



Breme bolečine

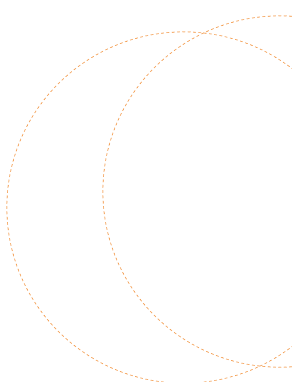
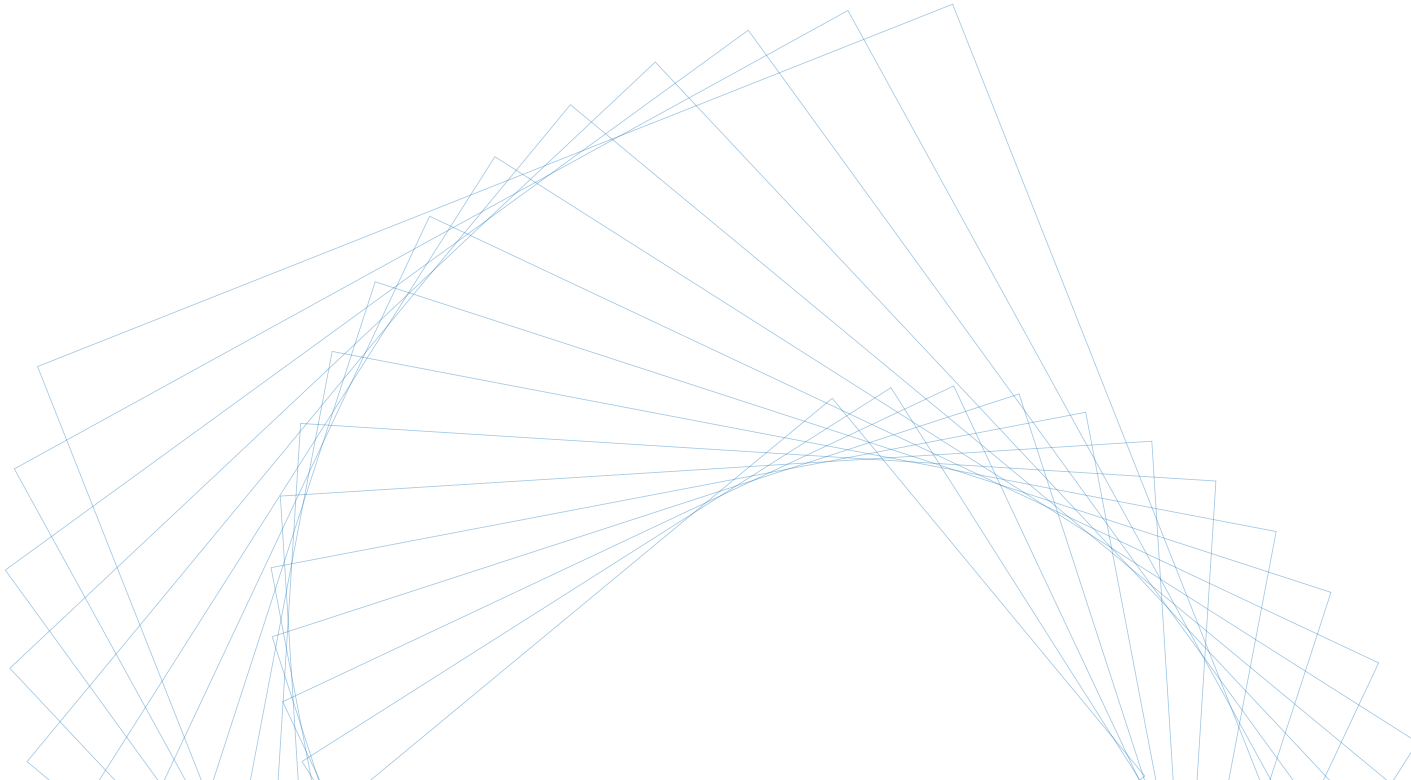
knjiga dokazov o družbenem vplivu
bolečine (SIP)





Kazalo vsebine

Povzetek in namen dokumenta	.....	1-2
Podporniki	.....	3-4
Predgovor	.....	5-6
Kaj je bolečina?	.....	7-16
Vrste bolečin in pričevanja	.....	17-34
Sklepi in priporočila	.....	35-36
O družbenem vplivu bolečine	.....	37-40
Viri	.....	41-46



Povzetek

Bolečina je ena od najbolj razširjenih zdravstvenih težav v Evropi in po vsem svetu. Je glavni razlog za iskanje zdravstvene oskrbe ter glavni vzrok za invalidnost in slabšo kakovost življenja. Trenutno v Evropi za kronično bolečino trpi približno 150 milijonov ljudi, kar je enako številu prebivalcev Nemčije in Francije skupaj. Velik del prizadetih nima ustreznega zdravljenja bolečine, po dosedanjih ocenah naj bi bilo takih bolnikov celo 40%. Razumevanje izvora in posledic različnih bolečinskih stanj je še vedno nepopolno, pri čemer so v številnih evropskih državah opazne pomanjkljivosti v raziskovalnih prizadevanjih.

Ta »knjiga dokazov« je bila ustvarjena za posameznike z neznanstvenim ozadjem (npr. oblikovalce politik in organizacije za financiranje), da bi dobili vpogled v to, kaj je bolečina, razumeli različne uporabljene opredelitve (npr. akutna bolečina, nevropatična bolečina, nociceptivna bolečina) in izčrpavajoče učinke, ki jih ima bolečina na bolnike in družbo.

Bolečina je neprijetna čutna in čustvena izkušnja, povezana z dejansko ali potencialno poškodbo tkiva ali podobna tisti, ki je povezana z njo. Mednarodno združenje za proučevanje bolečine (IASP) navaja, da je bolečina vedno osebna izkušnja, na katero različno vplivajo biološki, psihološki in socialni dejavniki.

Bolečino je zdaj najbolje obravnavati kot biopsihosocialno izkušnjo. Biopsihosocialni model je ključni del sodobnega ocenjevanja in zdravljenja bolečine. Model trdi, da je bolečina osebna izkušnja, ki nastane zaradi dinamičnega prepletanja bioloških, psiholoških in družbenih dejavnikov. To nadomešča biomedicinski model, v katerem je vedno veljalo, da bolečino povzročajo le biološki dejavniki in bolezenska patologija.

»Knjiga dokazov« razkriva vrsto pričevanj bolnikov, v katerih je vsak delil svojo izkušnjo z različnimi vrstami bolečine in opisal svoje življenjske izkušnje. Upamo, da bomo s temi primeri pogostih vrst bolečine in pričevanj omogočili razumevanje raznolikosti in skupnih značilnosti bolečine. Za neznanstvenike, ki se prvič srečujejo z bolečino, bo proučevanje stanj, kot so bolečina v križu, bolečina pri raku in pooperacijska bolečina, morda osvetlilo tisto, kar je bilo prej prezrto ali napačno razumljeno. Čeprav se bolečinska stanja razlikujejo po patologiji in načinu doživljanja, jih pogosto združuje dejstvo, da jim v zdravstvenem sistemu in političnih okvirih ni namenjene dovolj pozornosti. Platforma Družbeni vpliv bolečine želi to spremeniti z ozaveščanjem o bolečini in spreminjanjem politik na področju bolečine.

Platforma za družbeni vpliv bolečine (SIP) zato poziva nacionalne oblikovalce politik, naj priznajo breme in vpliv bolečine na družbo in bolnike ter povečajo njeno prednostno vlogo v sistemih zdravstvenega varstva, pri financiranju in oblikovanju politik; zagotovijo učinkovito izvajanje MKB-11, saj njena uporaba omogoča mednarodni dogovor o uporabi standardiziranih diagnoz in orodij ter izboljšuje zbiranje podatkov za primarno in sekundarno uporabo; razvijejo instrumente za ocenjevanje vpliva bolečine; sprostijo politike, ki obravnavajo vpliv bolečine na zaposlovanje in delovno storilnost, ter vključijo bolečino v ustrezne obstoječe pobude in razvijejo interoperabilne digitalne zdravstvene ekosisteme z dostopnimi digitalnimi rešitvami za ocenjevanje, spremljanje in obvladovanje bolečine (aplikacije, spletni viri idr.) ter pravne in regulativne okvire za izmenjavo podatkov.

Namen tega dokumenta

Ta »knjiga dokazov« je bila ustvarjena za posameznike z neznanstvenim ozadjem (npr. oblikovalce politik in organizacije za financiranje), da bi dobili vpogled v to, kaj je bolečina, razumeli različne uporabljene opredelitve (npr. akutna bolečina, nevropatična bolečina, nociceptivna bolečina) ter izčrpavajoče posledice, ki jih ima bolečina na bolnike in družbo.

V dokumentu so pojasnjene različne vrste bolečin (npr. glavoboli, bolečine v križu), njihova pogostost in načini zdravljenja.

Dokument pojasnjuje ključne koncepte in izzive na področju bolečine, vključno z merjenjem in ocenjevanjem bolečine, stigmatizacijo, pomenom priznavanja osebne večdimenzionalne narave bolečine, ki zahteva razumevanje medsebojnega vpliva številnih bioloških/fizičnih, psiholoških in družbeno-kulturnih dejavnikov.

Na splošno naj bi ta dokument ponazoril in opisal, kaj je bolečina, ter opozoril na potrebo po nujnem političnem ukrepanju in večjem financiranju raziskav. Zlasti priporočila, ki so poudarjena na koncu tega dokumenta, so poziv Evropski komisiji, Evropskemu parlamentu, Evropskemu svetu in civilni družbi k ukrepanju za odpravo uničujočih družbenih posledic bolečine.

The Societal Impact of Pain (SIP) Platform bo še naprej ozaveščala o uničujočem vplivu bolečine na bolnike, družbe in gospodarske sisteme, izmenjevala informacije in najboljše prakse v vseh državah članicah Evropske unije ter razvijala in spodbujala vseevropske politične strategije in dejavnosti za izboljšanje paradigme oskrbe bolečine v Evropi.

Podporniki



Evropski poslanec Cerdas (S&D)

“ Duševno zdravje/čustvena stanja/obolenja in bolečina se zaradi skupnih molekularnih, nevrofizioloških in okoljskih dejavnikov ter dejavnikov življenjskega sloga pogosto pojavljajo hkrati. Zato je obravnava bolečine v politikah duševnega zdravja in povečanje financiranja raziskav na to temo ključnega pomena za vzpostavitev zlatega standarda za programe samoupravljanja in povečanje dostopa do visokokakovostne oskrbe.

Evropski poslanec Kypouropoulos (EPP)



“ Bolečina ne vpliva samo na posameznika, ampak ima zaradi svojega pojavljanja in velikega števila ljudi, ki živijo z bolečino, lahko velik vpliv tudi na družbo. Povečati moramo ozaveščenost o uničujočem vplivu bolečine, zmanjšati razlike med državami članicami z izmenjavo informacij in najboljših praks po vsej Evropski uniji ter podpreti vseevropske politične strategije in dejavnosti za boljšo oskrbo bolečine.



Evropska poslanka Montserrat (EPP)

“ Biološki, psihološki in socialni dejavniki bolečine se med seboj ne izključujejo in so v medsebojni interakciji. Zato je ključna celovita uporaba biopsihosocialnega modela bolečine v klinični oskrbi (ocena in zdravljenje), raziskavah, izobraževanju in politiki.

Evropska poslanka Maxova (S&D)



“ Bolečina je najbolj razširjeno nenalezljivo zdravstveno stanje v Evropi in po svetu. V Evropi se s kronično bolečino trenutno sooča vsak peti prebivalec. To je najpogostejši razlog, zaradi katerega ljudje poiščejo zdravstveno oskrbo, ter najpogostejši vzrok za invalidnost in slabšo kakovost življenja. Kronična bolečina je pogostejša pri ženskah kot pri moških, pri čemer nekatere ocene kažejo, da je pri ženskah verjetnost, da doživijo kronično bolečino, dvakrat večja kot pri moških.

Predgovor

Bolečina je najbolj razširjeno nenalezljivo zdravstveno stanje v Evropi in po svetu. To je najpogostejši razlog, zaradi katerega ljudje poiščejo zdravstveno oskrbo, in je najpogostejši vzrok za invalidnost in slabšo kakovost življenja. Obstaja močan socialno-ekonomski gradient glede razširjenosti in vpliva, zlasti pri delovni invalidnosti in odsotnosti z dela zaradi bolezni. Breme invalidnosti zaradi bolečine se povečuje, kar ogroža vzdržnost evropskih zdravstvenih in socialnih sistemov. Vendar so raziskave bolečine v primerjavi z drugimi področji zdravstvenih raziskav precej podhranjene in to nezadostno vlaganje velja za ključni dejavnik, ki prispeva k temu bremenu. Evropska komisija je številne bolečine opredelila kot zelo obremenjujoče in premalo raziskane, zato jim je treba posvetiti veliko pozornosti.

Po podatkih študije Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2020, ki vključuje celovito oceno incidence, prevalence in let življenja z invalidnostjo za 354 vzrokov v 195 državah in ozemljih od leta 1990 do leta 2017, so stanja, povezana z bolečino, kot so motnje glavobola (npr. migrena) in mišično-skeletne bolečine (npr. bolečine v križu, osteoartritis kolkov in kolen, bolečine v vratu), dva izmed glavnih dejavnikov, ki prispevata k letom življenja z invalidnostjo. Bolečine v hrbtu in migrena so vzrok za 57,6 milijona oziroma 45,1 milijona izgubljenih let življenja zaradi invalidnosti.

