- asist. dr. Aleksander Stepanović, dr. med., spec. spl. med.
- prof. dr. Rok Vengust, dr. med., spec. ortop.
- doc. dr. Gregor Rečnik, dr. med., spec. ortop.
- mag. Nikša Hero, dr. med., spec. ortop.
- asist. dr. Miha Vodičar, dr. med., spec. ortop.
- asist. Matjaž Voršič, spec. nevrokirurg.
- Helena Jamnik, dr. med., spec. fizik. in rehab. med.
- dr. Zala Kuret, dr. med., spec. fizik. in rehab. med.
- prim. mag. Irena Manfredo, dr. med., spec. MDPŠ
- Maja Petrovič Šteblaj, dr. med., spec. MDPŠ
- prim. prof. dr. Marjan Bilban, dr. med., spec. MDPŠ
- Vesna Pekarović Džakulin, dr. med., spec. druž. med., spec. MDPŠ
- dr. Tihomir Ratkajec, dr. med., spec. MDPŠ
- asist. mag. Aleš Pražnikar, dr. med., spec. nevrolog., spec. fizik. in rehab. med.
- mag. Lidija Žitnik, dr. med., spec. nevrol.
- asist. dr. Janet Klara Djomba, dr. med., spec. javn. zdr.
- dr. Tomaž Čakš, dr. med.
- prof. dr. Iztok Takač, dr. med., spec. ginek. in porod.
- doc. dr. Alan Kacin, dipl. fizioter.
- Špela Bračun Vnuk, dipl. fizioter., spec. znanja
- asist. Petra Dovč, dipl. fizioter., univ. dipl. organiz.
- izr. prof. dr. Nejc Šarabon, dipl. fizioter., dipl. prof. šp. vzg.
- dr. Matej Voglar, mag. kinez., dipl. fizioter.
- asist. Eva Uršej, dipl. prof. šp. vzg., dipl. fizioter.
- Bojan Čeru, dipl. fizioter.
- Slavica Bajuk, dipl. fizioter.
- Srečko Plešnik, viš. fizioter., spec. znanja
- Nataša Šipka, dipl. fizioter.
- Jahnavi Vaishnav, dipl. fizioter.
- mag. Simona Pavlič Založnik, viš. fizioter., univ. dipl. organiz.
- Darija Šćepanović, viš. fizioter., MSc
- Sanja Pavlin Zakovšek, dipl. del. ter.
- Julija Ocepek, dipl. del. ter., MSc OT
- Barbara Osolnik, dipl. del. ter.
- Alenka Plemelj Mohorič, dipl. del. ter., mag. soc. pedagog.
- mag. Andreja Švajger, dipl. del. ter.
- asist. dr. Alenka Kovačič, mag. farm., spec. klin. farm.
- Demetrij Petrica, mag. farm., spec. klin. farm.
-
- Nika Bolle, univ. dipl. psih.
- Nina Bras Meglič, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
- asist. Janja Tekavc, univ. dipl. psih., dipl. fizioter.
- Sedina Kalender Smajlović, mag. zdr. nege, dipl. m. s.
- Sanela Pivač, mag. zdr. nege, dipl. m. s., spec. managem.
- mag. Mira Šavora, dipl. m. s., univ. dipl. soc.
- dr. Andreja Kvas, prof. zdr. vzg.
- Barbara Blažević, dipl. m. s.
- Alenka Terbovc, dipl. m. s., mag. zdr. in soc. manag.
- dr. Suzana Pustivšek, prof. šp. vzg.
- prof. dr. Vojko Strojnik, prof. šp. vzg.
-
- Daša Buč, dipl. fin. mat.
- Božo Skok, inž. mat., univ. dipl. ekon.

SODELUJOČI IZ PILOTNIH ZDRAVSTVENIH DOMOV

Zdravstveni dom Celje:

Alenka Obrul, Jana Govc Eržen, Marko Drešček

Specialistke družinske medicine: Katarina Skubec Močić, Vesna Arcet Rodič, Marija Komerički Gržinič, Katja Presečnik Čebular, Damijana Smole, Natalija Koren

Medicinske sestre: Anita Žagar, Marinka Ropert, Vanda Fric, Dolores Bajec, Silva Javornik, Simona Tržan, Tjaša Fidler

Fizioterapevтке: Sonja Jevšenak, Tanja Ristič, Saša Demšar

Ekipa CKZ: Marjana Iršič, Petra Rosina, Maruša Naglič

Zdravstveni dom Trebnje:

Vera Rozman

Specialisti in specializanti družinske medicine: Marija Petek Šter, Elizabeta Žlajpah, Jelena Mitić Džunić, Bogomir Humar, Marijana Šekli Grozina, Jeanette Hrovat, Marta Pančur, Bojana Tratar, Helena Barbo, Maša Vovk, Tadeja Barbič

Medicinske sestre in tehniki: Marjeta Brečko, Zdenka Stušek, Marjeta Gorenc, Janja Glavan, Jasminka Hrenk, Breda Metelko, Jože Novak, Mateja Jelševar

Fizioterapevтки: Jožica Zupančič, Darinka Kocjan

Specialist medicine dela, prometa in športa: Zdenko Šalda

Ekipa CKZ: Janja Skoporc, Barbara Jantol, Nataša Vencelj, Tjaša Kotar

Informatik: Luka Florjančič

NASLOVNICA

| | | | | | |
|---|---|--|--|----------|--|
| Ime: | | | | | |
| Priimek: | | | | | |
| Telefonska številka: | | | | | |
| Spol: | <input type="checkbox"/> moški <input type="checkbox"/> ženski <input type="checkbox"/> drugo | Datum rojstva: | | Starost: | |
| Označite, če ste noseči: | | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | | | |
| 1. Izobrazba (prosimo, navedite zadnjo šolo, ki ste jo dokončali): | | <input type="checkbox"/> Nedokončana osnovna šola <input type="checkbox"/> Osnovna šola <input type="checkbox"/> 2- ali 3-letna poklicna šola <input type="checkbox"/> 4-letna srednja šola/gimnazija <input type="checkbox"/> Višja šola <input type="checkbox"/> Visoka šola, fakulteta, akademija <input type="checkbox"/> Podiplomski študij (specializacija, magisterij ali doktorat znanosti) | | | |
| 2. Kakšen je vaš trenutni zaposlitveni status? | | <input type="checkbox"/> šolam se (dijak, študent, nadaljnje izobraževanje, neplačana delovna praksa) <input type="checkbox"/> nezaposlen / brezposeln <input type="checkbox"/> samozaposlen (s.p., d.o.o., priložnostna dela, ipd.) <input type="checkbox"/> zaposlen pri delodajalcu (v podjetju, ustanovi, ipd.) <input type="checkbox"/> invalidsko upokojen <input type="checkbox"/> starostno upokojen <input type="checkbox"/> drugo: _____ | | | |
| 3. Ali je vaša glavna trenutna zaposlitev za polni ali skrajšani delovni čas? | | <input type="checkbox"/> polni delovni čas <input type="checkbox"/> skrajšani delovni čas | | | |
| 4. Naziv delodajalca (podjetja, ustanove): | | | | | |
| 5. Naziv / opis delovnega mesta: | | | | | |
| 6. Katera od naštetih aktivnosti prevladuje v vašem življenju (med delom in v prostem času)? | | <input type="checkbox"/> sedenje (v pisarni, v vozilu, doma, za tekočim trakom, ipd.) <input type="checkbox"/> vzdrževanje prisilne drže (čepe, na kolenih, v predklonu, ipd.) <input type="checkbox"/> stoja na mestu (v laboratoriju, za tekočim trakom, ipd.) <input type="checkbox"/> hoja (po terenu, doma, med predavanjem, ipd.) <input type="checkbox"/> težja fizična aktivnost (dvigovanje, vlečenje, potiskanje, prenašanje bremen, ipd.) | | | |
| 7. Koliko ste v zadnjem času na splošno pod stresom na lestvici od 0 do 5 (pri čemer 0 pomeni »zelo redko občutim stres«, 5 pa »večino časa sem pod zelo velikim stresom«)? | | <input type="checkbox"/> 0 - zelo redko občutim stres <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 – večino časa sem pod zelo velikim stresom | | | |

OSNOVNI VPRAŠALNIK O BOLEČINI V HRBTU

1.) Kdaj (približno) se je pri vas pojavila bolečina v hrbtu ali vratu, zaradi katere ste danes obiskali zdravnika / fizioterapijo?

2.) Ali je bila bolečina v hrbtu ali vratu v zadnjih 4 tednih tako huda, da je omejila vaše običajne aktivnosti ali dnevna opravila za več kot en dan?

