**Verzija 15 (12.11.2023)**

**Strategija razvoja**

**obravnave pacientov s kronično rano, inkontinenco in stomo od leta 2024 do 2035**

**LJUBLJANA, 2023**

CIP

Lektorirano:

Dokumenta »Strategija razvoja obravnave pacientov s kronično rano, inkontinenco in stomo od leta 2024 do 2035« je pripravila delovna skupina, imenovana s sklepom 024-18/2023/1, z dne 22. 3. 2023 v sestavi:

dr. Zdenka Tičar, dipl. upr. org.

Anita Jelen, dipl. med. sestra, mag. zdr. nege

Renata Batas, dipl. med. sestra

dr. Ljubiša Pađen, dipl. zn., mag. zdr. nege.

dr. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med.,

dr. Igor Frangež, dr. med.,

dr. Vilma Urbančič Rovan dr. med.,

dr. Bojan Krebs dr. med.,

Franc Kramer dr. med.,

Katarina Šmuc Berger dr. med.,

Alenka Franko Hren, univ. dipl. upr. org.

mag. Jakob Ceglar

dr. Andrej Kravos dr. med.,

dr. Mija Blaganje dr. med.,



Javna obravnava je trajala od x. xx. 2023 do x. x. 2024. V okviru javne obravnave so svoje pripombe/predloge posredovali ……………….. .

Predloge in pripombe zgoraj navedenih je delovna skupina preučila na seji dne xx. xx. 2024 v večini upoštevala.

Strategijo razvoja obravnave pacientov s kronično rano, inkontinenco in stomo od leta 2024 do 2035 je sprejela Vlada Republike Slovenije dne…

**KAZALO**

[UPORABA KRATIC 6](#_Toc149904026)

[1 UVOD 8](#_Toc149904027)

[1.1 NAČELA, NAMEN in CILJI 10](#_Toc149904028)

[1.1.1 Načela strategije 10](#_Toc149904029)

[1.1.2 Namen strategije 11](#_Toc149904030)

[1.1.3 Cilji strategije 11](#_Toc149904031)

[2 OSNOVNA IZHODIŠČA ZA PRIPRAVO STRATEGIJE 14](#_Toc149904032)

[2.1 INTEGRIRANA, KONTINUIRANA, VISOKO STROKOVNA OBRAVNAVA 14](#_Toc149904033)

[2.2 PRAVNE PODLAGE 15](#_Toc149904034)

[2.4 RANA, INKONTINENCA IN STOMA 16](#_Toc149904035)

[3. TEMELJNA PREDNOSTNA PODROČJA 23](#_Toc149904036)

[3.1 VZPOSTAVITEV IN VZDRŽEVANJE NABORA EPIDEMIOLOŠKIH PODATKOV O RANAH, INKONTINENCI IN STOMAH 23](#_Toc149904037)

[3.2. MREŽA IZVAJALCEV IN STORITEV ZA OBRAVNAVO RAN, INKONTINENCE IN STOM 23](#_Toc149904038)

[3.2.1 Storitve in programi zdravstvenega varstva 24](#_Toc149904039)

[3.2.1.1 Primarno zdravstveno varstvo 24](#_Toc149904040)

[3.2.1.1.1 Ambulanta družinske medicine 25](#_Toc149904041)

[3.2.1.1.2 Ginekološke ambulante 26](#_Toc149904042)

[3.2.1.1.3 Patronažna služba 26](#_Toc149904043)

[3.2.1.1.4 Preventivni programi 26](#_Toc149904044)

[3.2.1.1.5 Socialno varstvo 26](#_Toc149904045)

[3.2.2 Sekundarna raven zdravstvenega varstva 27](#_Toc149904046)

[3.2.2.1 Specialistična ambulantna dejavnost 27](#_Toc149904047)

[3.2.2.2 Bolnišnična dejavnost 28](#_Toc149904048)

[3.2.3 Terciarni center 28](#_Toc149904049)

[3.2.3.1 Specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost 29](#_Toc149904050)

[3.2.3.2 Bolnišnična dejavnost 29](#_Toc149904051)