V Evropi živi približno 740 milijonov ljudi, od katerih jih večina kdaj v življenju doživi hudo bolečino. Pri približno 20 odstotkih oseb bolečine trajajo več kot tri mesece in gre za kronično bolečino. V Evropi se s kronično bolečino trenutno spopada 150 milijonov ljudi, kar je približno toliko, kot je prebivalcev Nemčije in Francije skupaj.

Statistični podatki ne prikazujejo pravega vpliva bolečine na posameznika ali njegove bližnje. Bolečina ima uničujoč vpliv na tiste, ki trpijo. Lahko prežame celotno življenje in uniči sposobnost ukvarjanja s hobiji, hoje na kratke razdalje, dela ali družjenja s prijatelji (npr. odhod v kino, ker je dolgotrajno sedenje preveč boleče). Bolečina ljudi pogosto prebuja in jim preprečuje spanje. Poleg bolečine se ljudje zaradi stalnih občutkov pretirane utrujenosti težko osredotočijo in obvladujejo vsakodnevnih opravil. Bolečina pogosto postane prevladujoči dejavnik v življenju obolelega. Prispeva k slabšemu počutju, omejitvam mobilnosti in družbeni marginalizaciji v celotnem življenjskem obdobju ter je povezana z depresijo, rakom in umrljivostjo zaradi boleznih srca in žilja ter krajšo pričakovano življenjsko dobo.

Negativno vpliva tudi na bližnje, na primer čustveni stres (npr. občutek nemoči, ko vidijo, da ima nekdo, za katerega skrbijo, bolečine), spremembe v dinamiki odnosov (npr. manj kakovosten čas, ker je oseba omejena v tem, kaj lahko počne), krajši kakovostni čas, ker je oseba omejena v tem, kar lahko počne, finančne težave (stroški preiskav in zdravljenja za osebo z bolečinami) in povečane obveznosti oskrbe (pomoč osebi pri obvladovanju bolečin je lahko fizično in čustveno zahtevna), kar sčasoma privede do izgorelosti in izčrpanosti.

Velik delež posameznikov s kronično bolečino v Evropi ima nezadosten nadzor nad bolečino, po prejšnjih ocenah celo do 40%. Naše razumevanje vzrokov in posledic številnih bolečinskih stanj je zelo pomanjkljivo, v številnih evropskih državah pa je opazno pomanjkanje raziskav. Zaradi pomanjkanja podatkov je težko posplošiti ugotovitve raziskav na vse države članice EU. Sprejetje priporočil, predstavljenih na koncu tega dokumenta, je ključnega pomena za izboljšanje znanja o družbenem vplivu bolečine.

Wat is pKaj je bolečina?

V tem razdelku so opisane običajne opredelitve, ki se uporabljajo pri pojasnjevanju trajanja in vrste bolečine.

Bolečina je neprijetna čutna in zavestna čustvena izkušnja, povezana z dejansko ali potencialno poškodbo tkiva ali podobna tisti, ki je povezana z njo. Mednarodno združenje za proučevanje bolečine (IASP) navaja, da je bolečina vedno osebna izkušnja, na katero različno vplivajo biološki, psihološki in socialni dejavniki. Z življenjskimi izkušnjami se posamezniki naučijo pojma bolečine. Spoštovati je treba, da oseba o svoji izkušnji poroča kot o bolečini. Čeprav ima bolečina običajno prilagoditveno vlogo, lahko negativno vpliva na delovanje ter socialno in psihološko počutje. Besedni opis je le eden od več načinov izražanja bolečine; nezmožnost to izraziti ne izključuje možnosti, da človek ali nečloveška žival občuti bolečino.

Nocicepcija je kodiranje potencialno škodljivih dogodkov v živčnem sistemu (npr. dotik vročega štedilnika, nenamerno rezanje). Nocicepcija ni enaka bolečini. Lahko imamo nocicepcijo, vendar nimamo bolečine, lahko pa imamo bolečino, vendar nimamo nocicepcije. To kaže na kompleksnost bolečinske izkušnje. Nocicepcija je objektivna (lahko jo izmerimo z instrumenti), bolečina pa je subjektivna (bolniki o njej poročajo sami) in ne izhaja samo iz aktivnosti senzoričnih nevronov. Bolečinska izkušnja pogosto vključuje te nociceptivne signale, vendar možgani pri bolečinskem odzivu upoštevajo tudi druge dejavnike, kot so posameznikova prepričanja, pretekle izkušnje in psihološko stanje. To pomeni, da bolečina sama po sebi ni biološki proces, temveč biološka, psihološka in sociološka izkušnja, katere del je nocicepcija.

Akutna bolečina je bolečina, ki razmeroma hitro izzveni. Opredelitve akutne bolečine so različne. Nekateri navajajo, da akutna bolečina traja manj kot 30 dni, drugi pa, da se akutna bolečina lahko nanaša na vsako bolečino, ki izzveni pred 3 meseci. Akutno bolečino pogosto obravnavamo kot prilagoditveno – kot koristen mehanizem preživetja, ki ima zaščitno in zdravilno funkcijo.

Kronična bolečina je bolečina, ki traja ali se ponavlja več kot tri mesece, čeprav definicije niso vedno enotne.

Kronična primarna bolečina je bolečina, ki se ponavlja dlje kot 3 mesece, je povezana z veliko čustveno stisko ali funkcionalno prizadetostjo in je ni mogoče bolje pojasniti z drugim zdravstvenim stanjem. Pri tem je kronična bolečina prevladujoč klinični problem in se obravnava kot samostojno stanje. Vzroki za številne kronične bolečine so nejasni, njihov nastanek pa je najbolje razumeti kot preplet različnih bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov, ki se razlikujejo od posameznika do posameznika. Nekateri primeri so kronična razširjena bolečina (kot je fibromialgija), kompleksni regionalni bolečinski sindrom in kronična mišično-skeletna bolečina (npr. nespecifična kronična bolečina v križu).

Kronična sekundarna bolečina je bolečina, ki je simptom, ki je posledica posebej razvrščene osnovne bolezni. Primeri kroničnih sekundarnih bolečin so kronična bolečina pri raku, kronična sekundarna mišično-skeletna bolečina (npr. osteoartritis, revmatoidni artritis) in kronična sekundarna visceralna bolečina (npr. ulcerozni kolitis, endometrioza).

Nociplastična bolečina je bolečina, ki nastane zaradi spremenjene nocicepcije, čeprav ni jasnih dokazov o dejanski ali grozeči poškodbi tkiva, ki bi povzročila aktivacijo perifernih nociceptorjev, ali dokazov o bolezni ali poškodbi somatosenzoričnega sistema, ki povzroča bolečino. Ta bolečina se imenuje tudi »funkcionalna bolečina«. Primeri vključujejo fibromialgijo/kronično razširjeno bolečino, nespecifično kronično bolečino v križu, sindrom razdražljivega črevesja in sindrom bolečine v mehuru.

Kronična nevropatska bolečina (CNP) se nanaša na bolečino zaradi bolezni/lezije/poškodbe somatosenzoričnega živčevja. Kadar traja tri mesece ali več, se imenuje kronična nevropatska bolečina. Primeri so išias, diabetična nevropatija, poškodba hrbtenjače, bolečine po pasovcu (postherpetična nevroalgija) in nevropatija, povzročena s kemoterapijo.

Biopsihosocialni model bolečine

Bolečino je zdaj najbolj obravnavati kot biopsihosocialno izkušnjo. Biopsihosocialni model je ključni del sodobnega ocenjevanja in zdravljenja bolečine. Model trdi, da je bolečina osebna izkušnja, ki nastane zaradi dinamičnega prepletanja bioloških, psiholoških in družbenih dejavnikov. To nadomešča biomedicinski model, v katerem je vedno veljalo, da bolečino povzročajo le biološki dejavniki in bolezenska patologija.

Biološki (ali fizični dejavniki) vključujejo genetiko, obseg poškodbe ali bolezni, zdravje/poškodbo tkiva, učinke zdravil, značilnosti živčevja (prag bolečine, toleranco za bolečino, nagnjenost k periferni in centralni senzibilizaciji) in spanje.

Psihološki dejavniki vključujejo slabo razpoloženje, depresijo, tesnobo, jezo, zaznano nepravilnost, večšine spoprijemanja (npr. izogibanje, vzdržljivost), strah, samoučinkovitost, katastrofiziranje, kognitivna prepričanja, čustveni stres, negativna stališča in sprejemanje.

Socialni dejavniki vključujejo družbena pričakovanja, zadovoljstvo na delovnem mestu, sistem socialne podpore (finančna podpora, instrumentalna podpora, čustvena podpora), življenjski status, zaposlitev, pretekle izkušnje z bolečino, zdravstveno zavarovanje, zlorabo snovi, jezik in kulturne ovire.

Ti dejavniki se med seboj ne izključujejo in se medsebojno prepletajo. The Societal Impact of Pain (SIP) Platform priporoča celovito uporabo biopsihosocialnega modela bolečine v klinični oskrbi (ocena in zdravljenje), raziskavah, izobraževanju in politiki.

Biopsihosocialna narava bolečine je spodbujena v 11. reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-11) in velja za vsa stanja, povezana z bolečino. Zlasti z vključitvijo diagnoze kronične primarne bolečine, ki je opredeljena kot bolečina v enem ali več telesnih sistemih in na katerem koli mestu telesa ali v kombinaciji mest telesa, ki: (a) traja ali se ponavlja več kot tri mesece, (b) je povezana s pomembno čustveno stisko (npr. jezo, tesnobo ali depresivnim razpoloženjem) in/ali pomembno funkcionalno prizadetostjo (vpliv na vsakodnevne dejavnosti, hobije in sodelovanje v socialnih vlogah) ter (c) vključuje simptome, ki jih ni mogoče bolje pojasniti z drugo diagnozo.

S priznavanjem vloge čustvene stiske in funkcije pri opredelitvi kronične primarne bolečine MKB-11 priznava, da na bolečino vplivajo številni dejavniki, zato zagovarja celovit biopsihosocialni model ocenjevanja in zdravljenja.

Družbeni vpliv bolečine

Bolečina ne vpliva samo na posameznika, temveč je zaradi svoje pogostosti in velikega števila ljudi, ki živijo z bolečino, vidna tudi na družbeni ravni.

Merjenje elementov družbenega vpliva bolečine v Evropi je težavno, deloma zaradi pomanjkanja podatkov, vendar so v raziskavah poskušali oceniti breme bolečine s številnih vidikov, kot so zaposlovanje, finančna sredstva, invalidnost in kakovost življenja posameznika.

Bolečina lahko ovira kakovost življenja in splošno delovanje. Pri ljudeh z bolečinami se lahko pojavijo motnje pozornosti, nadzora, delovnega spomina, miselne prilagodljivosti, reševanja problemov in hitrosti obdelave informacij.

Ocenjuje se, da skupno finančno breme bolečine v Evropi znaša od 1,5% do 3% BDP, to neposredno in posredno breme pa bremeni širšo družbo (tj. delodajalce, davkoplachevalce, bolnike in njihove družine) ter povzroča velike izdatke za zdravstveno varstvo.

Bolečina lahko ne samo omejuje posameznikovo zmožnost za delo, kar negativno vpliva na produktivnost zaposlitve in odsotnost z dela, ampak lahko tudi poveča relativne stroške oskrbe, kar neposredno vpliva na kakovost življenja bolnikov in njihovih družin. Več kot 40 milijonov delavcev v EU ima kostno-mišična obolenja, ki so posledica njihovega dela. V EU je to vzrok za skoraj 50 odstotkov vseh odsotnosti z dela, ki trajajo tri dni ali več, in 60 odstotkov trajne nezmožnosti za delo. Neposredne in posredne stroške ocenjujejo na 240 milijard evrov na leto.

Zato bo treba več vlagati v raziskave o družbenem vplivu bolečine, da bi v celoti razumeli številne vidike življenja bolnikov, na katere vpliva bolečina, ter izboljšali kakovost njihovega življenja in dostop do obvladovanja in zdravljenja bolečine.



Stigma povečuje breme doživete kronične bolečine

Stigma je stalen izziv v življenju tistih, ki živijo z bolečino. Njena velika razširjenost kaže, da zapletenosti bolečine ne razumemo in da še vedno temelji na zastarelem biomedicinskem modelu. Stigmatiziranje bolnikov razvrednoti njihove osebne boje z obvladovanjem bolečine in s tem povezane vplive na vedenje posameznika. V bistvu so oropani osnovnega človeškega dostojanstva samo zato, ker njihove izkušnje odstopajo od družbenih norm. Romantični partnerji, družinski člani in prijatelji pogosto ne verjamejo v njihovo bolečino, saj je morda ne razumejo ali ne priznavajo v celoti. Prevladuje občutek, da bodo zdravstveni delavci dvomili v upravičenost njihovih bolečin in jih imeli za pretirane ali celo namišljene. Ta skepticizem lahko vodi v samoobtoževanje in dvome, ki lahko povzročijo nizko samospoštovanje, poleg tega pa se soočajo s sramoto, da so njihove izkušnje, o katerih pripovedujejo, zavrnjene med stiki z zdravstvenimi delavci. Poleg tega se posamezniki z bolečinami pogosto soočajo s stigo na delovnem mestu, saj so do njih sovražno nastrojeni sodelavci, ki morda ne razumejo vpliva njihovega stanja. Ozaveščanje o tem, kaj je bolečina, zlasti o njenem biopsihosocialnem in osebnem značaju, je ključnega pomena za odpravljanje stigme.