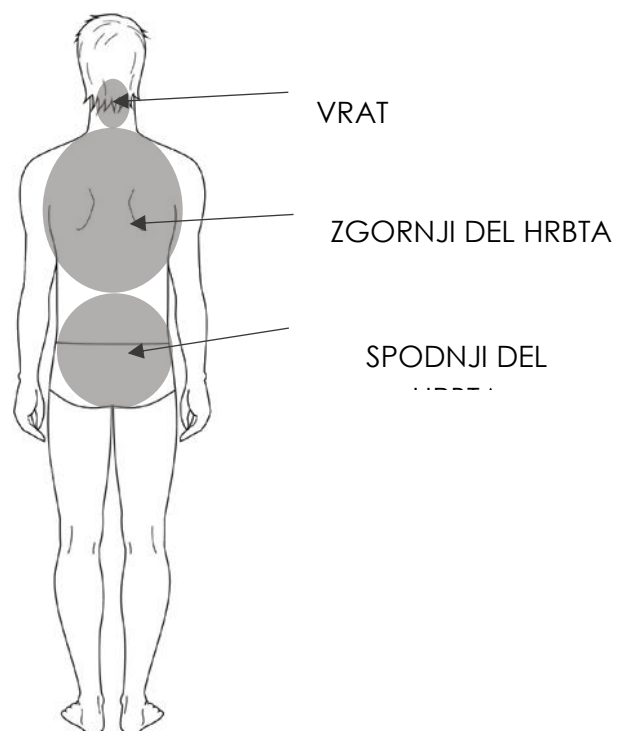
da ne

3.) Za osebo s takim zdravstvenim stanjem, kot je moje, ni zares varno, da je telesno dejavna.

drži ne drži

4.) Kje vse ste v zadnjih 4 tednih čutili bolečino* (možnih je več odgovorov)?

- v vratu
- v zgornjem delu hrbta
- v spodnjem delu hrbta (križ)
- drugo: (napišite in narišite na sliki)



*Opomba: Prosimo, ne poročajte o bolečini, ki je posledica bolezni z vročino ali menstruacije.

5.) Ste imeli v zadnjih 4 tednih bolečino, ki se je širila v nogo?

da ne

5a.) Če da, ali se je bolečina širila nižje od kolena?

da ne

6.) Kako pogosto ste imeli v zadnjih 4 tednih bolečino v hrbtu ali vratu?

nekatere dni večino dni vsak dan

7.) V zadnjih 4 tednih, kakšna je bila običajna jakost vaše bolečine v hrbtu ali vratu na lestvici od 0 do 10, kjer 0 pomeni »bolečine ni« in 10 pomeni »najhujša predstavljiva bolečina«? (Prosimo, obkrožite vaš odgovor)

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| »BOLEČINE NI« | | | | | | | | | | »NAJHUJŠA PREDSTAVLJIVA BOLEČINA« |

8.) Ali se pri vas v splošnem pojavljajo težave z bolečino v hrbtu ali vratu, ki občasno omejuje vaše običajne aktivnosti ali dnevna opravila za več kot 1 dan?

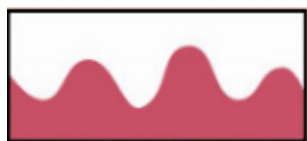
da ne

8a.) Če da, kdaj so se takšne težave začele pojavljati?

- Take težave imam manj kot 3 mesece
- Take težave imam 3 mesece do 1 leta
- Take težave imam 1 leto do 3 leta
- Take težave imam že 3 leta do 10 let
- Take težave imam že več kot 10 let

9.) Kaj bolje opiše vaše težave z bolečino v hrbtu ali vratu v zadnjem letu, A ali B?

A



Imam stalne bolečine z manjšimi ali večjimi nihanji

B



Imam napade bolečine brez bolečin med njimi

9a.) Če ste izbrali B, koliko napadov bolečine v hrbtu ali vratu ste imeli v zadnjem letu?

- Enega
- Dva
- Tri
- Več kot tri

10.) Ali imate / ste imeli kdaj večjo poškodbo hrbtenice?

da ne

10a.) Če da, kakšno poškodbo hrbtenice imate / ste imeli?

Napišite:

11.) Ali ste bili kdaj na operaciji hrbtenice?

da ne

11a.) Če da, spodaj zapišite kdaj in zakaj ste bili na operaciji hrbtenice.

| KDAJ (leto) | ZAKAJ (kakšna je bila poškodba, diagnoza) |
|--------------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

VPRAŠALNIK OBREMENITEV NA DELOVNEM MESTU

Podjetje: **glej NASLOVNICO mape**

Naziv/opis delovnega mesta: **glej NASLOVNICO mape**

Prosimo, izpolnite spodnjo tabelo.

| | |
|--|--|
| Datum | |
| Koliko časa (let/mesecev) že opravljate vaše trenutno delo? | |
| Kje ste bili na zadnjem zdravniškem pregledu pri <u>specialistu medicine dela</u> (npr. pred nastopom sedanje službe ali na sistematskem pregledu po navodilu delodajalca)? | |

1. Individualni dejavniki

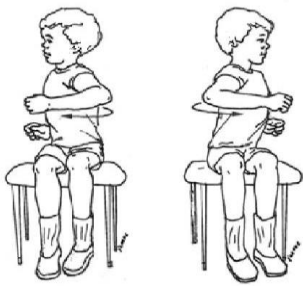
Prosimo vas, da izpolnite spodnjo tabelo. Točko 4 pustite prazno (izpolnil jo bo vaš osebni zdravnik).

| | | |
|----|---|---|
| 1. | Telesna masa: | kg |
| | Telesna višina: | cm |
| 2. | Kolikokrat na teden se ukvarjate s telesno dejavnostjo (najmanj 30 minut na dan), tako da se pri tem ogrejete in nekoliko pospešeno dihate? | <input type="checkbox"/> Nikoli <input type="checkbox"/> 1-krat na teden <input type="checkbox"/> 2-krat na teden <input type="checkbox"/> 3-krat na teden <input type="checkbox"/> 4-krat na teden <input type="checkbox"/> 5-krat na teden <input type="checkbox"/> 6-krat na teden <input type="checkbox"/> 7-krat na teden <input type="checkbox"/> Več kot 7-krat na teden |
| 4. | Predklon | <input type="checkbox"/> Nad koleni <input type="checkbox"/> Pod koleni <input type="checkbox"/> Dotik tal |
| 5. | Katera trditev velja za vas? | <input type="checkbox"/> Ne kadim <input type="checkbox"/> Prenehal sem s kajenjem <input type="checkbox"/> Občasno kadim <input type="checkbox"/> Redno kadim |

| | | |
|-----|---|---|
| 6. | So vam ugotovili katero od prirojenih nepravilnosti hrbtenice (npr. ožji spinalni kanal, neenako dolžino nog, skoliozo ipd.)? V sosedni stolpec napišite, katero. | |
| 7. | Imate ali ste imeli katero od naštetih diagnoz? | <input type="checkbox"/> Depresija <input type="checkbox"/> Anksiozna motnja <input type="checkbox"/> Bipolarna motnja <input type="checkbox"/> Shizofrenija <input type="checkbox"/> Odvisnost <input type="checkbox"/> Motnja hranjenja <input type="checkbox"/> Drugo: _____ _____ |
| 8. | Ali pri delu doživljate stres? | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 8.a | Če da, kako pogosto: | <input type="checkbox"/> redko <input type="checkbox"/> občasno <input type="checkbox"/> pogosto <input type="checkbox"/> stalno |
| 8.b | Kaj je razlog za vaš stres pri delu? (možnih je več odgovorov) | <input type="checkbox"/> fizične preobremenitve Katere? _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> psihične preobremenitve Katere? _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> odnosi s šefi <input type="checkbox"/> odnosi s sodelavci |
| 8.c | Zakaj greste radi v službo? Napišite: | _____ _____ _____ |

2. Fizične obremenitve pri delu

Prosimo, da odgovorite na naslednje trditve, ki opisujejo vaše gibalne navade med delom, ki ga opravljate v službenem času in izven njega (obkrožite »DA« oz. »NE«).

| | V službenem času: | Izven službenega časa: |
|---|---|---|
| Opravljam težje fizično delo | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Pogosto dvigujem bremena | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Pogosto prenašam bremena | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Pogosto vlečem bremena | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Pogosto potiskam bremena | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Pri delu pogosto obračam ramenski obroč v levo ali desno (sede ali stoje) | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
|  | | |
| Pri delu se pogosto sklanjam | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Pogosto sem dalj časa v isti (prisilni) drži (npr. sedim, čepim, sem v predklonu, gledam navzgor ali navzdol, se nagibam vstran ipd.) | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Pogosto sem izpostavljen vibracijam, ki jih občutim tudi na trupu | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Pri delu sem pogosto izpostavljen nenadnim oziroma hitrim povečanjem bremena | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| V preteklosti sem se pri delu že poškodoval (npr. ob padcu, zdrs ipd.) | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |

3. Psihosocialne obremenitve pri delu

Prosimo, da odgovorite na naslednje trditve, ki opisujejo razmere na vašem delovnem mestu in v podjetju.

| | V službenem času: | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Moje delo je enolično (monotono) | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Med delom sem pogosto pod pritiskom | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Pogosto delam preko polnega delovnega časa (nadure) | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| V službi so odnosi med sodelavci slabi | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| V službi so odnosi z nadrejenimi slabi | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| V splošnem sem nezadovoljen z delom/službo | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |

REZULTATI FIZIOTERAPIJE: KONTROLNI ZDRAVSTVENI DOM

| Osnovni podatki | | | | Vsebina obravnave | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------|------------------------|---------------------|-------------------|------------------|------------------|----------|------|------------------|------------------|----------|-----------|----|-------|
| Datum | Trajanje | Individualna obravnava | Skupinska obravnava | OVS | Gibalna terapija | Funkcijska vadba | Trakcija | MTMT | Magneto-terapija | Elektro-terapija | Bioptron | Termo pak | UZ | Laser |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Bolečina v spodnjem delu hrbta

| Vnos | Izvedba | Prva meritev | Rezultat prve meritve | Druga meritev | Rezultat druge meritve |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Roland Morris | Pacient | Pred prvo FT obravnavo | | Po zadnji FT obravnavi | |
| Start Back | Pacient | Pred prvo FT obravnavo | | Po zadnji FT obravnavi | |
| Najnižja intenziteta bolečin^g | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | | Po zadnji FT obravnavi | |
| Najvišja intenziteta bolečine^h | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | | Po zadnji FT obravnavi | |
| Vstani in pojdi | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Rezultati meritev | Po zadnji FT obravnavi | Rezultati meritev |
| Vstani in pojdi – 1. ponovitev | Rezultat v sekundah (na stotinko natančno; npr. 7,52 s) | | | | |
| Vstani in pojdi – 2. ponovitev | | | | | |
| Vstani in pojdi – 3. ponovitev | | | | | |
| Intenziteta bolečine v položajih | Fizioterapevt | Na začetku prvega obiska | Rezultati meritev | Ob koncu zadnjega obiska | Rezultati meritev |
| Sproščeno stoje | Številska lestvica (0-10) | | | | |
| Zaklon (80%) | | | | | |
| 40° predklon z ravnim hrbtom (5 sekund) | | | | | |

^g Ob aktivnosti:

^h Ob aktivnosti:

| | | | | | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------|---|-------------------|------------------------|--------------------------|-------------------|
| Sproščen predklon (80%) | | | | | | | |
| Naklon križnice | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Rezultati meritev | | Po zadnji FT obravnavi | Rezultati meritev | |
| Naklon križnice – 1. ponovitev | Rezultat v kotnih stopinjah (na stotinko natančno, npr. 54,46°) | | | | | | |
| Naklon križnice – 2. ponovitev | | | | | | | |
| Repozicija predklona | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Izbran položaj | Ponovljen položaj | Po zadnji FT obravnavi | Izbran položaj | Ponovljen položaj |
| Predklon – 1. ponovitev | Rezultat v kotnih stopinjah (na stotinko natančno, npr. 34,26°) | | | | | | |
| Predklon – 2. ponovitev | | | | | | | |
| Predklon – 3. ponovitev | | | | | | | |
| Testi skrajšav | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Levo | Desno | Po zadnji FT obravnavi | Levo | Desno |
| Iliopsoas | Rezultat v kotnih stopinjah (na stopinjo natančno) | | | | | | |
| Quadratus lumborum | Da / ne | | | | | | |
| Sprednji most | Rezultat v sekundah | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Vprašalnik o zadovoljstvu | Pacient | Po zadnji FT obravnavi* | *če se pacientova klinična pot tukaj zaključí in obisk osebnega zdravnika ali drugih strokovnjakov ni potreben. | | | | |

Bolečina v zgornjem delu hrbta

| Vnos | Izvedba | Prva meritev | Rezultat prve meritve | | Druga meritev | Rezultat druge meritve | |
|---|------------------------|-------------------------|---|-------|------------------------|------------------------|-------|
| Indeks zmanjšane zmožnosti zaradi težav z vratno hrbtenico | Pacient | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Start Back | Pacient | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Najnižja intenziteta bolečineⁱ | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Najvišja intenziteta bolečineⁱ | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Testi skrajšav | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Levo | Desno | Po zadnji FT obravnavi | Levo | Desno |
| Pectoralis major/minor | Rezultat v centimetrih | | | | | | |
| Vprašalnik o zadovoljstvu | Pacient | Po zadnji FT obravnavi* | *če se pacientova klinična pot tukaj zaključi in obisk osebnega zdravnika ali drugih strokovnjakov ni potreben. | | | | |

ⁱ Ob aktivnost:

^j Ob aktivnosti:

Bolečina v vratnem delu

| Vnos | Izvedba | Prva meritev | Rezultat prve meritve | | Druga meritev | Rezultat druge meritve | |
|---|--|------------------------|-----------------------|----------|------------------------|------------------------|----------|
| Indeks zmanjšane zmožnosti zaradi težav z vratno hrbtenico | Pacient | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Start Back | Pacient | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Najnižja intenziteta bolečine^k | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Najvišja intenziteta bolečine^l | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Gibljivost vratnega dela | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Rezultat | Bolečina | Po zadnji FT obravnavi | Rezultat | Bolečina |
| Fleksija | Rezultat v kotnih stopinjah (na stopinjo natančno) | | | | | | |
| Retrofleksija | | | | | | | |
| Lateralna fleksija - levo | | | | | | | |
| Lateralna fleksija - desno | | | | | | | |
| Rotacija – levo | | | | | | | |

^k Ob aktivnost:

^l Ob aktivnosti:

| | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------|-------------------------|---|-------|------------------------|------|-------|
| Rotacija – desno | | | | | | | |
| Testi skrajšav | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Levo | Desno | Po zadnji FT obravnavi | Levo | Desno |
| Levator scapulae | Da / ne | | | | | | |
| Trapezius | | | | | | | |
| Vprašalnik o zadovoljstvu | Pacient | Po zadnji FT obravnavi* | *če se pacientova klinična pot tukaj zaključi in obisk osebnega zdravnika ali drugih strokovnjakov ni potreben. | | | | |

REZULTATI TRIAŽNE FIZIOTERAPIJE: TESTNI ZDRAVSTVENI DOM

| Osnovni podatki | | | | Vsebina obravnave | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------|------------------------|---------------------|-------------------|-----|------------|-------------------------|------------------|------|----------|-----------------------|-----------|------------|
| Datum | Trajanje (minute) | Individualna obravnava | Skupinska obravnava | OVS | NAV | Raztezanje | Vadba za m. zmogljivost | Funkcijska vadba | MTMT | Trakcija | Manualna manipulacija | Ohlajanje | Segrevanje |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Bolečina v spodnjem delu hrbta

| Vnos | Izvedba | Prva meritev | Rezultat prve meritve | Druga meritev | Rezultat druge meritve |
|--|---|---------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Roland Morris | Pacient | Na začetku prvega obiska | | Ob koncu zadnjega obiska | |
| Najnižja intenziteta bolečine^m | Fizioterapevt | | | | |
| Najvišja intenziteta bolečineⁿ | | | | | |
| Vstani in pojdi | Fizioterapevt | Na začetku prvega obiska | Rezultati meritev | Ob koncu zadnjega obiska | Rezultati meritev |
| Vstani in pojdi – 1. ponovitev | Rezultat v sekundah (na stotinko natančno; npr. 7,52 s) | | | | |
| Vstani in pojdi – 2. ponovitev | | | | | |
| Vstani in pojdi – 3. ponovitev | | | | | |
| Intenziteta bolečine v položajih | Fizioterapevt | Na začetku prvega obiska | Rezultati meritev | Ob koncu zadnjega obiska | Rezultati meritev |
| Sproščeno stoje | Številska lestvica (0-10) | | | | |
| Zaklon (80%) | | | | | |
| 40° predklon z ravnim hrbtom (5 sekund) | | | | | |
| Sproščen predklon (80%) | | | | | |
| Start Back | Pacient | Po koncu tretjega obiska* | *če je predvideno nadaljevanje zdravljenja | | |

^m Ob aktivnosti:

ⁿ Ob aktivnosti:

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| Vprašalnik o zadovoljstvu | | Ob koncu zadnjega obiska* | *če se pacientova klinična pot tukaj zaključi in obisk osebnega zdravnika ali drugih strokovnjakov ni potreben. |
| Vprašalnik obremenitev na delovnem mestu | | Ob koncu zadnjega obiska* | *dati v izpolnjevanje vsem pacientom s kronično BH v akutni fazi (razen upokojencem in brezposelnim) in vsem tistim akutnim pacientom, za katere sumite, da doživljajo z BH povezane obremenitve na delovnem mestu |

Bolečina v zgornjem delu hrbta

| Vnos | Izvedba | Prva meritev | Rezultat prve meritve | Druga meritev | Rezultat druge meritve |
|---|---------------|---------------------------|--|--------------------------|------------------------|
| Indeks zmanjšane zmožnosti zaradi težav z vratno hrbtenico | Pacient | Na začetku prvega obiska | | Ob koncu zadnjega obiska | |
| Najnižja intenziteta bolečine^o | Fizioterapevt | | | | |
| Najvišja intenziteta bolečine^p | | | | | |
| Start Back | Pacient | Po koncu tretjega obiska* | *če je predvideno nadaljevanje zdravljenja | | |
| Vprašalnik o zadovoljstvu | | Ob koncu zadnjega obiska* | *če se pacientova klinična pot tukaj zaključi in obisk osebnega zdravnika ali drugih strokovnjakov ni potreben. | | |
| Vprašalnik obremenitev na delovnem mestu | | Ob koncu zadnjega obiska* | *dati v izpolnjevanje vsem pacientom s kronično BH v akutni fazi (razen upokojencem in brezposelnim) in vsem tistim akutnim pacientom, za katere sumite, da doživljajo z BH povezane obremenitve na delovnem mestu | | |

^o Ob aktivnosti:

^p Ob aktivnosti:

Bolečina v vratnem delu

| Vnos | Izvedba | Prva meritev | Rezultat prve meritve | | Druga meritev | Rezultat druge meritve | |
|---|--|---------------------------|--|----------|--------------------------|------------------------|----------|
| Indeks zmanjšane zmožnosti zaradi težav z vratno hrbtenico | Pacient | Na začetku prvega obiska | | | Ob koncu zadnjega obiska | | |
| Najnižja intenziteta bolečine^q | Fizioterapevt | | | | | | |
| Najvišja intenziteta bolečine^r | | | | | | | |
| Giblivosť vratnega dela | Fizioterapevt | Na začetku prvega obiska | Rezultat | Bolečina | Ob koncu zadnjega obiska | Rezultat | Bolečina |
| Fleksija | Rezultat v kotnih stopinjah (na stopinjo natančno) | | | | | | |
| Retrofleksija | | | | | | | |
| Lateralna fleksija - levo | | | | | | | |
| Lateralna fleksija - desno | | | | | | | |
| Rotacija – levo | | | | | | | |
| Rotacija – desno | | | | | | | |
| Start Back | Pacient | Po koncu tretjega obiska* | *če je predvideno nadaljevanje zdravljenja | | | | |
| Vprašalnik o zadovoljstvu | | Ob koncu zadnjega obiska* | *če se pacientova klinična pot tukaj zaključi in obisk osebnega zdravnika ali drugih strokovnjakov ni potreben. | | | | |
| Vprašalnik obremenitev na delovnem mestu | | Ob koncu zadnjega obiska* | *dati v izpolnjevanje vsem pacientom s kronično BH v akutni fazi (razen upokojevcem in brezposelnim) in vsem tistim akutnim pacientom, za katere sumite, da doživljajo z BH povezane obremenitve na delovnem mestu | | | | |

^q Ob aktivnosti:

^r Ob aktivnosti:

REZULTATI SPECIALNE FIZIOTERAPIJE: TESTNI ZDRAVSTVENI DOM

| Osnovni podatki | | | | Vsebina obravnave | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------|------------------------|---------------------|-------------------|-----|------------|-------------------------|------------------|------|----------|-----------------------|-----------|------------|
| Datum | Trajanje (minute) | Individualna obravnava | Skupinska obravnava | OVS | NAV | Raztezanje | Vadba za m. zmogljivost | Funkcijska vadba | MTMT | Trakcija | Manualna manipulacija | Ohlajanje | Segrevanje |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Bolečina v spodnjem delu hrbta

| Vnos | Izvedba | Prva meritev | Rezultat prve meritve | Druga meritev | Rezultat druge meritve |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Roland Morris | | Pred prvo FT obravnavo* | | Po zadnji FT obravnavi | |
| Start Back | | Pred prvo FT obravnavo* | | Po zadnji FT obravnavi | |
| Najnižja intenziteta bolečine^s | | Pred prvo FT obravnavo | | Po zadnji FT obravnavi | |
| Najvišja intenziteta bolečine^t | | Pred prvo FT obravnavo | | Po zadnji FT obravnavi | |
| Vstani in pojdi | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Rezultati meritev | Po zadnji FT obravnavi | Rezultati meritev |
| Vstani in pojdi – 1. ponovitev | Rezultat v sekundah (na stotinko natančno; npr. 7,52 s) | | | | |
| Vstani in pojdi – 2. ponovitev | | | | | |
| Vstani in pojdi – 3. ponovitev | | | | | |
| Intenziteta bolečine v položajih | Fizioterapevt | Na začetku prvega obiska | Rezultati meritev | Ob koncu zadnjega obiska | Rezultati meritev |
| Sproščeno stoje | Številska lestvica (0-10) | | | | |
| Zaklon (80%) | | | | | |

^s Ob aktivnosti:

^t Ob aktivnosti:

| | | | | | | | |
|---|--|------------------------|--------------------------|-------------------|------------------------|--------------------------|-------------------|
| 40° predklon z ravnim hrbtom (5 sekund) | | | | | | | |
| Sproščen predklon (80%) | | | | | | | |
| Naklon križnice | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Rezultati meritev | | Po zadnji FT obravnavi | Rezultati meritev | |
| Naklon križnice – 1. ponovitev | Rezultat v kotnih stopinjah (na stožinko natančno) | | | | | | |
| Naklon križnice – 2. ponovitev | | | | | | | |
| Repozicija predklona | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Izbran položaj | Ponovljen položaj | Po zadnji FT obravnavi | Izbran položaj | Ponovljen položaj |
| Predklon – 1. ponovitev | Rezultat v kotnih stopinjah (na stožinko natančno) | | | | | | |
| Predklon – 2. ponovitev | | | | | | | |
| Predklon – 3. ponovitev | | | | | | | |
| Testi skrajšav | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Levo | Desno | Po zadnji FT obravnavi | Levo | Desno |
| Iliopsoas | Rezultat v kotnih stopinjah (na stopinjo natančno) | | | | | | |
| Quadratus lumborum | Da / ne | | | | | | |

| Sprednji most | Rezultat v sekundah | Pred prvo FT obravnavo | | Po zadnji FT obravnavi | |
|---|---------------------|---|---|------------------------|--|
| Vprašalnik obrem. na delovnem mestu* | Pacient | *Kadar koli v sklopu daljše FT, če ni bil izpolnjen že pri trižnem FT | | | |
| Vprašalnik o zadovoljstvu | Pacient | Po zadnji FT obravnavi* | *če se pacientova klinična pot tukaj zaključí in obisk osebnega zdravnika ali drugih strokovnjakov ni potreben. | | |

***Začetno izpolnjevanje samo v primeru, da ni bilo izpolnjeno ob zadnjem obisku triže.**

Bolečina v zgornjem delu hrbta

| Vnos | Izvedba | Prva meritve | Rezultat prve meritve | | Druga meritve | Rezultat druge meritve | |
|---|-----------------------------------|---|---|-------|------------------------|------------------------|-------|
| Indeks zmanjšane zmožnosti zaradi težav z vratno hrbtenico | | Pred prvo FT obravnavo* | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Start Back | | Pred prvo FT obravnavo* | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Najnižja intenziteta bolečine^u | | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Najvišja intenziteta bolečine^v | | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Testi skrajšav | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Levo | Desno | Po zadnji FT obravnavi | Levo | Desno |
| Pectoralis major/minor | Rezultat ^v centimetrah | | | | | | |
| Vprašalnik obrem. na delovnem mestu* | Pacient | *Kadar koli v sklopu daljše FT, če ni bil izpolnjen že pri trižnem FT | | | | | |
| Vprašalnik o zadovoljstvu | Pacient | Po zadnji FT obravnavi* | *Če se pacientova klinična pot tukaj zaključi in obisk osebnega zdravnika ali drugih strokovnjakov ni potreben. | | | | |

^u Ob aktivnosti:

^v Ob aktivnosti:

Bolečina v vratnem delu

| Vnos | Izvedba | Prva meritev | Rezultat prve meritve | | Druga meritev | Rezultat druge meritve | |
|---|--|-------------------------|-----------------------|----------|------------------------|------------------------|----------|
| Indeks zmanjšane zmožnosti zaradi težav z vratno hrbtenico | | Pred prvo FT obravnavo* | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Start Back | | Pred prvo FT obravnavo* | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Najnižja intenziteta bolečine^w | | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Najvišja intenziteta bolečine^x | | Pred prvo FT obravnavo | | | Po zadnji FT obravnavi | | |
| Gibljivost vratnega dela | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Rezultat | Bolečina | Po zadnji FT obravnavi | Rezultat | Bolečina |
| Fleksija | Rezultat v kotnih stopinjah (na stopinjo natančno) | | | | | | |
| Retrofleksija | | | | | | | |
| Lateralna fleksija - levo | | | | | | | |
| Lateralna fleksija - desno | | | | | | | |
| Rotacija – levo | | | | | | | |

^w Ob aktivnosti:

^x Ob aktivnosti:

| | | | | | | | |
|---|---------------|--|---|-------|------------------------|------|-------|
| Rotacija – desno | | | | | | | |
| Testi skrajšav | Fizioterapevt | Pred prvo FT obravnavo | Levo | Desno | Po zadnji FT obravnavi | Levo | Desno |
| Levator scapulae | Da / ne | | | | | | |
| Trapezius | | | | | | | |
| Vprašalnik obrem. na delovnem mestu* | Pacient | *Kadar koli v sklopu daljše FT, če ni bil izpolnjen že pri triaznem FT | | | | | |
| Vprašalnik o zadovoljstvu | Pacient | Po zadnji FT obravnavi* | *Če se pacientova klinična pot tukaj zaključi in obisk osebnega zdravnika ali drugih strokovnjakov ni potreben. | | | | |

VPRAŠALNIK ZADOVOLJSTVA Z DELAVNICO ZA PACIENTE S KRONIČNO BOLEČINO V HRBTU

Odgovori na spodnja vprašanja nam bodo pomagali, da delavnico v prihodnosti izboljšamo in tako poskrbimo, da bo zares koristna za ljudi, ki se spopadajo z dolgotrajno bolečino v hrbtu. **Zato vas lepo prosimo, da odgovarjate iskreno.**

SPLOŠEN VTIS O SPREMEMBAH

1. Odkar ste pričeli z delavnico, ali se je kaj spremenilo (izboljšalo) na področju vaše siceršnje ...

a) omejitve aktivnosti (*prekrižajte samo en kvadrateg*)

- Nobene spremembe (ali pa se je stanje celo poslabšalo)
- Skoraj nobene spremembe
- Malo boljše, a nobene vidne spremembe
- Nekoliko boljše, a sprememba ni velika
- Nekoliko boljše, majhna, a vidna sprememba
- Boljše, izboljšanje stanja in vidna sprememba
- Veliko boljše, izboljšanje stanja, ki je naredilo veliko spremembo

b) bolečine (*prekrižajte samo en kvadrateg*)

- Nobene spremembe (ali pa se je stanje celo poslabšalo)
- Skoraj nobene spremembe
- Malo boljše, a nobene vidne spremembe
- Nekoliko boljše, a sprememba ni velika
- Nekoliko boljše, majhna, a vidna sprememba
- Boljše, izboljšanje stanja in vidna sprememba
- Veliko boljše, izboljšanje stanja, ki je naredilo veliko spremembo

c) splošne kakovosti življenja (*prekrižajte samo en kvadrateg*)

- Nobene spremembe (ali pa se je stanje celo poslabšalo)
- Skoraj nobene spremembe
- Malo boljše, a nobene vidne spremembe
- Nekoliko boljše, a sprememba ni velika
- Nekoliko boljše, majhna, a vidna sprememba
- Boljše, izboljšanje stanja in vidna sprememba
- Veliko boljše, izboljšanje stanja, ki je naredilo veliko spremembo

ZADOVOLJSTVO Z DELAVNICO

2. V spodnjih tabelah ob posamezni trditvi obkrožite odgovor, s katerim se najbolj strinjate. Pri prvi tabeli odgovarjajte z mislimi na celotno delavnico, v naslednjih treh tabelah pa se osredotočite na posamezna srečanja delavnice (zdravniška, psihološka, fizioterapevtska srečanja). Če imate težave z razlikovanjem med temi srečanji, nas prosim prosite za pomoč.

2.1 Splošno zadovoljstvo z delavnico

| Trditve: | sploh se ne strinjam | se ne strinjam | nisem prepričan | se strinjam | zelo se strinjam |
|--|----------------------|----------------|-----------------|-------------|------------------|
| Z delavnico sem v splošnem zadovoljen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vsebine so bile v splošnem razumljivo predstavljene | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vsebine so bile v splošnem predstavljene na zanimiv način | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Naloge v delovnem zvezku so bile koristne | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pridobljena znanja in veščine z delavnice bom v splošnem lahko koristno uporabljal v svojem vsakdanjem življenju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Na srečanjih sem imel možnost zastavljanja vprašanj, na katera sem dobil zadovoljive odgovore | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| V skupini sem se počutil varno deliti svoje izkušnje/občutke/misli | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Delo v skupini mi je ustrezalo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2.2 Zadovoljstvo z zdravniškim delom delavnice (1. in 3. srečanje)

| Trditve: | sploh se ne strinjam | se ne strinjam | nisem prepričan | se strinjam | zelo se strinjam |
|--|----------------------|----------------|-----------------|-------------|------------------|
| Z zdravniškim delom sem zadovoljen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vsebine so bile razumljivo predstavljene | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vsebine so bile zanimivo predstavljene | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pridobljena znanja in veščine bom lahko koristno uporabljal v vsakdanjem življenju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2.3 Zadovoljstvo s psihološkim delom (2., 5. in 8. srečanje)

| Trditve: | sploh se ne strinjam | se ne strinjam | nisem prepričan | se strinjam | zelo se strinjam |
|--|----------------------|----------------|-----------------|-------------|------------------|
| S psihološkim delom sem zadovoljen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vsebine so bile razumljivo predstavljene | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vsebine so bile zanimivo predstavljene | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pridobljena znanja in veščine bom lahko koristno uporabljal v vsakdanjem življenju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2.4 Zadovoljstvo s fizioterapevtskim delom (4., 6. in 7. srečanje)

| Trditve: | sploh se ne strinjam | se ne strinjam | nisem prepričan | se strinjam | zelo se strinjam |
|--|----------------------|----------------|-----------------|-------------|------------------|
| S fizioterapevtskim delom sem zadovoljen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vsebine so bile razumljivo predstavljene | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vsebine so bile zanimivo predstavljene | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pridobljena znanja in veščine bom lahko koristno uporabljal v vsakdanjem življenju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2.5 Ali bi delavnico priporočili nekemu, ki se spopada s podobnimi težavami kot vi? (Označite eno možnost)

- Da, ker _____
- Ne, ker _____

2.6 Kaj vam je bilo na delavnici najbolj všeč? (Izpostavite lahko karkoli – določenega predavatelja, določene vsebine, znanja in tehnike, ki ste se jih naučili, ipd.)

2.7 Kaj se vam je zdela slabost delavnice? (kako bi jo vi izboljšali ali spremenili; so bile kakšne vsebine nejasne, prezahtevne ali dolgočasne ipd.)

2.8 Je delavnica dosegla na začetku zastavljene cilje? (Označite s križcem svoje strinjanje s trditvijo)

| Po delavnici ... | Da | Deloma | Ne |
|--|----|--------|----|
| Bolje razumem svojo izkušnjo bolečine | | | |
| Poznam načine, s katerimi lahko obvladujem bolečino | | | |
| Funkcioniram bolje z manj bolečine in stresa | | | |
| Znam načrtovati vsakodnevne dejavnosti tako, da koristijo mojemu zdravju | | | |

2.9 Če nam želite še kaj sporočiti glede svojega (ne)zadovoljstva z delavnico, zapišite spodaj:

UPORABA VEŠČIN

3. S kljukico označite tiste strategije spopadanja z bolečino/stresom, ki ste jih v zadnjem tednu uporabili vsaj enkrat, in sicer v času izven delavnice (npr. doma, v službi).

- Tehnika trebušnega dihanja
- Prepoznavna negativnih avtomatskih misli
- Poskus zamenjave negativne avtomatske misli z resnično in koristno mislijo
- Ob pojavu bolečini poiskati pomoč pri delu/gospodinjskih opravilih
- Izvajanje telesne dejavnosti za krepitev zdravja
- Stopnjevanje in postopen napredek v izbrani vsakdanji dejavnosti, ki sem jo pred nastankom kronične bolečine lahko izvajal/-a brez težav

- Upoštevanje lastnih občutkov in prenehanje z izvajanjem dejavnosti preden bi se bolečina lahko poslabšala (prepoznavanje in upoštevanje lastnih omejitev pri izvajanju telesne dejavnosti)
- Izvajanje dejavnosti (npr. hobiji), ki me veselijo in sproščajo
- Obnavljanje znanja, pridobljenega na delavnici »Živim z bolečino – živim bolje« (npr. razmišljanje o vsebinah delavnice, izvajanje domačih nalog)
- Iskanje SIM-ov
- Poskus kritične ocene, ali je način razmišljanja v celoti resničen

3.1 Ste na delavnici spoznali kakšno novo veščino, ki vam pomaga pri spopadanju z bolečino in ki jo sedaj redno uporabljate? Če da, katero/katere?