[4 ANALIZA STANJA PACIENTOV S KRONIČNO RANO, INKONTINENCO IN STOMOZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V REPUBLIKI SLOVENIJI 30](#_Toc149904052)

[5 ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI, VARNOSTI IN DOSTOPNOSTI 32](#_Toc149904053)

[5.1 STROKOVNE SMERNICE IN KLINIČNE POTI ZA KAKOVOSTNO IN VARNO OBRAVNAVO PACIENTOV Z RANO, INKONTINENCO IN STOMO 32](#_Toc149904054)

[5.2 PROTOKOLI SODELOVANJA 34](#_Toc149904055)

[6. KADRI 35](#_Toc149904056)

[6.1 KADRI USPOSOBLJENI ZA OBRAVNAVO RAN, INKONTINENCe IN STOM 36](#_Toc149904057)

[6.2 MESTA DELOVANJA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV Z DODATNIMI ZNANJI 37](#_Toc149904058)

[7. RAZISKOVANJE 39](#_Toc149904059)

[8. VODENJE, KOORDINACIJA IN EVALVACIJA IMPLEMENTACIJE STRATEGIJE TER IZHODIŠČA ZA AKCIJSKI NAČRT 40](#_Toc149904060)

[9 PREDNOSTI, SLABOSTI PRILOŽNOSTI OVIRE 41](#_Toc149904061)

[9.1.PREDNOSTI 41](#_Toc149904062)

[9.1.1 Na sistemski ravni 41](#_Toc149904063)

[9.1.2 Na ravni izvajalcev 41](#_Toc149904064)

[9.1.3 Na ravni uporabnika 41](#_Toc149904065)

[9.2 SLABOSTI 41](#_Toc149904066)

[9.2.1 Na sistemski ravni ni 41](#_Toc149904067)

[9.2.2 Na ravni izvajalcev ni 41](#_Toc149904068)

[9.2.3 Na ravni uporabnika 41](#_Toc149904069)

[9.3 PRILOŽNOSTI 42](#_Toc149904070)

[9.3.1 Na sistemski ravni 42](#_Toc149904071)

[9.3.2 Na ravni izvajalca 42](#_Toc149904072)

[9.4 OVIRE 42](#_Toc149904073)

[9.4.1 Na sistemski ravni 42](#_Toc149904074)

[9.4.2 Na ravni izvajalcev 42](#_Toc149904075)

[9.4.3 Na ravni uporabnika 42](#_Toc149904076)

[10 POJMOVNIK 43](#_Toc149904077)

[LITERATURA 44](#_Toc149904078)

[PRILOGE 51](#_Toc149904079)

[priloga št. 1: Število pacientov, ki so v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja prejeli medicinski pripomoček pri bolezenski inkontinenci urina in/ali blata 51](#_Toc149904080)

[Pripomočki pri težavah z odvajanjem seča 51](#_Toc149904081)

[Število oseb, ki uporabljajo medicinski pripomoček za obravnavo izločalne stome 51](#_Toc149904082)

[Medicinski pripomočki pri kolostomi, ileostomi in urostomi 52](#_Toc149904083)

# 

# UPORABA KRATIC

ADM – ambulanta družinske medicine

CKZ – center za krepitev zdravja.

DM – družinska medicina

DMS – diplomirana medicinska sestra

DMS RIS – diplomirana medicinska sestra za rane, inkontinenco in stome

DO – dolgotrajna oskrba

Društvo KVČB – Društvo bolnikov s Kroničnimi Vnetnimi Črevesnimi Boleznimi

DSO – Dom starejših občanov

EAFWH – European Association of Fellows in Wound Healing

ET – enterostomalni terapevt/-ka

FI – fekalna inkontinenca

IKT – Informacijsko Komunikacijska Tehnologija

KB – kronične bolezni

KVČB – kronična vnetna črevesna bolezen

LPSR – Letni program statističnih raziskovanj

MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enke možnosti

MZ – Ministrstvo za zdravje

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

OE – območna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development - Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