Začarani krog bolečine in duševnega zdravja

Duševno zdravje/čustvena stanja/obolenja in bolečina se pogosto pojavljajo hkrati, morda zaradi skupnih molekularnih, nevrofizioloških in okoljskih dejavnikov ter dejavnikov življenjskega sloga. Na primer pri motnjah razpoloženja, kot sta depresija in anksioznost, ter bolečini je stopnja soobolevnosti ocenjena na 80 %. Pri osebah z bipolarno motnjo je prevalenca bolečin skoraj 30-odstotna (predvsem kronične mišično-skeletne bolečine in migrena). To je več kot dvakrat večje tveganje kot pri osebah brez težav z duševnim zdravjem.

Poleg tega je pri osebah brez duševnih motenj veliko tveganje, da se te pri njih razvijejo, če imajo po 12 mesecih še vedno zmerne do hude bolečine. Ljudje, ki trpijo zaradi bolečin in duševnih bolezni, kot so depresija, bipolarna motnja in shizofrenija, imajo bistveno slabše telesno zdravje, večje tveganje za raka in bolezni srca in žilja, kar vse prispeva h krajši pričakovani življenjski dobi.

Žal se bolečina pri osebah s težavami z duševnim zdravjem ne ocenjuje ali obravnava rutinsko, sporočanje in ocenjevanje bolečine pa je lahko prikrito zaradi narave težav z duševnim zdravjem (npr. pri hudih duševnih boleznih, kot je psihoza). Poleg tega so duševna stanja, kot je depresija, pri ljudeh s kronično bolečino pogosto premalo prepoznana in zato tudi premalo zdravljena.

Pomen MKB-11 za skupnost bolnikov z bolečinami

MKB-11 ali Mednarodna klasifikacija bolezni, 11. revizija, je svetovni sistem, ki ga uporabljajo zdravniki, zdravstveni delavci in raziskovalci za razvrščanje in kodiranje različnih bolezni, stanj in z zdravjem povezanih težav. Gre za obsežen seznam različnih zdravstvenih težav in njihovih kod, ki ljudem na področju medicine pomaga pri doslednem obveščanju o boleznih in stanjih po vsem svetu. Ta klasifikacijski sistem je oblikovala in vzdržuje Svetovna zdravstvena organizacija (SZO). MKB-11 je pomenila velik korak naprej na področju bolečine, saj je uvedla posebne kode, ki omogočajo razvrstitev in priznanje bolečine kot zdravstvenega stanja in ne le kot simptoma. MKB-11 je uporabno orodje za ustrezno razvrščanje zdravstvenih stanj, povezanih z bolečino, kar ne pomaga samo pri boljšem zdravljenju oseb s kronično bolečino, temveč tudi zdravstvenim delavcem, ki zagotavljajo takšno oskrbo.

Z uporabo MKB-10 (predhodnice MKB-11) so bila različna stanja kronične bolečine, kot je kronična bolečina v križu, netočno registrirana, kar je povzročilo pomanjkanje standardizacije pri zapisovanju in poročanju o diagnozah bolečine. Zato uvedba MKB-11 prispeva k zagotavljanju ustreznega zdravljenja in podpira dobro kakovost življenja bolnikov z bolečinami. Z MKB-11 in njenim znatnim povečanjem števila načinov kategorizacije bolečinskih stanj lahko zdaj bolje podpremo proces oblikovanja politike ter klinično zdravljenje, spremljanje, raziskave in poučevanje različnih bolečinskih stanj.



Kako se ocenjuje in meri bolečina?

Ocenjevanje ali diagnosticiranje bolečine je bistveno za ugotavljanje uspešnosti in napovedi okrevanja. Bolečina je zapletena in jo je pogosto težko natančno izmeriti, zato je priporočljivo, da zdravstveni delavci za oceno posameznikove bolečine uporabijo več meril.

O bolečini poroča posameznik, ki jo čuti. Ni je mogoče objektivno izmeriti, tako kot zdravstveni delavci merijo krvni tlak ali raven sladkorja v krvi. Bolečine posameznika lahko ocenite le, če vam jih sam pove. Zatoso zelo pomembne meritve izidov po poročanju bolnikov (PROM) – orodja ali instrumenti, ki se v zdravstvu uporabljajo za neposredno zbiranje informacij od posameznikov o njihovem zdravstvenem stanju, simptomih, funkcionalnem stanju in kakovosti življenja. PROM-i so zasnovani tako, da zajamejo bolnikov pogled na lastno zdravje, kar zagotavlja dragocen vpogled v vpliv stanja ali zdravljenja z bolnikovega stališča. PROM-i so pogosto vprašalniki ali ankete, ki jih bolniki izpolnijo, da izrazijo svoje izkušnje, želje in skrbi v zvezi s svojim zdravjem. PROM-i, povezani z bolečino, lahko vključujejo vprašanja ne le o jakosti bolečine, temveč tudi o njenem vplivu na kakovost življenja, vsakodnevne dejavnosti, čustveno počutje in učinkovitost različnih zdravljenj. Z vključevanjem PROM-ov lahko izvajalci zdravstvenega varstva bolje razumejo bolnikove izkušnje, sodelujejo pri skupnem odločanju z osebami z bolečino, da bi prilagodili načrte zdravljenja individualnim potrebam, ter spremljajo spremembe simptomov in splošnega počutja v daljšem časovnem obdobju.

Trenutno ni potrjenih objektivnih meril za bolečino, naše splošno razumevanje vzrokov bolečine pri mnogih posameznikih pa je slabo. Za boljše razumevanje razvoja in napredovanja različnih bolečinskih stanj so nujno potrebne raziskave za opredelitev bioloških meril (biomarkerjev). Zakaj nekateri ljudje razvijejo kronično bolečino in ali lahko najdemo načine, kako jo preprečiti? Kombinacija objektivnih biomarkerjev in meritev po poročanju bolnikov je najobetavnejši način za iskanje boljših in prilagojenih načinov zdravljenja za ljudi z bolečino.



Zdravljenje bolečine

Za zdravljenje bolečine je na voljo veliko načinov zdravljenja, katerih cilj je izboljšati, ohraniti ali spremeniti bolečino, z bolečino povezano stisko ali z bolečino povezano delovanje. Dokazi, ki podpirajo različna zdravljenja, so zelo različni. Medtem ko so za nekatera zdravljenja nekaterih posebnih bolečinskih stanj na voljo kakovostni dokazi o določeni učinkovitosti, obstaja velika negotovost glede učinkov nekaterih uporabljenih zdravljenj. Izjemno pomembno je zagotoviti, da se vsa zdravljenja bolečine temeljito ocenijo, da se razumejo koristi in škodljivosti vsakega od njih. Obravnave se na splošno razvrščajo v naslednje kategorije: komplementarna in alternativna medicina, elektroterapija, vadbeno terapija, interventno zdravljenje bolečine, manualna terapija, terapije, usmerjene v sodelovanje, izobraževanje bolnikov, farmakoterapija, psihološka terapija, kirurško zdravljenje in termoterapija. Opomba: Spodaj navedeni načini zdravljenja so navedeni po abecednem vrstnem redu in ne po pomembnosti ali učinkovitosti.

Dopolnilna in alternativna medicina: Zdravljenje, ki dopolnjuje prevladujočo medicino s prispevanjem k skupni celoti, z zadovoljevanjem potreb, ki jih ortodoksija ne zadovoljuje, ali z diverzifikacijo konceptualnih okvirov medicine. Primeri vključujejo akupunkturo, zelišča, probiotike, prehranska dopolnila.

Elektroterapija: Različne vrste električne stimulacije in elektromagnetnega sevanja. Primeri vključujejo transkutano električno stimulacijo živcev (TENS), terapijo z udarnimi valovi in lasersko terapijo.

Terapija z vadbo: Zdravljenje z vadbo obsega različne postopke, ki jih predpiše ali načrtuje usposobljen zdravstveni delavec in vključujejo izvajanje določenih dejavnosti, položajev ali gibov (ali vseh). Primeri vključujejo programe splošne telesne pripravljenosti, ki se izvajajo v skupini, aerobno vadbo v obliki programov hoje, raztezanje in krepitev določenih mišic ali skupin mišic ter stopnjevano dejavnost.

Intervencijsko zdravljenje bolečine: Uporaba intervencijskih tehnik, ki se osredotočajo na potencialne povzročitelje bolečine in jih poskušajo odpraviti. Injekcije – npr. periferne injekcije, injekcije v mehka tkiva, intraartikularne injekcije, nevraksialne injekcije; intravenska, sublingvalna, oralna ali epiduralna analgezija, ki jo nadzoruje bolnik; intratekalna analgezija; analgezija z blokado večjih perifernih živcev; pleksusna analgezija; blokada paravertebralnih živcev; blokada ravnine; električna stimulacija (npr. perkutana električna stimulacija živcev); elektroakupunktura; ablacijske tehnike; kemične, električne/termične; nevromodulacija; stimulacija hrbtnjače; stimulacija dorzalnih koreninskih ganglijev; globoka možganska, motorična, transkranijska magnetna stimulacija; epiduroskopija.

Ročna terapija: Izurjeni gibi rok in izurjeni pasivni gibi sklepov in mehkih tkiv. Primeri vključujejo masažo, manipulacijo, mobilizacijo.

Terapije, usmerjene v udeležbo: Spodbujanje vključevanja v vsakodnevne dejavnosti, povezane z delom, samooskrbo, produktivnostjo in prostim časom.

Izobraževanje bolnikov: Vsi nasveti, izobraževanje ali informacije, ki jih da zdravstveni delavec, da bi izboljšal bolnikovo razumevanje bolečine ali ustreznega zdravljenja. To vključuje nasvete o telesni aktivnosti, postopnem vračanju k dejavnostim, tempiranju, obvladovanju obremenitev (vključno z izobraževanjem o ustreznih pripomočkih), zdravem življenjskem slogu, nasvete o samoobvladovanju bolečine in spoprijemanju z njo, napovedi, izobraževanje o obvladovanju bolečine, izobraževanje o znanosti o bolečini. Svetovanje se lahko izvaja na kakršen koli način (ustno, pisno, tehnološko ali v kombinaciji teh načinov).

Farmakoterapija: katero koli analgetično zdravilo, ki se daje po kateri koli poti in v katerem koli odmerku, vključno s pomožnimi terapijami.

To so nesteroidna protivnetna zdravila, acetaminofen, antidepresivi, antikonvulzivi, opiodi, kortikosteroidi, mišični relaksanti. Nekatere lahko zaužijete peroralno, druge vnesete z injekcijo, tretje pa z nanosom na kožo.

Psihoterapija/psihološka terapija: Psihološko ali psihoterapevtsko zdravljenje, ki prinaša prepoznavne psihološke vsebine za spreminjanje misli, čustev, vedenja in telesnih procesov. Primeri vključujejo kognitivno-vedenjsko terapijo (CBT), vedenjsko terapijo (BT) ter terapijo sprejemanja in predanosti (ACT).

Kirurgija: Uporaba operacijskih ročnih in instrumentalnih tehnik na osebi za odpravo ali korekcijo anatomskih nepravilnosti, ki naj bi vplivale na bolečino. Primeri vključujejo artroskopijo sklepov [ključnica] (debridement ± sinovektomija ± hondroplastika), artroplastiko sklepov, zamenjavo sklepov, perkutano kirurgijo v primerjavi z odprto kirurgijo, rizotomijo, tenotomijo, radiokirurgijo, kordotomijo, ablacije z MR-, UZ-, laserskim vodenjem, stereotaktične kirurške tehnike in druge tehnike kirurgije ČZS za zdravljenje bolečine.

Termoterapija: Uporaba toplote ali mraza na sklepih in/ali mišicah za izboljšanje simptomov osteoartritis, ki se lahko izvaja z obkladki, brisačami, voskom idr. Toplota lahko deluje tako, da izboljša cirkulacijo in sprosti mišice, mraz pa lahko omrtviči bolečino, zmanjša oteklino, skrči krvne žile in blokira živčne impulze v sklepu.

Samopomoč in samoobvladovanje bolečine

Osebe, ki živijo z bolečino, večino svojega življenja preživijo zunaj sistema zdravstvenega varstva in se v tem kontekstu vsak dan spoprijemajo z vplivom bolečine na njihovo življenje. Učinkovita samopomoč ali samoobvladovanje bolečine je izobraževalna pot, ki zahteva podporo in obvladovanje številnih vidikov, vključno z obvladovanjem izbruhov/poslabšanj simptomov, vedenjem, kdaj se posvetovati z zdravstvenim delavcem, odločanjem o preiskavah in zdravljenju, oblikovanjem ali vzdrževanjem pozitivnih strategij spoprijemanja, vključno z obvladovanjem stresa in spanja, telesno dejavnostjo in družabnim udejstvovanjem. Ključna sestavina uspešnega samozdravljenja je krepitev zaupanja ali samoučinkovitosti ljudi pri obvladovanju bolečine in njenega vpliva na njihovo življenje. Trenutno nimamo jasne opredelitve, kako je videti dobro samoobvladovanje/samopomoč. Zdravstveni delavci morajo biti bolje opremljeni z veščinami, ki bodo ljudem z bolečino pomagale pri njenem samozavestnem samoobvladovanju. To vključuje dobro poslušanje in komunikacijske spretnosti z zagotavljanjem informacij o samoobvladovanju posameznikom na začetku poti za lažje preprečevanje kronične bolečine ali njenih negativnih učinkov. Ključni izziv, ki ga je treba nujno obravnavati, je zagotoviti, da imajo posamezniki, ki trpijo zaradi bolečine, ne glede na kraj bivanja ali dohodek, preprost dostop do cenovno ugodnih programov/možnosti samoobvladovanja.