- Ne** **in** **sicer:**
- Da,** _____

ZNANJE

4. Označite, ali so spodnje trditve resnične (R) ali neresnične (N). Če niste prepričani, ob posamezni trditvi zapišite NP.

| Trditve | R, N, NP |
|---|----------|
| Možno je imeti bolečino in se tega ne zavedati | |
| Možgani se odločijo, kdaj čutimo bolečino | |
| Kronična bolečina pomeni, da se poškodba ni pravilno zacelila | |
| Bolečina se pojavi le, če smo poškodovani | |
| Bolečina se lahko pojavi tudi v primeru, če še nismo poškodovani, obstaja pa nevarnost, da se bomo poškodovali | |
| Če imamo hernijo, bo to vsekakor bolelo | |
| Težje poškodbe vedno povzročijo večjo bolečino | |
| Bolečina se pojavi ob vsaki poškodbi | |
| Kronična bolečina je posledica večje občutljivosti našega alarmnega sistema, zadolženega, da nas brani pred nevarnostjo | |
| Bolečina se pojavi, ko je DIM-ov več kot SIM-ov | |
| Misli, ki se pojavijo ob poškodbi/zlomu, vplivajo na to, koliko bolečine bomo čutili | |
| Protibolečinska zdravila pri kronični bolečini praviloma niso učinkovita | |
| Kronične bolečine se ne da zmanjšati | |
| Vsaka telesna dejavnost je dobra za zdravje, samo da se gibamo | |
| Sproščena pokončna drža mi omogoča boljše počutje in uspešnejšo komunikacijo z ljudmi okoli sebe | |
| Najbolje je, da sem telesno dejaven/-a skozi ves dan in ob različnih priložnostih | |
| Pomanjkanje spanja ne vpliva na počutje in zmožnost telesne dejavnosti čez dan | |

| | |
|--|--|
| Hrbtenica obožuje dolgotrajno zadrževanje statične, prisilne drže in daljše ter neprekinjeno sedenje | |
| Stres se lahko kaže kot bolečina | |
| Negativne misli povečujejo občutljivost na bolečino | |
| Na doživljanje bolečine lahko vplivamo s spremembo vedenjskih vzorcev | |

Vsa vprašanja se nanašajo na vašo **zadnjo** obravnavo **zaradi bolečine v hrbtu (križu, vratu ipd.)**. Zato imejte v mislih vse, kar se je dogajalo z vami odkar vas je tokrat zbolelo v hrbtu do danes (npr. vsi obiski osebnega zdravnika, fizioterapevtska obravnava, preventivna delavnica, obiski pri specialistih, ...)

Pravilnih ali napačnih odgovorov ni. Anonimno izpolnjen vprašalnik na koncu odvrzite v škatlo.

SAMOPLAČNIŠKE STORITVE ZARADI BOLEČINE V HRBTU

Ste tokrat zaradi bolečine v hrbtu opravili kakšno samoplačniško storitev?

- da
- ne

Če da, označite vse samoplačniške storitve, ki ste jih opravili:

- fizioterapija
- masaža
- obisk osteopata
- obisk kiropraktika
- akupunktura
- obisk bioenergetika
- vadba / rekreacija
- obisk zdravnika specialista (napišite katere specialnosti):

- obisk drugega zdravstvenega strokovnjaka (napišite katere specialnosti):

- drugo (naštejte):

JAVNA ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA ZARADI BOLEČINE V HRBTU

Vsa nadaljnja vprašanja se nanašajo na zdravstvene storitve, ki ste jih opravili brezplačno v okviru javnega zdravstvenega sistema.

| Označite, kateri STROKOVNJAK vas je obravnaval | Označite, kako ste ZADOVOLJNI z obravnavo pri njem (samo v primeru, da vas <u>je</u> obravnaval) | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | zelo nezadovoljen | nezadovoljen | zadovoljen | zelo zadovoljen |
| <input type="checkbox"/> Osebni zdravnik | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Fizioterapevt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Izvajalci preventivnih delavnic v Centru za krepitev zdravja | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| Označite, h kateremu STROKOVJAKU ste bili napoteni | Označite, ali ste pregled pri tem strokovnjaku že opravili | Označite svoje ZADOVOLJSTVO z obravnavo, če ste pregled že opravili | | | |
|---|--|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | zelo nezadovoljen | nezadovoljen | zadovoljen | zelo zadovoljen |
| <input type="checkbox"/> Rentgensko slikanje | <input type="checkbox"/> še čakam | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| | <input type="checkbox"/> sem že opravil | | | | |
| <input type="checkbox"/> Slikanje z magnetno resonanco (MR) | <input type="checkbox"/> še čakam | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| | <input type="checkbox"/> sem že opravil | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ortoped | <input type="checkbox"/> še čakam | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| | <input type="checkbox"/> sem že opravil | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nevrokirurg | <input type="checkbox"/> še čakam | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| | <input type="checkbox"/> sem že opravil | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fiziater | <input type="checkbox"/> še čakam | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| | <input type="checkbox"/> sem že opravil | | | | |
| <input type="checkbox"/> Psihiater | <input type="checkbox"/> še čakam | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| | <input type="checkbox"/> sem že opravil | | | | |
| <input type="checkbox"/> Klinični psiholog | <input type="checkbox"/> še čakam | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| | <input type="checkbox"/> sem že opravil | | | | |
| <input type="checkbox"/> Drugo _____ (dopiši): | <input type="checkbox"/> še čakam | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| | <input type="checkbox"/> sem že opravil | | | | |

Če želite, zapišite, zakaj ste pri posameznem strokovnjaku izbrali takšno oceno zadovoljstva, kot ste jo.

Na koncu vas prosimo, da ocenite svoje splošno zadovoljstvo s celotno javno zdravstveno obravnavo zaradi bolečine v hrbtu.

1 2 3 4

Zelo
nezadovoljen

Zelo
zadovoljen

A. S čim v celotni zdravstveni obravnavi ste bili (zelo) zadovoljni?

B. S čim v celotni zdravstveni obravnavi (sploh) niste bili zadovoljni?

VPRAŠALNIK ZADOVOLJSTVA S KLINIČNO POTJO ZA OSEBJE: TESTNI ZD

Od začetka junija do konca decembra 2018 ste imeli priložnost sodelovati pri pilotnem izvajanju nove klinične poti za paciente z bolečino v hrbtu. Prosimo vas, da z odgovori na spodnja vprašanja ovrednotite testirano klinično pot.

I. PREDNOSTI NOVE KLINIČNE POTI

A. Na lestvici od 1 do 4 ocenite, v kolikšni meri ste zadovoljni s posamezno novostjo testirane klinične poti.

| Novosti klinične poti | | Stopnja zadovoljstva | | | | |
|-----------------------|--|----------------------|--------------|------------|-----------------|--------------|
| | | Zelo nezadovoljen | Nezadovoljen | Zadovoljen | Zelo zadovoljen | Neopredeljen |
| 1 | Napotitev pacientov z akutno BH na trižno fizioterapijo | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 2 | Delavnica za paciente s kronično BH | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 3 | Konzultacija s spec. MDPŠ | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 4 | Pomoč pri vračanju pacientov z dolgotrajnim bolniškim staležem na delo (poklicna rehabilitacija) | 1 | 2 | 3 | 4 | N |

Prosimo, da posamezno oceno v vsakem primeru utemeljite (če ste neopredeljeni, navedite, zakaj je to tako):