Vrste bolečin

Obstaja veliko različnih bolezenskih stanj. V nadaljevanju je navedenih več vrst bolečin, ki so navedene skupaj z informacijami o tem, kaj je bolečina, kako jo je mogoče diagnosticirati, in drugimi koristnimi informacijami. Navedeni pogoji so zelo obremenjujoči.

Opozoriti velja, da ta seznam ni izčrpen in ne zajema vseh akutnih in bolečinskih stanj.

Prav tako je treba opozoriti, da imajo vsa stanja svojo klasifikacijo, vendar je običajno, da se pri posameznikih pojavlja več kot eno stanje in da bodo verjetno izpolnjevali diagnostične kriterije za več stanj. V tem primeru sta lahko ocenjevanje in zdravljenje težavna, saj je treba razmisliti, katero stanje je primarni vzrok in ali je vsem stanjem skupna osnovna patologija. Upoštevati je treba to zapleteno prepletanje komorbidnosti.

Kjer je bilo mogoče, smo predstavili podatke, ki izražajo pojavnost in razširjenost bolečinskih stanj v Evropi. Če si želite ogledati izčrpen seznam akutnih in kroničnih bolečin, obiščite uradno spletno mesto MKB-11.

Mišično-skeletne bolečine

Kaj je to: Za mišično-skeletno bolečino se šteje bolečina, ki se pojavlja v predelih, sestavljenih iz kosti, mišic, sklepov ali povezanih mehkih tkiv. Najpogostejše mišično-skeletne bolečine so bolečine v križu, bolečine v vratu, bolečine v kolkih in kolenih, ki so posledica osteoartritisa, bolečine v ramenih in večplastne bolečine (bolečine v več delih telesa).

Razširjenost: Po ocenah prizadeva 1,71 milijarde ljudi po vsem svetu in je glavni vzrok invalidnosti v Evropi in po svetu. Je tudi največji dejavnik, ki prispeva k številu let, preživetih z invalidnostjo (YLD) – večji od duševnega zdravja, sladkorne bolezni in raka (približno 149 milijonov YLD, kar predstavlja 17 % vseh YLD). Osteoartritis (OA), najpogostejša vrsta artritisa, prizadeva več kot 40 milijonov ljudi v Evropi. Tveganje za OA kolena je 45-odstotno, za OA kolka pa 25-odstotno. OA je najhitreje naraščajoči vzrok invalidnosti na svetu. Bolečine v križu so najpogostejše mišično-skeletne bolečine, ki povzročajo invalidnost. V Evropi je najvišja starostno standardizirana stopnja razširjenosti bolečine v križu na 100 000 oseb v Srednji Evropi (12.800; 11.500-14.400), sledita Vzhodna Evropa (11.200; 10.100-12.500) in Zahodna Evropa (9540; 8510-10.700). Po predvidevanjih bo leta 2050 imelo bolečine v križu več kot 800 milijonov ljudi po vsem svetu.

Možnosti zdravljenja: Zdravljenje lahko vključuje izobraževanje bolnikov (npr. o dejavnikih tveganja, samoobvladovanju bolečine), farmakoterapijo (npr. nesteroidna protivnetna zdravila), vadbo, psihološke terapije, intervencijsko zdravljenje bolečine (npr. injekcije), operacijo, manualno terapijo (npr. masažo), komplementarno in alternativno medicino, termoterapijo (npr. toploto) ter delovne in socialne terapije.

Verjetne sočasne bolezni: Mišično-skeletne bolečine in z njimi povezana invalidnost so pogosto povezane z bolečinami na več mestih, debelostjo, duševnimi motnjami (npr. depresijo) in motnjami spanja (npr. nespečnostjo).

“ Pričevanje osebe z izkušnjo bolečine ”

- **Ime:** anonimno
- **Starost:** 76
- **Državljanstvo:** romunsko
- **Ime bolezni/bolečine:** huda artroza
- **Kako dolgo živite z bolečino in kako se je začela?** 15 let. Imela sem neznosne bolečine okoli rotule (krogličnega sklepa) obeh nog in brez analgetikov nisem mogla stopati po stopnicah. Bolečina je bila včasih prisotna tudi v ležečem položaju.
- **Kako bi opisali bolečinske občutke, ki jih doživljate pri svoji bolečini (npr. pekoč občutek, zbadanje, odrevenelost, bolečina, igle, žeblički in iglice idr.)?** Zbadanje, bolečine med hojo in/ali spuščanjem po stopnicah ter v ležečem položaju žeblički in iglice, ki jim sledi odrevenelost.
- **Kako bolečina vpliva na vaše vsakdanje življenje?** Kakovost mojega življenja se je precej zmanjšala. Od stanja izjemno energične ženske sem se morala upočasniti do hoje s palico. Zaradi tega sem nesrečna in čutim veliko tesnobe.
- **Kako se spopadate z bolečino in/ali jo zdravite?** Z analgetiki in zadnja štiri leta z injekcijami v obe koleni. Zaradi strahu nisem hotela na operacijo za zamenjavo kolena.
- **Kateri je največji izziv, s katerim se soočate, ko živite s to boleznijo?** Mobilnost in izogibanje stresu.
- **Kako bolečina vpliva na vaše razpoloženje in duševno zdravje?** Da, vpliva. Čutim tesnobo, nesrečo in pomanjkanje veselja do vsakdanjega življenja, kot sem ga čutila prej.

Nevropatska bolečina in primeri

Kaj je to: Nevropatska bolečina je posledica poškodbe ali bolezni somatosenzoričnega živčnega sistema. Med najpogostejšimi simptomi, o katerih so poročali, so lahko lokalizirane ali usmerjene bolečine, ki so streljajoče, pekoče ali zbadajoče. Nevropatska bolečina je lahko centralna (npr. po možganski kapi, MS) ali periferne narave (npr. trigeminalna nevralgija, diabetična periferna nevropatija, bolečine v hrbtu, pooperativne, postherpetične).

Razširjenost: Nevropatska bolečina prizadene približno 7-10 % prebivalstva. Za herpes zoster (pasavec) je trenutno ocenjeno tveganje v Evropi 23-30 %, pri čemer je po poročilih tveganje ponovitve bolezni <5 % v življenju. Postherpetična nevralgija (preostala nevropatska bolečina po herpesu zoster) se pojavi pri 10 % in 30 % bolnikov; pri starejših od 60 let se ta delež poveča na 60-70 %. Razširjenost išiasa (sevajoče bolečine v nogah zaradi vnetja ali kompresije ledveno-križnih živčnih korenin (L4-S1), ki tvorijo ishiadični živec) se med študijami razlikuje. V študiji primarnega zdravstvenega varstva v Združenem kraljestvu (609 bolnikov) so pri približno 60 % bolnikov z bolečinami v hrbtu in nogah klinično diagnosticirali išias. Fantomska bolečina v okončinah (boleči občutki v odsotni okončini) se pojavi pri 50-80 % vseh oseb z amputacijo. Glede boleče diabetične polinevropatije prevalenca ni natančno določena, vendar je po razpoložljivih podatkih prevalenca bolečine pri bolnikih s sladkorno boleznijo od 10 do 20 %, pri bolnikih z diabetično nevropatijo pa od 40 do 50 %. V študiji v Italiji (816 bolnikov) je imelo 36 % bolnikov diabetično polinevropatijo, povezano z moškim spolom, starostjo in resnostjo sladkorne bolezni.

Možnosti zdravljenja: Možnosti zdravljenja vključujejo farmakološke in nefarmakološke pristope, kot so izobraževanje bolnikov, podporno izobraževanje, farmakoterapija, vadbena terapija, psihološke terapije, intervencijsko zdravljenje bolečine, kirurgija, manualna terapija, podporni pripomočki ter socialne in delovne terapije. Opioidi naj bodo rezervirani za bolnike, ki se ne odzivajo na terapevtske alternative z manjšim tveganjem neželenih učinkov. S cepivom proti herpesu zostru lahko preprečite pojavnost postherpetične nevralgije (živčne bolečine, ki vztraja tudi po ozdravitvi izbruha pasovca).

Verjetne sočasne bolezni: Možne spremljajoče bolezni nevropatske bolečine so depresija, motnje spanja in depresivno razpoloženje ali anksioznost. Te spremljajoče bolezni ovirajo bolnikovo zadovoljstvo, saj negativno vplivajo na funkcionalnost in kakovost življenja.

“ Pričevanje osebe z izkušnjo bolečine ”

- **Ime:** Ruth Fitzmaurice
- **Starost:** 52
- **Državljanstvo:** irsko
- **Ime bolezni/bolečine:** več bolečinskih stanj: nevropatske bolečine, spina bifida, skolioza, sindrom razdražljivega črevesja (IBS), endometrioza in bolečine v obraznem delu obraza.
- **Kako dolgo živite z bolečino in kako se je začela?** 38 let. Rodila sem se s spino bifido in sem bila operirana dan po rojstvu. Moje bolečine so se začele pri 14 letih, ko sem začela študirati. Žal so moje bolečine od takrat napredovale in so postale stanje, s katerim živim ves čas.
- **Kako bi opisali bolečinske občutke, ki jih doživljate pri svoji bolečini (npr. pekoč občutek, zbadanje, odrevenelost, bolečina, igle, žeblički in iglice idr.)?** Običajno vsakodnevno bolečino bi opisala kot pekočo in bolečo. Ko doživim izbruh bolezni, so to ponavadi žeblički in igle, ki zbadajo in utripajo.
- **Kako bolečina vpliva na vaše vsakdanje življenje?** S staranjem so bolečine vse bolj vplivale na moje življenje. Pri 52 letih ne morem več delati, moje aktivnosti pa so odvisne od stopnje bolečine. Vsak dan se poskušam sprehajati po plaži, dva- do trikrat na teden hodim na fizioterapijo v bazen. Ti dve dejavnosti sta stalnica v mojem življenju, vse, kar je zunaj tega, pa je odvisno od stopnje bolečine.
- **Kako se spopadate z bolečino in/ali jo zdravite?** Svojo bolečino obvladujem s kombinacijo pozitivnosti in pozornosti ter s čim manj zdravili. Skozi leta sem jemala vsa zdravila, kot so zdravila na osnovi opioidov, dopolnjena s protivnetnimi zdravili. Moja osebna odločitev je bila, da preneham jemati zdravila, in to je bila točka, ko sem morala prenehati delati, žal pa je to postalo vprašanje kakovosti življenja. Zdaj vsak dan vzamem dve tableti, ki sta kombinacija protivnetnega in protibolečinskega zdravila, in poskušam zdržati s tema dvema tabletama in ničimer drugim. Pozitivnost in čuječnost imata v mojem življenju ogromno vlogo in brez njiju bi se spet podala na pot zdravil.
- **Kateri je največji izziv, s katerim se soočate, ko živite s to boleznijo?** Strah pred prihodnostjo. Strah pred neznanim. Strah, kako slabo bo moje stanje.
- **Kako bolečina vpliva na vaše razpoloženje in duševno zdravje?** Naredim vse, kar je v moji moči, da moja bolečina ne bi vplivala na moje razpoloženje in duševno zdravje. Naredim vse, da se pozitivno odzovem na svojo bolečino, ne glede na to, ali gre za vsakodnevno bolečino ali zagon bolezni.

Z rakom povezana bolečina

Kaj je to: Z rakom povezana bolečina je bolečina, ki jo povzroča primarni rak ali metastaze. Vzroki za bolečine, povezane z rakom, so tumor sam, vnetje ali erozija kosti, drobovja ali živcev zaradi metastaz. Vključuje lahko tudi bolečino, povezano s poškodbami tkiva ali živcev, ki jih povzroči zdravljenje raka. Bolečino pri preživelih bolnikih z rakom je treba skrbno spremljati, saj lahko spremembe bolečine kažejo na ponovitev prvotne maligne bolezni. Veliko bolečin, povezane z rakom, lahko povzroči zdravljenje raka, na primer kronično nevropatsko bolečino zaradi operacije, periferno nevropatijo, povzročeno s kemoterapijo, ali periferno nevropatijo, povzročeno z radioterapijo. Ker na srečo raka preživi vedno več bolnikov, so posledice zdravljenja raka vedno bolj vidne.

Razširjenost: Bolečina je eden najpogostejših simptomov pri bolnikih z rakom ob postavitvi diagnoze. Približno 30-40 % oseb, ki so preživele raka, trpi za kronično bolečino. Vsako leto zaradi raka umre 1,7 milijona evropskih bolnikov z rakom, od katerih jih bo vsaj 66 % pred smrtjo doživljalo bolečine, 55 % pa jih bo doživljalo zmerno do močno bolečino.

Možnosti zdravljenja: Možnosti zdravljenja vključujejo farmakoterapijo (npr. preprosta analgezija, nesteroidna protivnetna zdravila, opioidi, antidepresivi, kortikosteroidi, monoklonska protitelesa, radioterapija, kemoterapija), izobraževanje, kirurgijo, vadbo, psihološke terapije (vključno z duhovno podporo), intervencijsko zdravljenje bolečine (npr. živčne blokade), delovno in socialno terapijo. Včasih je težko razlikovati med zdravljenjem raka in zdravljenjem bolečine. Radioterapija je lahko na primer kurativna ali protibolečinska.

Verjetne sočasne bolezni: Pri klinični oceni je treba razlikovati med bolečino zaradi raka, bolečino zaradi zdravljenja raka in bolečino zaradi komorbidnih bolezni. Spremljajoče bolezni, ki vplivajo na bolečino, so lahko kronične bolezni, operacije, travme, razpoloženje, motnje kognicije, motnje uporabe snovi in zdravila.

“ Pričevanje osebe z izkušnjo bolečine ”

- **Ime:** Ernesto Carreiro
- **Starost:** 72
- **Državljanstvo:** portugalsko
- **Ime bolezni/bolečine:** bolečine, povezane z rakom
- **Kako dolgo živite z bolečino in kako se je začela?** 10 let. Začelo se je pred mojo diagnozo.
- **Kako bi opisali bolečinske občutke, ki jih doživljate pri svoji bolečini (npr. pekoč občutek, zbadanje, odrevenelost, bolečina, igle, žeblički in iglice idr.)?** Pekočina in igle.
- **Kako bolečina vpliva na vaše vsakdanje življenje?** Slabost, manj prehranjevanja, čeprav z apetitom, izguba telesne teže, slabo spanje.
- **Kako se spopadate z bolečino in/ali jo zdravite?** Peroralna zdravila.
- **Kateri je največji izziv, s katerim se soočate, ko živite s to boleznijo?** Pomanjkanje volje za vsakodnevne dejavnosti, izguba moči za opravljanje vsakodnevnih dejavnosti.
- **Kako bolečina vpliva na vaše razpoloženje in duševno zdravje?** Da, razočaran sem, ker ne morem opravljati vsakodnevnih dejavnosti.

Glavobol in orofacialna bolečina

Kaj je to: Glavobol ali orofacialna bolečina je opredeljena kot glavobol ali bolečina v ustih ali obrazu. Kronični simptomi so tisti, ki se pojavljajo več kot dve uri na dan vsaj 50% dni v zadnjih treh mesecih. Simptomi segajo od blagih bolečin in motenj v delovanju čeljusti, ki lahko sčasoma izzvenijo, do kroničnih stanj težko obvladljivih bolečin in omejitev v delovanju čeljusti, ki so zelo izčrpavajoče.

Razširjenost: Kronični glavobol – glavobol, ki se pojavlja 15 ali več dni na mesec vsaj 3 mesece – je glavni vzrok bolečine in invalidnosti. Kronična migrena prizadene približno 1–4 % prebivalstva, kronični glavobol tenzijskega tipa pa približno 2,2 %. Približno 25–50 % obolelih ima tudi glavobol zaradi čezmerne uporabe zdravil, ki je v populaciji razširjen v 1 %. Bolečine v temporomandibularnem sklepu prizadenejo približno 31 % odraslih in 11 % otrok/mladostnikov.

Možnosti zdravljenja: Možnosti zdravljenja vključujejo izobraževanje bolnikov, podporno izobraževanje, farmakoterapijo, interventno zdravljenje (npr. injekcije), vadbo, psihološko terapijo (npr. sproščanje, biološka povratna zveza), termoterapijo, elektroterapijo ter socialno in delovno terapijo. Kirurški poseg je lahko indiciran tudi, kadar se nekirurško zdravljenje izkaže za neučinkovito.

Verjetne sočasne bolezni: Med prizadetimi so bili pogostejši glavoboli, alergije, depresija, utrujenost, degenerativni artritis, fibromialgija, avtoimunske motnje, apneja med spanjem in gastrointestinalne težave.

“ Pričevanje osebe z izkušnjo bolečine ”

- **Ime:** anonimno
- **Starost:** 62
- **Državljanstvo:** belgijsko
- **Ime bolezni/bolečine:** Orofacialna bolečina.
- **Kako dolgo živite z bolečino in kako se je začela?** 3 leta. Začelo se je s cisto ob nosni kosti v predelu zgornjih zob 21-22. Ob odstranitvi ciste je bila poškodovana kost. Z bolečino živim že 3 leta.
- **Kako bi opisali bolečinske občutke, ki jih doživljate pri svoji bolečini (npr. pekoč občutek, zbadanje, odrevenelost, bolečina, igle, žbljički in iglice idr.)?** Pekoča bolečina.
- **Kako bolečina vpliva na vaše vsakdanje življenje?** Stalna pekoča bolečina, , zlasti po jedi, pitju itd.
- **Kako se spopadate z bolečino in/ali jo zdravite?** Z umivanjem zob in izpiranjem s posebnimi izdelki ter včasih z jemanjem protivnetnih zdravil.
- **Kateri je največji izziv, s katerim se soočate, ko živite s to boleznijo?** Prehranjevanje je zame postalo pekel, hrane ne morem več okusiti.
- **Kako bolečina vpliva na vaše razpoloženje in duševno zdravje?** NI RELEVANTNO

Pooperacijska bolečina

Kaj je to: Bolečina po operaciji. Kronična pooperacijska bolečina je opredeljena kot kronična bolečina, ki se razvije ali okrepi po kirurškem posegu ali poškodbi tkiva in traja dlje od pričakovanega procesa celjenja. Patofiziologija pooperacijske bolečine je edinstvena, posledice pa so specifične za posameznika. Bolečina je pogosto lokalizirana na območju operacije ali se prenaša dermatomsko, zato je treba izključiti druge vzroke, kot so predhodne bolezni ali okužbe.

Razširjenost: Največja evropska prospektivna raziskava na to temo je pokazala, da se CPSP po operaciji razvije pri približno 10 % bolnikov (z veliko razlikami med operacijami). Druga študija je pokazala, da je tri mesece ali več po operaciji o bolečinah poročalo 40,4 % bolnikov. O zmerni ali hudi bolečini je poročalo 18,3 % ljudi. Pri poročanju o CPSP prihaja do velikih razhajanj, zato se domneva, da se te številke lahko razlikujejo.

Možnosti zdravljenja: Možnosti zdravljenja vključujejo izobraževanje bolnikov, podporno izobraževanje, farmakoterapijo, elektroterapijo, vadbo in psihološke terapije.

Verjetne sočasne bolezni: Pri bolnikih s predoperacijsko kronično bolečino, zlasti na kirurškem mestu, obstaja večje tveganje za razvoj KPSP. Upoštevati je treba tudi psihološke dejavnike tveganja, kot so psihološka stiska, anksioznost, katastrofiziranje, zmanjšana sposobnost obvladovanja bolečine, depresija in pretirana zaskrbljenost.

“ Pričevanje osebe z izkušnjo bolečine ”

- **Ime:** Koert Hommel
- **Starost:** 49
- **Državljanstvo:** nizozemsko
- **Ime bolezni/bolečine:** bolečine v hrbtu, sindrom neuspešne operacije hrbta in nevropatska bolečina.
- **Kako dolgo živite z bolečino in kako se je začela?** 10 let. Leta 1993, ko sem bil študent na univerzi BUAS, sem prvič občutil bolečine v križu. Pravzaprav moja največja težava ni bil hrbet, temveč sevajoča bolečina v levi nogi. Leta 2013 so se bolečine vrnile in od takrat jih ni več.
- **Kako bi opisali bolečinske občutke, ki jih doživljate pri svoji bolečini (npr. pekoč občutek, zbadanje, odrevenelost, bolečina, igle, žeblički in iglice idr.)?** Bolečina je boleča, včasih pekoča, včasih zbadajoča. Spreminja se, vendar se nikoli ne premika po telesu.
- **Kako bolečina vpliva na vaše vsakdanje življenje?** Bolečina, ki jo doživljam, vpliva na vse vidike življenja. Seveda je ta vpliv različen, vendar zadeva moje (prostovoljno) delo, hobije, odnose, družino, šport – vse se spremeni.
- **Kako se spopadate z bolečino in/ali jo zdravite?** Po dolgem, napornem in izčrpavajočem iskanju zdravljenja sem odkril »multidisciplinarni pristop h kronični bolečini«. To spoznanje je povzročilo spremembo v mojem razmišljanju. Zdaj opravljam veliko prostovoljnega dela in igram klavir.
- **Kateri je največji izziv, s katerim se soočate, ko živite s to boleznijo?** Ne morem opravljati plačanega dela, ohranjati meje (zlasti zase), obvladovati vpliv svoje bolečine na druge, svojo nepotrpežljivost z bolečino.
- **Kako bolečina vpliva na vaše razpoloženje in duševno zdravje?** Seveda je tako. Vsakodnevne bolečine so vrhunski šport. Fizično, zagotovo pa tudi psihično. Zaradi te muhavosti se ti miselno zmeša.

Visceralna bolečina

Kaj je to: Bolečina v notranjih prsnih, medeničnih ali trebušnih organih. Ustrezna lokacija bolečine lahko sovпада s tipičnimi vzorci sevanja iz notranjih organov.

Razširjenost: Kronična visceralna bolečina predstavlja pomemben delež vseh oblik kronične bolečine, kar dokazujejo epidemiološke študije. V vsakem trenutku poroča o visceralni bolečini do 25 %, kar povzroča velike stroške zdravstvenega varstva.

Možnosti zdravljenja: Možnosti zdravljenja vključujejo izobraževanje bolnikov (npr. o prehrani, življenjskem slogu), podporno izobraževanje, farmakoterapijo, vadbo (npr. raztezanje), manualno terapijo (npr. masažo), intervencijske pristope (npr. nevromodulacijo in živčne blokade), psihološke terapije (npr. kognitivno vedenjsko terapijo) in kirurgijo.

Verjetne sočasne bolezni: Fibromialgija je visoko komorbidna z več visceralnimi bolečinskimi motnjami. Prav tako je verjetno, da ima bolnik več visceralnih bolečinskih sindromov ali kronično visceralno bolečino in druge kronične bolečinske sindrome, ki niso povezani z notranjimi organi.

“ Pričevanje osebe z izkušnjo bolečine ”

- **Ime:** anonimno
 - **Starost:** 40
 - **Državljanstvo:** irsko
 - **Ime bolezni/bolečine:** endometrioz
-
- **Kako dolgo živite z bolečino in kako se je začela?** 19 let. Začelo se je postopoma, simptomi so se več mesecev stopnjevali, dokler nisem potrebovala nujne bolnišnične oskrbe zaradi suma na vnetje slepiča, ki se je izkazalo za torzijo jajčnikov zaradi endometrioze in PCOS.
 - **Kako bi opisali bolečinske občutke, ki jih doživljate pri svoji bolečini (npr. pekoč občutek, zbadanje, odrevenelost, bolečina, igle, žeblički in iglice idr.)?** Pekoča, ostra in huda bolečina.
 - **Kako bolečina vpliva na vaše vsakdanje življenje?** Večino dni mi uspeva, tri dni na mesec pa ne morem delovati ali zapustiti hiše.
 - **Kako se spopadate z bolečino in/ali jo zdravite?** Toplotne blazince, protibolečinska zdravila, refleksologija, kineziologija, kraniosakralna terapija.
 - **Kateri je največji izziv, s katerim se soočate, ko živite s to boleznijo?** Nikakor ne morem načrtovati svojega življenja, nenehno me skrbi, kakšne načrte lahko realno uresničim, če se endometrioz razmahne in se bom morala zapreti v hišo.
 - **Kako bolečina vpliva na vaše razpoloženje in duševno zdravje?** Včasih je zelo demoralizirajoče biti tako omejen in depresivno izpuščati življenjske dogodke in dejavnosti, ko se endometrioz razmahne.

Funkcionalne bolečinske motnje

Kaj je to: Funkcionalne bolečinske motnje (ali nespecifične funkcionalne somatoformne motnje) se lahko imenujejo težave, ki jih ni mogoče uvrstiti med specifične bolezni, ki prizadenejo organ ali organski sistem in ki trajajo vsaj 6 mesecev. Običajna primera sta sindrom razdražljivega črevesja (IBS, funkcionalna gastrointestinalna motnja, za katero so značilne ponavljajoče se bolečine v trebuhu, povezane s spremembami pogostosti in oblike blata, brez prepoznane osnovne patološke ali organske etiologije) in temporomandibularne motnje (TMD, skupina kliničnih stanj, ki prizadenejo žvekalne mišice, temporomandibularni sklep ali oboje).

Razširjenost: IBS prizadene do 18 % odraslih v zahodnih državah, večinoma ženske, zlasti med tistimi, ki iščejo zdravstveno oskrbo. Splošna razširjenost TMD je ocenjena na 31 % pri odraslih/starejših in 11 % pri otrocih/mladostnikih, pri čemer je najpogostejša TMD premik diska s poravnavo (DDwR) (približno 41 % oseb s TMD) v primerjavi s tistimi brez poravnave.

Možnosti zdravljenja: Možnosti zdravljenja vključujejo izobraževanje bolnikov (glede dejavnikov tveganja), podporno izobraževanje, farmakoterapijo, psihološke terapije (npr. obvladovanje stresa, sproščanje, kognitivno-vedenjska terapija), vadbo, elektroterapijo, termoterapijo, manualno terapijo ter socialne in delovne terapije.

Verjetne sočasne bolezni: Nekatera stanja, povezana z IBS, vključujejo gastrointestinalne motnje, kot so funkcionalna dispepsija, gastroezofagealna refluksna bolezen, funkcionalno zaprtje poleg fibromialgije, sindrom kronične utrujenosti in kronične medenične bolečine. Primeri sočasnih bolezni, povezanih s TMD, so med drugim: fibromialgija, sistemska hiperomobilnost sklepov, juvenilni idiopatski artritis, tinitus, posttravmatska stresna motnja, sistemski osteoartritis, nevralgija trigeminusa, atipična obrazna bolečina in migrene.