1. Napotitev na trižno fizioterapijo:

2. Delavnica za paciente s kronično BH:

3. Konzultacija s spec. MDPŠ in poklicna rehabilitacija

B. Na lestvici od 1 do 4 ocenite, v kolikšni meri ste med izvajanjem nove klinične potizaznali njene naslednje predvidene učinke:

| Učinki nove klinične poti | | Opazil sem | | | | |
|---------------------------|---|----------------------|----------------|-------------|--------------------|--------------|
| | | Sploh se ne strinjam | Ne strinjam se | Strinjam se | Povsem se strinjam | Neopredeljen |
| 1 | Isti pacienti se manj pogosto vrnejo k osebemu zdravniku zaradi iste težave z BH | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 2 | Isti pacienti se manj pogosto vračajo na fizioterapijo zaradi bolečine v hrbtu | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 3 | Akutne težave z BH se zaradi hitrejšega dostopa do fizioterapije bolj pogosto rešijo pravočasno | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 4 | Pacientom se težave z bolečino v hrbtu manj pogosto stopnjujejo | 1 | 2 | 3 | 4 | N |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 5 | Pacienti v manjši meri zahtevajo (neupravičene) dodatne preiskave (pri specialistih, slikovno diagnostiko ipd.) | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 6 | Zaradi hitrejšega dostopa do fizioterapije je bilo potrebno predpisati manj analgetikov | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 7 | Vedenjski vzroki za pojav BH (prisilne držje, stres, fizična neaktivnost, prevelika telesna masa ipd.) so prepoznani/naslovljeni v večji meri | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 8 | Vzroki za pojav BH, povezani z delovnim mestom, so identificirani v večji meri | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 9 | Vzroki za pojav BH, povezavi z delovnim mestom, so odpravljeni v večji meri | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 10 | Bolečino v hrbtu se v manjši meri »izrablja« kot razlog za (neupravičeni) bolniški stalež | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 11 | Bolniški stalež zaradi bolečine v hrbtu je krajši | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 12 | Pacienti s kronično bolečino izkazujejo večjo samoaktivnost pri spopadanju s svojo BH | 1 | 2 | 3 | 4 | N |

Prosimo, da zgoraj navedene ocene po želji utemeljite.

Navedite še morebitne druge pozitivne učinke klinične poti, ki ste jih v času pilotnega izvajanja klinične poti zaznali sami.

C. Kaj še bi bilo potrebno v pihodnje storiti, da bi zdravstveni delavci lahko še uspešneje pomagali pacientom z BH?

| Storiti bi bilo potrebno še ... | | Stopnja strinjanja | | | | |
|---------------------------------|--|----------------------|----------------|-------------|--------------------|-------------|
| | | Sploh se ne strinjam | Ne strinjam se | Strinjam se | Povsem se strinjam | Neopredelje |
| 1 | Organizirati izobraževanje o kronični bolečini za zdravnike specialiste splošne in družinske medicine | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 2 | Organizirati izobraževanje o kronični bolečini za medicinske sestre/tehnike | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 3 | Organizirati izobraževanje o kronični bolečini za fizioterapevte | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 4 | Izobraziti fizioterapevte za izvajanje triaže | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 5 | Izobraziti več fizioterapevtov s specialnimi znanji za obravnavo akutne BH | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 6 | Informirati zdravstvene delavce o vsebini in pristopih, ki jih ponuja nova delavnica za paciente s kronično bolečino | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 7 | Ponuditi gibalni program v ZD za paciente z akutno / kronično bolečino v hrbtu | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 8 | Vzpostaviti tesnejše sodelovanje med zdravstvenimi delavci v ZD in spec. MDPŠ | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 9 | Vzpostaviti tesnejše sodelovanje med zdravniki, fizioterapevti in sodelavci CKZ pri obravnavi pacientov z BH | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 10 | Izvajati preventivne programe za preprečevanje BH za podjetja | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 11 | Individualno prilagajati delovne razmere delavcem, pri katerih BH predvidoma izvira iz delovnega mesta | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 12 | Pomagati delodajalcem odpraviti vzroke za BH v povezavi z delovnim mestom | 1 | 2 | 3 | 4 | N |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 13 | Motivirati delodajalce za konkretne spremembe na delovnem mestu | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 14 | Individualno pomagati pacientom, ki so dalj časa na bolniškem staležu pri vračanju na delo in ureditvi razmer na delovnem mestu | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 15 | Hitro nuditi individualno psihološko podporo pacientom s kompleksnejšimi težavami | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 16 | Omogočiti več specializiranih programov za paciente z BH na sekundarnem/terciarnem nivoju | 1 | 2 | 3 | 4 | N |

Naštejte še druge možnosti oz. dopolnite/spremenite zgoraj navedene predloge.

II. SLABOSTI NOVE KLINIČNE POTI

A. Kaj po vašem mnenju pri novi klinični poti ne deluje dobro? Pri tem se nanašajte tako na splošne pomanjkljivosti nove klinične poti, kot tudi na tiste, ki so vezane na specifično stanje vašega ZD/organizacije dela v njem ipd.

**B. Ali menite, da je nova klinična pot v kakšnem vidiku slabša od že obstoječe?
Če da, v katerem in zakaj?**

III. PRIMERJAVA ZADOVOLJSTVA S STARO IN NOVO KLINIČNO POTJO

A. Na spodnji lestvici od 1 do 4 ocenite svoje splošno zadovoljstvo s staro klinično potjo, pri čemer 1 pomeni, da ste s klinično potjo v splošnem zelo nezadovoljni, 4 pa, da ste z njo v splošnem zelo zadovoljni.

1 2 3 4

zelo nezadovoljen

zelo zadovoljen

B. Na spodnji lestvici od 1 do 4 ocenite svoje splošno zadovoljstvo z novo klinično potjo, pri čemer 1 pomeni, da ste s klinično potjo v splošnem zelo nezadovoljni, 4 pa, da ste z njo v splošnem zelo zadovoljni.

1 2 3 4

zelo nezadovoljen

zelo zadovoljen

IV. ZADOVOLJSTVO Z IZVEDBO PILOTNEGA PROJEKTA

A. Na lestvici od 1 do 4 ocenite, v kolikšni meri ste zadovoljni s posameznimi vidiki izvedbe pilotnega projekta.

| Izvedba pilotnega projekta | | Stopnja strinjanja | | | | |
|----------------------------|---|--------------------|--------------|------------|---------------------|--------------|
| | | Zelo nezadovoljen | Nezadovoljen | Zadovoljen | Zelo sem zadovoljen | Neopredeljen |
| 1 | Informiranje s strani NIJZ o namenu in ciljih projekta | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 2 | Smiselnost namena in cilja projekta BH | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 3 | Izvedba izobraževanj o novi klinični poti s strani NIJZ | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 4 | Potek komunikacije s sodelavci NIJZ | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 5 | Odzivnost ekipe NIJZ | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 6 | Informiranje s strani vodstva ZD o praktičnih aspektih projekta | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 7 | Vaša časovna obremenitev med sodelovanjem v projektu | 1 | 2 | 3 | 4 | N |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | Višina in oblika finančnega nadomestila za dodatno delo | 1 | 2 | 3 | 4 | N |
| 9 | Možnost s predlogi in pripombami vplivati na potek projekta | 1 | 2 | 3 | 4 | N |

Navedite, česa bi si želeli še več, če bi še enkrat sodelovali v podobnem projektu?

Če bi radi dodali še kaj, prosim, napišite spodaj.

Prosimo vas, da navedete glavne izzive, s katerimi se soočate pri obravnavi pacientov z bolečino v hrbtu.

A. Zapišite, kaj vam je s strokovnega vidika najtežje pri obravnavi teh pacientov.

B. Zapišite, kaj vam je z organizacijskega vidika najtežje pri obravnavi teh pacientov.

C. Zakaj menite, da prihaja do izzivov, ki ste jih omenili zgoraj? Kaj je vzrok zanje?

Prosimo, napišite s katerimi vidiki nove klinične poti za paciente z bolečino v hrbtu ste zadovoljni.

A. Navedite, kaj po vašem mnenju v praksi s strokovnega vidika deluje dobro.

B. Navedite, kaj po vašem mnenju v praksi z organizacijskega vidika deluje dobro.

C. Kaj bi bilo potrebno storiti, da bi bili vi, vaši sodelavci in pacienti še bolj zadovoljni z zdravstveno obravnavo ob bolečini v hrbtu?

Prosimo vas, da na lestvici od 1 do 4 ocenite svoje splošno zadovoljstvo z obstoječo klinično potjo za paciente z bolečino v hrbtu, pri čemer 1 pomeni, da ste s klinično potjo v splošnem zelo nezadovoljni, 4 pa, da ste z njo v splošnem zelo zadovoljni.