“ Pričevanje osebe z izkušnjo bolečine ”

- **Ime:** Kaat Cleenewerck
- **Starost:** 57
- **Državljanstvo:** belgijsko
- **Ime bolezni/bolečine:** več bolečinskih stanj: sindrom razdražljivega črevesja (IBS), bolečine v križu in išias.
- **Kako dolgo živite z bolečino in kako se je začela?** Bolečine v križu in IBS: 25 let; nevropatska bolečina: 12 let; in ishiadična bolečina: 2 leti.
- **Kako bi opisali bolečinske občutke, ki jih doživljate pri svoji bolečini (npr. pekoč občutek, zbadanje, odrevenelost, bolečina, igle, žeblički in iglice idr.)?** Kombinacija bolečin, zbadanja, žebličkov in igel.
- **Kako bolečina vpliva na vaše vsakdanje življenje?** To je nevidna invalidnost, ki onemogoča običajne vsakodnevne dejavnosti in stvari, ki jih počnete za užitek. Kronične bolečine so zelo izčrpavajoče. Sredi popoldneva sem zelo utrujena in ne morem več opravljati nobenih telesnih dejavnosti.
- **Kako se spopadate z bolečino in/ali jo zdravite?** Vse, kar si lahko jaz in skrbniki izmislimo: ostati aktiven kljub hudim bolečinam, kar pomeni vsakodnevno sprehode in/ali opravljanje opravkov/lahkega gospodinjanskega dela; vsakodnevno raztezanje in lahka joga, fizioterapija, suha igla, akupunktura, masaže (kadar si jih lahko privoščim), zdravljenje na kliniki za bolečine: infiltracije, radiofrekvenca (denervacija živcev); zdravila: (srednje) močna protibolečinska zdravila; v zadnjem času: medicinska konoplja (ki mi izjemno pomaga).
- **Kateri je največji izziv, s katerim se soočate, ko živite s to boleznijo?** Večino svojega odraslega življenja živim sama, zato moram vsak dan sama prenašati kronične bolečine, saj nimam podpore družine in skoraj nobene podpore prijateljev. Finančni izzivi, saj so tako imenovana »alternativna sredstva« precej draga. To prinaša tudi dodaten stres. Samo strokovna podpora (na srečo zelo dobra). Tudi pri njih imam pogosto občutek, da »podcenjujejo« stopnjo bolečine, s katero se spopadam.
- **Kako bolečina vpliva na vaše razpoloženje in duševno zdravje?** Izjemno! Ker sem precej psihiatrično ranljiva oseba (od najstniških let), kronične bolečine močno vplivajo na moje duševno zdravje. Osamljenost je težka in na trenutke lahko strašna. Življenje s kronično bolečino lahko sproži mojo kronično depresijo, ki je v določenem obdobju zelo prisotna. V preteklosti so bolečine (poleg številnih drugih težav) prispevale k odvisnosti od alkohola, ki – imam veliko srečo! – mi jo je uspelo premagati. To je močno vplivalo na izboljšanje mojega duševnega zdravja.

Kronična razširjena bolečina

Kaj je to: Kronična razširjena bolečina je bolečina, ki se razpršeno pojavlja v vsaj 4 od 5 telesnih regij in vsaj 3 telesnih kvadrantih (zgornji-dolnji-levi-desni del telesa) ter aksialnem skeletu (vrat, hrbet, prsni koš in trebuh). Običajno jo uvrščamo med mišično-skeletne bolečine. Simptomi so lahko bolečine, ki trajajo vsaj tri mesece, ter znaki funkcionalne nezmožnosti ali čustvene stiske. Pogost primer je fibromialgija, bolezen, za katero so značilne kronične razširjene bolečine, težave s spanjem (vključno z neobnovljivim spanjem), telesna izčrpanost in kognitivne težave.

Razširjenost: Prevalenca posameznikov, ki poročajo o simptomih fibromialgije, je v splošni populaciji med 2 in 4 %, vendar je število oseb, pri katerih je bolezen diagnosticirana, bistveno manjše. Razlog za to je, da so diagnostične oznake, povezane s kronično razširjeno bolečino, zelo sporne, soglasje o diagnostičnih merilih in oznakah pa še ni doseženo.

Možnosti zdravljenja: Zdravljenje vključuje izobraževanje bolnikov, podporno izobraževanje, farmakoterapijo, vadbeno terapijo, psihološke terapije, manualne terapije, termoterapijo, elektroterapijo ter socialne in delovne terapije.

Verjetne sočasne bolezni: Vzroke za to stanje je težko določiti, vendar lahko k temu prispevajo debelost, sladkorna bolezen, depresija, tesnoba, glavobol, sindrom razdražljivega črevesja, sindrom kronične utrujenosti, sistemski eritematozni lupus in revmatoidni artritis.

“ Pričevanje osebe z izkušnjo bolečine ”

- **Ime:** Tristan Vandepuuten
- **Starost:** 27
- **Državljanstvo:** belgijsko
- **Ime bolezni/bolečine:** Fibromialgija in distonija
- **Kako dolgo živite z bolečino in kako se je začela?** 11 let. Začelo se je z gripo v stresnem trenutku. Še vedno živim s svojo bolečino. Iz dneva v dan. Po treh letih in številnih zdravnikih so mi diagnosticirali distonijo, kronično bolečino.
- **Kako bi opisali bolečinske občutke, ki jih doživljate pri svoji bolečini (npr. pekoč občutek, zbadanje, odrevenelost, bolečina, igle, žbljički in iglice idr.)?** Kot da me nenehno vleče vase.
- **Kako bolečina vpliva na vaše vsakdanje življenje?** Komaj preživim, imam progresivno bolezen
- **Kako se spodate z bolečino in/ali jo zdravite?** To mi ne uspeva najbolje. Glasba in kitara mi prinašata nekaj razbremenitve. Bobathova terapija, sproščanje, dihalna terapija, vroče kopeli, hoja, poslušanje zvočnih knjig, infrardeča kabina in zdravila, kot so lokalni anestetiki, opioidi in antidepresivi.
- **Kateri je največji izziv, s katerim se soočate, ko živite s to boleznijo?** Izvajanje preprostih stvari.
- **Kako bolečina vpliva na vaše razpoloženje in duševno zdravje?** Da, osamljenost, ne morete živeti normalnega življenja in imate občutek, da nimate prihodnosti, ker nimate veliko podpore v smislu pomanjkanja raziskav.

Kompleksni regionalni bolečinski sindromi tipa I in II

Kaj je to: Za kompleksni regionalni bolečinski sindrom (CRPS) je boleče stanje, ki prizadene okončino, in je povezan s senzoričnimi, motoričnimi, avtonomnimi, kožnimi in kostnimi nepravilnostmi. Simptomi se pri različnih ljudeh kažejo različno. Kostne nepravilnosti vključujejo lokalno osteoporozo v delih prizadete okončine, ki običajno spontano izzveni. Kožne nepravilnosti vključujejo reverzibilne spremembe teksture ali videza kože; koža je npr. lahko videti tanka ali sijoča. Skoraj v vseh primerih CRPS sproži poškodba okončine. CRPS se lahko pojavi tudi po zelo majhnih poškodbah. V 7% primerov ni poškodbe in CRPS nastane spontano.

CRPS prizadene tako moške kot ženske, vendar so ženske prizadete pogosteje. Prizadene lahko ljudi vseh starostnih skupin, tudi otroke, najpogosteje pa prizadene ženske ali moške po 40. letu starosti. Obstajata lahko dve vrsti tega stanja, ki sta sprva videti enako.

(a) Približno 80 % bolnikov ima dobro prognozo. Njihovo stanje se bo izboljšalo. K tej vrsti CRPS lahko prispeva vnetje v prizadeti okončini.

(b) Pri približno 20 % bolnikov bo bolečina vztrajala. To pomeni, da se njihova bolečina ne izboljša veliko, ne glede na to, kaj storimo. Nedavni dokazi kažejo, da je pri teh bolnikih vzrok za to stanje lahko avtoimunska reakcija.

Zaradi jasnosti se CRPS »tip 1« ali »tip 2« v literaturi nanaša na CRPS brez poškodbe glavnega živca (tip 1) ali s poškodbo takega živca (tip 2, kar je redko). Nedavne raziskave so pokazale, da ta razvrstitev ne prispeva veliko k znanstvenemu razumevanju ali klinični praksi, zdravljenje teh dveh »tipov« pa je precej podobno. To se razlikuje od obeh vrst (a) in (b), ki sta bili obravnavani zgoraj.

Razširjenost: V splošni populaciji se CRPS razvije pri 20–26 osebah na 100.000 letno. Razširjenost CRPS je težko določiti, vendar se akutno pojavi pri približno 7 % bolnikov, ki utrpijo zlom okončine, operacijo okončine ali druge dogodke, kot so zvini in načrtovane operacije.

Možnosti zdravljenja: Možnosti zdravljenja vključujejo izobraževanje bolnikov, podporno izobraževanje, farmakoterapijo, vadbeno terapijo, psihološko terapijo (npr. stopnjevane motorične predstave, trening v zrcalni škatli), intervencijsko zdravljenje, terapije za izboljšanje pretoka krvi, vključno s termoterapijo in elektroterapijo, delovno in socialno terapijo. Zlasti stopnjevana vadba pomaga i) zmanjšati resnost CRPS, ii) skrajšati trajanje te vrste CRPS, iii)

zmanjšati preostale težave in iv) če se izvaja zelo zgodaj po poškodbi, lahko prepreči nastanek te vrste CRPS. Morda bo treba spodbuditi zavestno pozornost na okončino s spodbujanjem gledanja, razmišljanja, dotikanja in ponovnega vključevanja okončine pred vsakim gibom. Z ogledali lahko poudarite in popravite nadzor gibanja.

Verjetne sočasne bolezni: Čustveni dejavniki, povezani s CRPS, imajo lahko večji vpliv na intenzivnost bolečine kot pri bolečinah, ki niso povezane s CRPS, zato je pomembno upoštevati prisotnost psiholoških komorbiditet.

“ Pričevanje osebe z izkušnjo bolečine ”

- **Ime:** Juergen Werner
- **Starost:** 56
- **Državljanstvo:** nemško
- **Ime bolezni/bolečine:** Sindrom kronične regionalne bolečine tipa II.
- **Kako dolgo živite z bolečino in kako se je začela?** Od leta 2021. Začelo se je po operaciji karpalnega kanala.
- **Kako bi opisali bolečinske občutke, ki jih doživljate pri svoji bolečini (npr. pekoč občutek, zbadanje, odreenelost, bolečina, igle, žeblički in iglice idr.)?** V zapestju imam stalno vibracijo, v podlahti pa 24 ur na dan, 7 dni v tednu pa pekoč in zbadajoč občutek
- **Kako bolečina vpliva na vaše vsakdanje življenje?** Vsak dan me omejuje, ker ne počiva, prav tako pa je težko meditirati ali kaj podobnega, ker je vedno prisoten.
- **Kako se spopadate z bolečino in/ali jo zdravite?** Težko se je odvrniti. Naučiš se biti igralec in vse prikriješ. Vendar te to dolgoročno uniči.
- **Kateri je največji izziv, s katerim se soočate, ko živite s to boleznijo?** Težko se je spoprijeti z vsakdanjim življenjem. Osredotočanje dlje kot 30 minut je skoraj nemogoče. Ljudje se umikajo tudi iz večjih dogodkov.
- **Kako bolečina vpliva na vaše razpoloženje in duševno zdravje?** Težko se osredotočite za daljši čas, kot človek pa izgubite veselje in pozabite, kako se smejati. Nisem več ista oseba kot pred boleznijo. Izgubite upanje, ker vas povsod obravnavajo kot bolnika in na koncu vam vsi povedo, da je bolezen neraziskana.

Sklepi in priporočila

Upamo, da bomo s temi primeri pogostih vrst bolečine in pričevanj omogočili razumevanje raznolikosti in skupnih značilnosti bolečine. Za neznanstvenike, ki se prvič srečujejo z bolečino, bo proučevanje stanj, kot so bolečina v križu, bolečina pri raku in pooperacijska bolečina, morda osvetlilo tisto, kar je bilo prej prezrto ali napačno razumljeno. Čeprav se bolečinska stanja razlikujejo po patologiji in načinu doživljanja, jih pogosto združuje dejstvo, da jim v zdravstvenem sistemu in političnih okvirih ni namenjene dovolj pozornosti. Platforma Družbeni vpliv bolečine želi to spremeniti z ozaveščanjem o bolečini in spreminjanjem politik na področju bolečine.

The Societal Impact of Pain (SIP) Platform poziva oblikovalce politik na ravni EU in nacionalni ravni, naj:

1

priznavanje bremena in vpliva bolečine na družbo in bolnike ter povečanje njene prednosti v sistemih zdravstvenega varstva, financiranja in oblikovanja politik.

2

zagotoviti učinkovito izvajanje MKB-11, saj njena uporaba omogoča mednarodni dogovor o uporabi standardiziranih diagnoz in orodij ter izboljšuje zbiranje podatkov za primarno in sekundarno uporabo.

3

Zagotovite vzpostavitev in pogosto uporabo registrov bolnikov, saj bo to izboljšalo razumevanje bolečine ter njenega obvladovanja in zdravljenja.

4

Bolečina kot kazalnik kakovosti: Razvijte instrumente za ocenjevanje vpliva bolečine.

5

Raziskovanje bolečine: Povečajte naložbe v raziskave za boljše razumevanje vzrokov (patofiziologije) različnih bolečinskih stanj, razvoj novih načinov zdravljenja bolečine, razumevanje in obravnavanje komorbidnosti med bolečino in duševnim zdravjem, povečanje razvoja in uporabe meritev rezultatov, o katerih poročajo bolniki, za vsa bolečinska stanja, vzpostavitev zlatega standarda za programe samoobvladovanja bolečine in izboljšanje dostopa do visokokakovostne oskrbe.