1 2 3 4

zelo nezadovoljen

zelo zadovoljen

VRSTE ZDRAVSTVENIH DEJAVNOSTI, KI SO BILE ZAJETE V OCENO STROŠKOV

| |
|--|
| Šifrant SKD |
| 1. raven šifranta vrst zdravstvenih dejavnosti |
| 2. raven šifranta vrst zdravstvenih dejavnosti |

| | |
|---------|--|
| Q | Zdravstvo in socialno varstvo |
| Q86 | Zdravstvo |
| Q86.1 | Bolnišnična zdravstvena dejavnost |
| Q86.10 | Bolnišnična zdravstvena dejavnost |
| Q86.100 | Bolnišnična zdravstvena dejavnost |
| | 102 Anestezilogija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina v bolnišnični dejavnosti |
| | 301 Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | 104 Fizikalna in rehabilitacijska medicina v bolnišnični dejavnosti |
| | 301 Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | 305 Rehabilitacija |
| | 501 Zdraviliško zdravljenje - stacionarno |
| | 502 Nadaljevalno zdraviliško zdravljenje - stacionarno |
| | 504 Zdraviliško zdravljenje - negovalni oddelek |
| | 505 Nadaljevalno zdraviliško zdravljenje - negovalni oddelek |
| | 106 Ginekologija in porodništvo v bolnišnični dejavnosti |
| | 301 Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | 302 Zdravstvene storitve po nacionalnem razpisu |
| | 313 Ostale bolnišnične obravnave |
| | 108 Infektologija v bolnišnični dejavnosti |
| | 301 Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | 117 Nevrokirurgija v bolnišnični dejavnosti |
| | 301 Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | 313 Ostale bolnišnične obravnave |
| | 118 Nevrologija v bolnišnični dejavnosti |
| | 301 Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | 119 Nuklearna medicina v bolnišnični dejavnosti |
| | 301 Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | 122 Ortopedska kirurgija v bolnišnični dejavnosti |
| | 301 Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | 302 Zdravstvene storitve po nacionalnem razpisu |
| | 130 Psihatrija v bolnišnični dejavnosti |
| | 301 Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | 341 Psihatrija |
| | 131 Radiologija v bolnišnični dejavnosti |
| | 301 Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | 132 Revmatologija v bolnišnični dejavnosti |

| | | | |
|---------|---|---|--|
| | | 301 | Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | 137 | Travmatologija v bolnišnični dejavnosti | |
| | | 301 | Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | | 302 | Zdravstvene storitve po nacionalnem razpisu |
| | 138 | Urgentna medicina v bolnišnični dejavnosti | |
| | | 301 | Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| | 143 | Lekarniška dejavnost v bolnišnični dejavnosti | |
| | | 366 | Zdravila |
| | 144 | Zdravstvena nega v bolnišnični dejavnosti | |
| | | 306 | Zdravstvena nega |
| | 147 | Podaljšano bolnišnično zdravljenje v bolnišnični dejavnosti | |
| | | 307 | Podaljšano bolnišnično zdravljenje |
| | 148 | Intenzivna medicina v bolnišnični dejavnosti | |
| | | 301 | Akutna bolnišnična obravnava - SPP |
| Q | Zdravstvo in socialno varstvo | | |
| Q86 | Zdravstvo | | |
| Q86.2 | Zunajbolnišnična zdravstvena in zobozdravstvena dejavnost | | |
| Q86.21 | Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost | | |
| Q86.210 | Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost | | |
| | | 301 | Medicina dela, prometa in športa v splošni zunajbolnišnični dejavnosti |
| | | 258 | Medicina dela |
| | | 302 | Splošna in družinska medicina v splošni zunajbolnišnični dejavnosti |
| | | 001 | Splošne ambulante, hišni obiski in zdravljenje na domu |
| | | 002 | Splošna ambulanta v socialnovarstvenem zavodu |
| | | 005 | Obsojenci in priporniki - splošna ambulanta |
| | | 306 | Ginekologija in porodništvo v splošni zunajbolnišnični dejavnosti |
| | | 007 | Dispanzer za ženske |
| | | 008 | Obsojenci in priporniki - dispanzer za ženske |
| | | 338 | Urgentna medicina v splošni zunajbolnišnični dejavnosti |
| | | 024 | Nujna medicinska pomoč - helikopter |
| | | 038 | Dispečerska služba |
| | | 040 | Dežurna služba 1 |
| | | 041 | Dežurna služba 2 |
| | | 042 | Dežurna služba 3a |
| | | 043 | Dežurna služba 3b |
| | | 044 | Dežurna služba 4 |
| | | 045 | Dežurna služba 5 |
| | | 046 | Triaža satelitski urgentni center |
| | | 047 | Mobilna enota reanimobila |
| | | 048 | Mobilna enota nujnega reševalnega vozila |
| | | 049 | Nujna medicinska pomoč - motorno kolo |
| | | 051 | Enota za hitre preglede v rednem delovnem času |

| | | |
|---------|---|---|
| Q | Zdravstvo in socialno varstvo | |
| Q86 | Zdravstvo | |
| Q86.2 | Zunajbolnišnična zdravstvena in zobozdravstvena dejavnost | |
| Q86.22 | Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost | |
| Q86.220 | Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost | |
| | 202 | Anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti |
| | 204 | Anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina |
| | 268 | Protibolečinska ambulanta |
| | 204 | Fizikalna in rehabilitacijska medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti |
| | 205 | Rehabilitacija |
| | 207 | Fizioterapija |
| | 270 | Zdravljenje s hiperbarično komoro |
| | 503 | Zdraviliško zdravljenje - ambulantno |
| | 206 | Ginekologija in porodništvo v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti |
| | 209 | Ginekologija |
| | 263 | Porodništvo |
| | 202 | Zdravstvene storitve po nacionalnem razpisu |
| | 208 | Infektologija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti |
| | 214 | Infektologija |
| | 217 | Nevrokirurgija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti |
| | 226 | Nevrokirurgija |
| | 218 | Nevrologija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti |
| | 227 | Nevrologija |
| | 219 | Nuklearna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti |
| | 228 | Nuklearna medicina |
| | 222 | Ortopedska kirurgija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti |
| | 231 | Ortopedija |
| | 202 | Zdravstvene storitve po nacionalnem razpisu |
| | 230 | Psihiatrija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti |
| | 241 | Psihiatrija |
| | 243 | Obsojenci in priporniki - psihiatrija |
| | 269 | Skupnostna psihiatrija |
| | 231 | Radiologija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti |
| | 244 | Izvajanje magnetne resonance |
| | 245 | Izvajanje računalniške tomografije - CT |
| | 246 | Izvajanje ultrazvoka - UZ |
| | 247 | Izvajanje rentgena - RTG |
| | 248 | Izvajanje PET CT |
| | 232 | Revmatologija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti |
| | 249 | Revmatologija |
| | 237 | Travmatologija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti |
| | 254 | Travmatologija |
| | 202 | Zdravstvene storitve po nacionalnem razpisu |

| | | | |
|---------|---------------------------------|---|--|
| | 238 | Urgentna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti | |
| | | 255 | Internistika - urgentna ambulanta |
| | | 256 | Kirurgija - urgentna ambulanta |
| | | 261 | Infektologija - urgentna ambulanta |
| | | 262 | Nevrologija - urgentna ambulanta |
| | | 271 | Triaža in sprejem |
| | | 272 | Opazovalna enota |
| | | 273 | Dispečerska služba – DMS |
| | | 274 | Dispečerska služba – zdravstveni tehnik |
| | | 275 | Dispečerska služba – zdravnik |
| | | 280 | UC - Enota za bolezni |
| | | 281 | UC - Enota za poškodbe |
| | 243 | Lekarniška dejavnost v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti | |
| | | 266 | Zdravila |
| Q | Zdravstvo in socialno varstvo | | |
| Q86 | Zdravstvo | | |
| Q86.9 | Druge dejavnosti za zdravje | | |
| Q86.90 | Druge dejavnosti za zdravje | | |
| Q86.901 | Alternativne oblike zdravljenja | | |
| | 501 | Akupunktura | |
| | | 703 | Akupunktura |
| | 502 | Homeopatija | |
| | | 705 | Homeopatija |
| | 503 | Kiropraktika | |
| | | 706 | Kiropraktika |
| | 504 | Osteopatija | |
| | | 707 | Osteopatija |
| Q | Zdravstvo in socialno varstvo | | |
| Q86 | Zdravstvo | | |
| Q86.9 | Druge dejavnosti za zdravje | | |
| Q86.90 | Druge dejavnosti za zdravje | | |
| Q86.909 | Druge zdravstvene dejavnosti | | |
| | 506 | Delovna terapija | |
| | | 027 | Delovna terapija |
| | 507 | Fizioterapija | |
| | | 028 | Fizioterapija |
| | 512 | Psihologija | |
| | | 032 | Dispanzer za mentalno zdravje |
| | | 058 | Ambulantna obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih |
| | | 059 | Skupnostna psihiatrična obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih |
| | 513 | Reševalni prevozi | |

| | | | |
|--|-----|----------------------|--|
| | | 150 | Nenujni reševalni prevozi s spremljevalcem |
| | | 153 | Ostali sanitetni prevozi pacientov |
| | | 154 | Helikopterski reševalni prevozi |
| | 549 | Klinična psihologija | |
| | | 033 | Klinična psihologija |
| | | 050 | Obsojenci in priporniki – klinična psihologija |