6

Bolečina pri zaposlovanju: Začnite izvajati politike, ki obravnavajo vpliv bolečine na zaposlovanje in delovno storilnost, ter vključite bolečino v ustrezne obstoječe pobude.

7

Izobraževanje o bolečini: prednostno obravnavajte izobraževanje o bolečini za zdravstvene delavce, bolnike, oblikovalce politik in širšo javnost.

8

Informacijska tehnologija za bolečino: Razvoj interoperabilnih digitalnih zdravstvenih ekosistemov z dostopnimi digitalnimi rešitvami za ocenjevanje, spremljanje in obvladovanje bolečine (aplikacije, spletni viri idr.) ter pravnih in regulativnih okvirov za izmenjavo podatkov.

O platformi The Societal Impact of Pain (SIP) Platform

Platforma »The Societal Impact of Pain« (SIP) je partnerstvo več zainteresiranih strani pod vodstvom Evropske federacije za bolečino EFIC in združenja Pain Alliance Europe (PAE), katerega cilj je povečati ozaveščenost o bolečini in spremeniti politiko bolečine.

Platforma omogoča razpravo zdravstvenim delavcem, zagovorniškimi skupinami za bolečino, politikom, ponudnikom zdravstvenega zavarovanja, predstavnikom zdravstvenih organov, regulatorjem in proračunskim uporabnikom.

Za znanstveni okvir platforme SIP je odgovoren EFIC, strateško usmeritev projekta pa določata oba partnerja. Farmacevtski podjetji Grünenthal GmbH in GSK sta glavna sponzorja platforme The Societal Impact of Pain (SIP) Platform.

Za dodatne informacije se obrnite na:

Ángela Cano Palomares, vodja projekta Družbeni vpliv bolečine (SIP) v Evropi pri Evropski federaciji za bolečino EFIC – angela.palomares@efic.org.

Deirdre Ryan, predsednica združenja Pain Alliance Europe – president@pae-eu.eu.

Izjava o omejitvi odgovornosti

Družbeni vpliv bolečine (SIP) ne podpira nobene od možnosti zdravljenja, omenjenih v tem dokumentu. Informacije niso namenjene nadomestitvi individualnega odnosa s kvalificiranim zdravstvenim delavcem in niso namenjene kot zdravniški nasvet. Knjiga dokazov o bremenu bolečine vsebuje splošne informacije in razprave o bolečini. Zagotovljene informacije in druga vsebina ali povezano gradivo niso namenjeni in se ne smejo razumeti kot zdravniški nasvet, prav tako pa informacije niso nadomestilo za strokovno medicinsko znanje ali zdravljenje.

Pričevanja bolnikov v tem dokumentu so zbrana po elektronski pošti prek kontaktov članov združenja Pain Alliance Europe. Gre za individualne resnične izkušnje tistih, ki so se odločili prispevati k zbirki dokazov o bremenu bolečine. Pričevanja niso nujno reprezentativna za vse tiste, ki doživljajo bolečino, in lahko bi jih navedli še veliko več, čeprav niso zbrana v tem dokumentu.

Prikazana pričevanja so dobesedno navedena, razen popravkov slovničnih ali tiskarskih napak. Nekateri so bili skrajšani. To storimo le, če je pričevanje dolgotrajno ali če se celotno pričevanje ne zdi pomembno za javnost.

Avtorji:

(po abecednem vrstnem redu)

Angela Cano Palomares; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Deirdre Ryan; Pain Alliance Europe PAE, Brussels, Belgium.

Joanne O'Brien Kelly; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; Department of Pain Management, Beaumont Hospital, Dublin, Ireland; RCSI, Dublin Ireland.

Ketan Kumar Bhatt; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Luis García-Larrea; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; European Journal of Pain; NeuroPain Lab - Central Integration of Pain in Humans; Lyon Centre for Neuroscience - Inserm; Hôpital de Valence (Drôme), France.

Mary O'Keeffe; School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland.

Nathaniel Skidmore; Centre for Rehabilitation, School of Health & Life Sciences, Teesside University, Middlesbrough, UK.

Patrice Forget; Institute of Applied Health Sciences, Epidemiology Group, School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition, University of Aberdeen, Aberdeen, UK, Department of Anaesthesia, NHS Grampian, Aberdeen, UK.

Sam Kynman; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Sodelavci:

Predstavniki platform za družbeni učinek bolečine (SIP) (po abecednem vrstnem redu)

André Ljutow

André Mouraux

André Wolff

Anna B. Sellius

Anna Kiernan

Anna Server

Carina Raposo

Eddy Claes

Ellen Gepts

Françoise Launois

Gertrude Buttigieg

Gisèle Pickering

Gunilla Goran

Iben Rohde

Ilona Thomassen

Isabel Pireza

Ivone Machado

Joanna Vicente

Lars Bye Moeller

Liisa Jutila

Maria Luz Padilla del Rey

Maria Madariaga

Maria Teresa Flor de Lima

Marja Kinnunen

Martina Phelan

Mateja Krzan

Miren Revuelta

Monica Rebelo

Monika Löfgren

Nevenka Skvarc

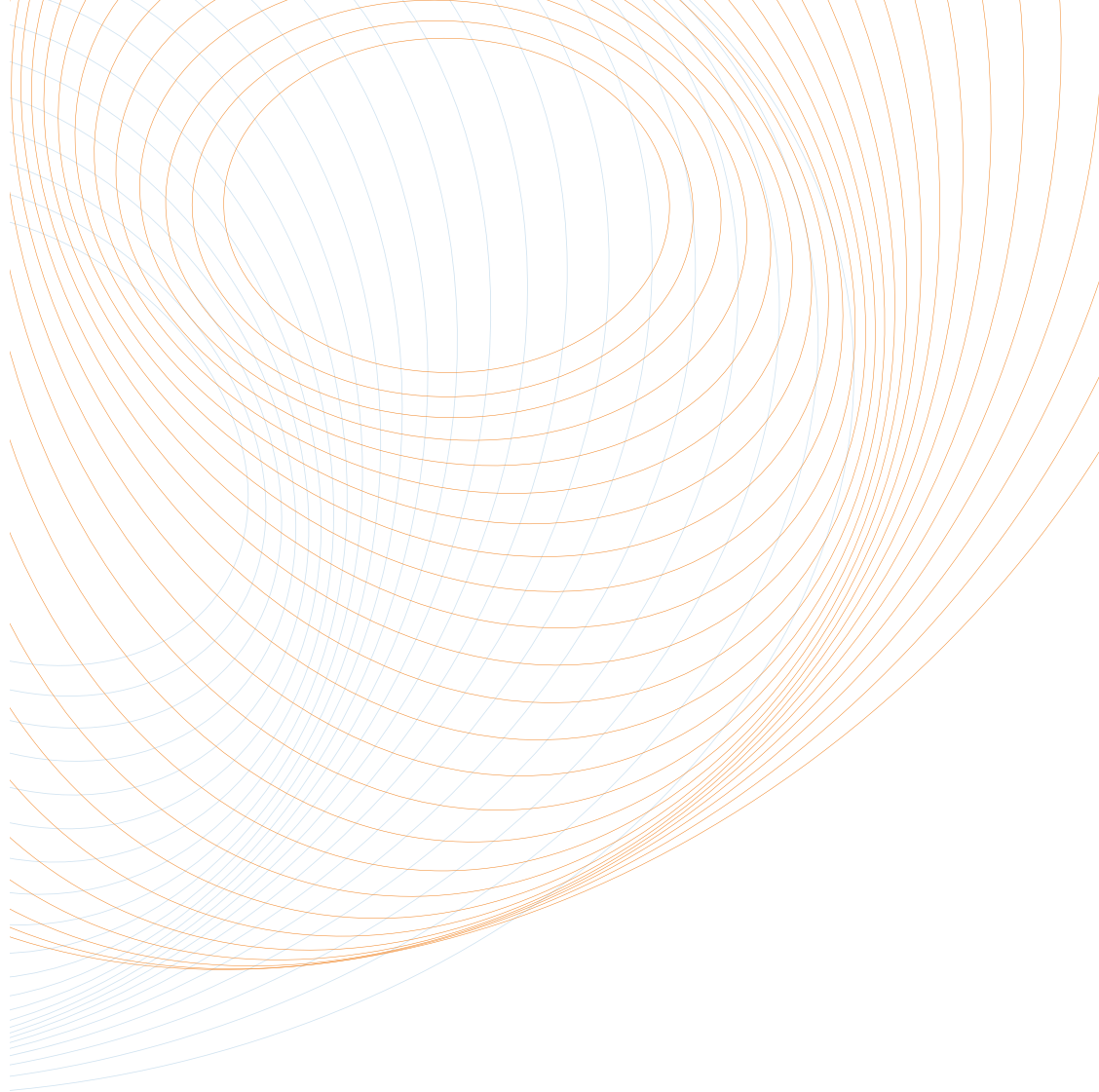
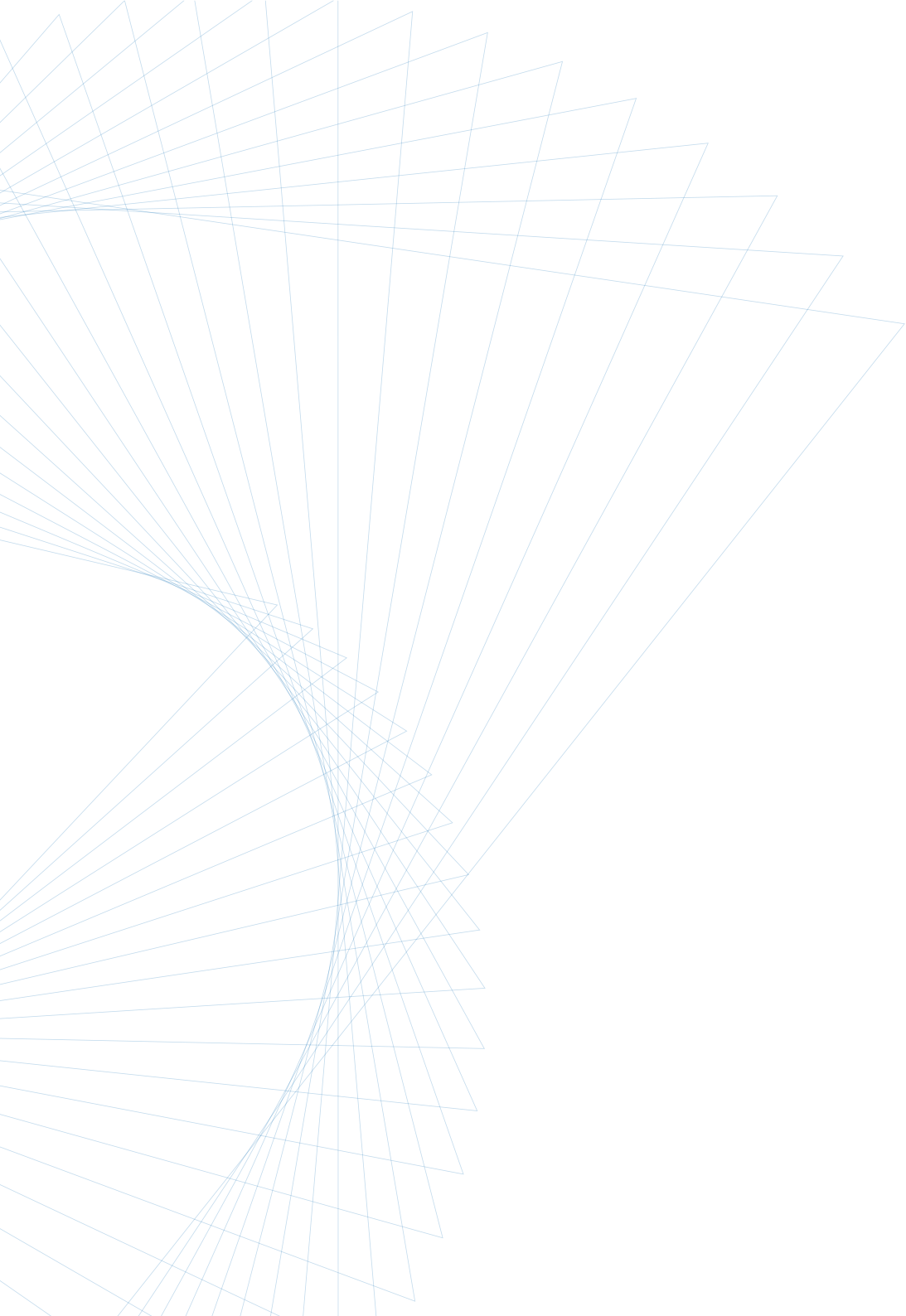
Paulin Andréll

Sanne Lydo

1. Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, Korwisi B, Baranowski AP, Wesselmann U, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain: Chronic secondary visceral pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):69-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001362>
2. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*. 2003 Nov 10;163(20):2433-45.
3. Bender JL, Hohenadel J, Wong J, Katz J, Ferris LE, Shobbrook C, et al. What patients with cancer want to know about pain: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2008;35(2):177-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.03.011>
4. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain* [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
5. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain* [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
6. Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain: Chronic cancer-related pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):38-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001363>
7. Bennett MI. Mechanism-based cancer-pain therapy. *Pain* [Internet]. 2017;158(1):S74-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000825>
8. Boland EG, Ahmedzai SH. Persistent pain in cancer survivors. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2017;11(3):181-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/spc.0000000000000292>
9. Bondesson E, Larrosa Pardo F, Stigmar K, Ringqvist Å, Petersson IF, Jöud A, Schelin ME. Comorbidity between pain and mental illness—evidence of a bidirectional relationship. *European Journal of Pain*. 2018 Aug;22(7):1304-11.
10. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* [Internet]. 2009;20(8):1420-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdp001>
11. Bruehl S. Complex regional pain syndrome. *BMJ* [Internet]. 2015;351:h2730. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2730>
12. Buse DC, Manack AN, Fanning KM, Serrano D, Reed ML, Turkel CC, et al. Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache* [Internet]. 2012;52(10):1456-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02223.x>
13. Butler S, Landmark T, Glette M, Borchgrevink P, Woodhouse A. Chronic widespread pain—the need for a standard definition. *Pain* [Internet]. 2016;157(3):541-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000417>
14. Carville S, Padhi S, Reason T, Underwood M, on behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis and management of headaches in young people and adults: summary of NICE guidance. *BMJ* [Internet]. 2012;345(sep19 1):e5765-e5765. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5765>
15. Chapman CR, Vierck CJ. The transition of acute postoperative pain to chronic pain: An integrative overview of research on mechanisms. *J Pain* [Internet]. 2017;18(4):359.e1-359.e38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.11.004>
16. Choung RS, Locke GR 3rd. Epidemiology of IBS. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2011;40(1):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2010.12.006>
17. Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised) [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>
18. Clauw DJ. Fibromyalgia and related conditions. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(5):680-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.03.014>
19. corporate-body. RTD:Directorate-General for Research, Innovation. Scoping study on evidence to tackle high-burden under-researched medical conditions: Discussion paper. Publications Office of the European Union; 2023.
20. Cui C-X, Liu H-Y, Yue N, Du Y-R, Che L-M, Yu J-S. Research progress on the mechanism of chronic neuropathic pain. *IBRO Neurosci Rep* [Internet]. 2023;14:80-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ibneur.2022.12.007>
21. De Heer EW, Ten Have M, Van Marwijk HW, Dekker J, De Graaf R, Beekman AT, Van Der Feltz-Cornelis CM. Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a longitudinal, population-based study. *Pain*. 2018 Apr 1;159(4):712-8.
22. de Mos M, de Bruijn AGJ, Huygen FJPM, Dieleman JP, Stricker BHC, Sturkenboom MCJM. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. *Pain* [Internet]. 2007;129(1-2):12-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.09.008>
23. De Rudderd L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: a state-of-the-art review. *Pain* [Internet]. 2016;157(8):1607-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000512>
24. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. Apr. 2006;130:1377-90.
25. Eccleston C, Wells S, Morlion B, editors. *European Pain Management*. London: Oxford University Press; 2017.
26. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti CI. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 2018 Oct 1;29:iv166-91.
27. Ferreira ML, De Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*. 2023;5:e316-329
28. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* [Internet]. 2015;14(2):162-73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70251-0)
29. Fitzcharles M-A, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet* [Internet]. 2021;397(10289):2098-110. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
30. Flor H. Phantom-limb pain: characteristics, causes, and treatment. *Lancet Neurol* [Internet]. 2002;1(3):182-9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422\(02\)00074-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422(02)00074-1)
31. Gibbins J, Bhatia R, Forbes K, Reid CM. What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliat Med* [Internet]. 2014;28(1):71-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313486310>
32. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet* [Internet]. 2019;393(10180):1537-46. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30352-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30352-6)
33. Govaerts R, Tassignon B, Ghillebert J, et al. Prevalence and incidence of work-related musculoskeletal disorders in secondary industries of 21st century Europe: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 22, 751 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04615-9>
34. Graf N, Geißler K, Meißner W, Guntinas-Lichius O. A prospective cohort register-based study of chronic postsurgical pain and long-term use of pain medication after otorhinolaryngological surgery. *Sci Rep* [Internet]. 2021;11(1):5215. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-84788-4>
35. Gylfadottir SS, Christensen DH, Nicolaisen SK, et al. Diabetic polyneuropathy and pain, prevalence, and patient characteristics: a cross-sectional questionnaire study of 5,514 patients with recently diagnosed type 2 diabetes. *Pain*. 2020;161(3):574-583. doi:10.1097/j.pain.0000000000001744

36. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RSGM, Richardson K, Swan M, et al. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Med* [Internet]. 2013;14(2):180–229. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12033>
37. Hart RP, Wade JB, Martelli MF. Cognitive impairment in patients with chronic pain: The significance of stress. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2003;7(2):116–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-003-0021-5>
38. Häuser W, Ablin J, Fitzcharles M-A, Littlejohn G, Luciano JV, Usui C, et al. Fibromyalgia. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2015;1(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2015.22>
39. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(1):139–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.010>
40. Hoffmann RG, Kotchen JM, Kotchen TA, Cowley T, Dasgupta M, Cowley AW. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *Clin J Pain* [Internet]. 2011;27(3):268–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/ajp.Ob013e31820215f5>
41. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014 Jun 1;73(6):968–74.
42. IASP announces revised definition of pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2020 [cited 2023 Nov 15]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
43. ICD-11 [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://icd.who.int/en/>
44. Jensen RK, Kongsted A, Kjaer P, Koes B. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* [Internet]. 2019;16273. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l6273>
45. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: Prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* [Internet]. 2012;153(7):1390–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.02.018>
46. Kapos FP, Exposto FG, Oyanzo JF, Durham J. Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral Surg* [Internet]. 2020;13(4):321–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/ors.12473>
47. Kim DJ, Mirmina J, Narine S, Wachtel J, Carbajal JM, Fox H, Cáceda R. Altered physical pain processing in different psychiatric conditions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022 Feb 1;133:104510.
48. Kingsbury SR, Gross HJ, Isherwood G, Conaghan PG. Osteoarthritis in Europe: impact on health status, work productivity and use of pharmacotherapies in five European countries. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2014;53(5):937–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ket463>
49. Kohrt BA, Griffith JL, Patel V. Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*. 2018 Sep;159(Suppl 1):S85.
50. Konstantinou K, Dunn KM, Ogollah R, Vogel S, Hay EM. the ATLAS study research team. Characteristics of patients with low back and leg pain seeking treatment in primary care: baseline results from the ATLAS cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2015;16:1–1.
51. Lu SR, Fuh JL, Chen WT, Juang KD, Wang SJ. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia* [Internet]. 2001;21(10):980–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-2982.2001.00294.x>
52. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. *J Pain*. 2016;17(9 Suppl):T93–T107. doi:10.1016/j.jpain.2016.06.002
53. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping chronic pain conditions: Implications for diagnosis and classification. *J Pain* [Internet]. 2016;17(9):T93–107. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.06.002>
54. Mäntyselkä PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS, Takala JK. Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain—challenge for health care. *Eur J Pain* [Internet]. 2002;6(2):141–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/eujp.2001.0311>
55. Marinus J, Moseley GL, Birklein F, Baron R, Maihöfner C, Kingery WS, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Lancet Neurol* [Internet]. 2011;10(7):637–48. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70106-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70106-5)
56. Measuring pain in the clinic [Internet]. European Pain Federation. 2022 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/measuring-pain-in-the-clinic/>
57. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: the scale of the problem and outlook for the future. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2013 Dec 1;4(4):102–8.
58. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: The scale of the problem and outlook for the future. *J Clin Gerontol Geriatr* [Internet]. 2013;4(4):102–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2013.03.001>
59. Mitsikostas D-D, Moka E, Orrillo E, Aurilio C, Vadalouca A, Paladini A, et al. Neuropathic pain in neurologic disorders: A narrative review. *Cureus* [Internet]. 2022; Available from: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.22419>
60. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Dec 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
61. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
62. Natoli JL, Manack A, Dean B, Butler Q, Turkel CC, Stovner L, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia* [Internet]. 2010;30(5):599–609. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x>
63. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):28–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
64. Onwumere J, Stubbs B, Stirling M, Shiers D, Gaughran F, Rice AS, de C Williams AC, Scott W. Pain management in people with severe mental illness: an agenda for progress. *Pain*. 2022 Sep 1;163(9):1653–60
65. Peirse JA. Chronic treatment-related pain in cancer survivors. *Pain* [Internet]. 2011;152(3 Suppl):S84–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.010>
66. Pain Alliance EU. Pain and stigma survey [Internet]. Pain Alliance Europe. 2019 [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://pae-eu.eu/pain-and-stigma-survey/>
67. Peery AF, Dellon ES, Lund J, Crockett SD, McGowan CE, Bulsiewicz WJ, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology* [Internet]. 2012;143(5):1179–1187.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2012.08.002>
68. Peng K-P, Oppermann T. Orofacial pain disorders: An overview and diagnostic approach. *Cephalalgia Rep* [Internet]. 2022;5:251581632210973. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/25158163221097349>
69. Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):77–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001389>
70. Phillips CJ. The cost and burden of chronic pain. *Rev Pain* [Internet]. 2009;3(1):2–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/204946370900300102>
71. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises: Concepts, challenges, and compromises. *Pain* [Internet]. 2020;161(9):1976–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
72. Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, Goebel M, Wisser A-S, Klapp BF, et al. Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res* [Internet]. 2008;64(6):573–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.021>
73. Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: current perspectives. *Journal of pain research*. 2014 Feb 21:99–115.
74. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2012;109(47):803–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2012.0803>
75. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):53–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001365>
76. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain: Chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):45–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001413>

77. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. JAMA [Internet]. 1998;279(5):381-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.279.5.381>
78. Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. Pain [Internet]. 2014;155(12):2461-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.020>
79. Silva MAG, Pantoja LLQ, Dutra-Horstmann KL, Valladares-Neto J, Wolff FL, Porporatti AL, et al. Prevalence of degenerative disease in temporomandibular disorder patients with disc displacement: A systematic review and meta-analysis. J Craniomaxillofac Surg [Internet]. 2020;48(10):942-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2020.08.004>
80. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management: Acute postoperative pain management. Br J Surg [Internet]. 2020;107(2):e70-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.11477>
81. Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Rosenbaum S, Vancampfort D. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015 Feb;131(2):75-88
82. Stubbs B, Gardner-Sood P, Smith S, Ismail K, Greenwood K, Patel A, Farmer R, Gaughran F. Pain is independently associated with reduced health related quality of life in people with psychosis. Psychiatry research. 2015 Dec 15;230(2):585-91.
83. Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Stroobants M, Vancampfort D. The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: a systematic review and large scale meta-analysis. Schizophrenia research. 2014 Dec 1;160(1-3):1-8.
84. Tanaka E, Detamore MS, Mercuri LG. Degenerative disorders of the temporomandibular joint: etiology, diagnosis, and treatment. J Dent Res [Internet]. 2008;87(4):296-307. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/154405910808700406>
85. Terminology [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
86. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013;33:629-808. 2013;33:629-808.
87. The Societal Impact of Pain (SIP), Barke A, Cano Palomares A, Cameron P, Forget P, Ryan D, et al. Why do we need to implement the ICD-11? When pain science and practice meet policies. Eur J Pain [Internet]. 2022;26(9):2003-5. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2023/03/European-Journal-of-Pain-2022-Why-do-we-need-to-implement-the-ICD%E2%80%9011-When-pain-science-and-practice-meet-policies.pdf>
88. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain [Internet]. 2019;160(1):19-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
89. Truini A, Spallone V, Morganti R, Tamburini S, Zanette G, Schenone A, et al. A cross-sectional study investigating frequency and features of definitely diagnosed diabetic painful polyneuropathy. Pain [Internet]. 2018;159(12):2658-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001378>
90. Understanding the cause of pain, what to expect during treatments combined with personalised pain management techniques are of patient preference. Bender et al; 2008.
91. Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, Denardin ACS, Garanhani RR, Bonotto D, et al. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig [Internet]. 2021;25(2):441-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-020-03710-w>
92. van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. Pain [Internet]. 2014;155(4):654-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.11.013>
93. Veves A, Backonja M, Malik RA. Painful diabetic neuropathy: epidemiology, natural history, early diagnosis, and treatment options. Pain Med [Internet]. 2008;9(6):660-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00347.x>
94. Visceral pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/visceral-pain/>
95. Volpi, A., Gross, G., Hercogova, J. et al. Current Management of Herpes Zoster. Am J Clin Dermatol 6, 317-325 (2005). <https://doi.org/10.2165/00128071-200506050-00005>
96. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The lancet. 2020;396:1204-22.
97. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes: A population-based retrospective cohort study based on international classification of diseases, 9th revision codes. J Clin Rheumatol [Internet]. 2006;12(3):124-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.rhu.0000221817.46231.18>
98. What is Chronic Primary Pain? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/what-is-chronic-primary-pain/>
99. What is CRPS? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2024 May 7]. Available from: <https://crps.europeanpainfederation.eu/what-is-crps/>



Predstavniki platform za družbeni učinek bolečine (SIP) (po abecednem vrstnem redu)

European Pain Federation EFIC®, Rue de Londres - Londenstraat 18, B1050 Bruselj. Register preglednosti št. 3510244568-04

Platforma »Družbeni vpliv bolečine« (SIP) je partnerstvo več deležnikov pod vodstvom Evropske zveze za bolečino EFIC in združenja Pain Alliance Europe (PAE), katerega cilj je povečati ozaveščenost o bolečini in spremeniti politiko bolečine. Za znanstveni okvir platforme SIP je odgovoren EFIC, strateško usmeritev projekta pa določata oba partnerja. Glavna sponzorja platforme Družbeni vpliv bolečine sta farmacevtski podjetji Grünenthal GmbH in GSK (SIP).