OI – Onkološki inštitut

PMS – patronažna medicinska sestra

PZP – Poškodba zaradi pritiska

ReNPZV16–25 – Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025

RIS – rana, inkontinenca in stoma

SB – splošna bolnišnica

SŠZ – Socialni in šolski zavodi

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

TZN – tehnik zdravstvene nege

UEMS – European Union of Medical Specialists

UI – urinska inkontinenca

WCET – World Council of Enterostomal Therapists – svetovno združenje enterostomalnih terapevtov

WHO – World Health Organization,

Zbornica – Zveza – Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

ZDM – zdravnik družinske medicine

ZDOsk – Zakon o dolgotrajni oskrbi

ZDSta – Zakon o državni statistiki

ZVC – zdravstveno vzgojni center

Zveza ILCO – Zveza invalidskih društev ILCO Slovenije (zveza društev bolnikov z ileo-, kolo- in urostomo Slovenije)

ZZPPZ – Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

# 1 UVOD

Rana[[1]](#footnote-1), inkontinenca[[2]](#footnote-2) in stoma so tako pogosta stanja, da ima vsaj eno izmed njih večji delež prebivalcev v Republiki Sloveniji. So posledice staranja, življenjskega sloga, komplikacij kroničnih bolezni in zelo težkih akutnih stanj. Vsa tri stanja pomenijo veliko breme za prizadete paciente[[3]](#footnote-3), njihove družine in celotni sistem zdravstvenega varstva, saj so z njimi povezane posebne izobraževalne, zdravstvene in socialne potrebe. Še bolj zaskrbljujoči pa sta naraščanje incidence in posledično stroški obravnave[[4]](#footnote-4).

Rano, inkontinenco in stomo obravnavajo vsi izvajalci zdravstvenih storitev in vsi zdravstveni delavci na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Zato zahtevajo rana, inkontinenca in stoma od odločevalcev in izobraževalnih institucij ponovni razmislek glede strokovnih, organizacijskih in finančnih potreb.

Za izboljšanje trenutnega stanja je treba na ravni države zagotoviti dodatne izobraževalne programe za zdravstvene delavce, preventivne programe za paciente ter strokovne smernice in klinične poti, ki bodo zagotavljale strokovno varno, ekonomično in kakovostno obravnavo pacientov z rano, inkontinenco in stomo. Na uvedbo strokovnih smernic in kliničnih poti v vseh zdravstvenih dejavnostih pa je potrebno vezati financiranje zdravstvenih storitev.

Strateški dokument predstavlja strokovne razvojne usmeritve in rešitve za organizacijske spremembe pri obravnavi pacientov s kronično rano, inkontinenco in stomo na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti, s katerimi se bo zagotavljala kakovostna in varna obravnava.

Za enoten pristop k različnim praksam na področju izvajanja obravnave kronične rane, inkontinence in stome, ki bi omogočal povezovanje za bolj celovito obravnavo v Sloveniji, potrebujemo razvojni dokument. Samo tako bomo lahko omogočili, da bodo vsi pacienti enako obravnavani.

Zdravstvena obravnava pacientov s kronično rano, inkontinenco ter stomo poteka na več ravneh zdravstvenega varstva, na primarni, sekundarni in terciarni ravni ter znotraj različnih specialističnih in subspecialističnih dejavnosti. Omenjena področja zdravstvene obravnave predstavljajo potrebo po integriranem pristopu k pacientom, ki bo pripomogel h kakovostnejši in varnejši obravnavi ter zmanjšanju števila zapletov, boljši rehabilitaciji ter manjšim finančnim bremenom.

Primarna zdravstvena dejavnost naj bi bila temelj vseh kakovostnih sistemov zdravstvenega varstva v svetu (Petrič & Žerdin, 2013). Na to opozarjajo številne deklaracije mednarodnih organizacij[[5]](#footnote-5), na čelu s Svetovno zdravstveno organizacijo. Dobra primarna zdravstvena dejavnost namreč omogoča večjo kakovost, manjše stroške, zagotavlja enakost in večje zadovoljstvo z zdravstvenim varstvom nasploh, je dostopna vsem ljudem v lokalnem okolju brez predhodnih napotitev ali posredovanja drugih zdravstvenih zavodov oziroma posameznikov.

S krepitvijo vseh nivojev zdravstvene dejavnosti se izboljša dostopnost do celovite, kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacientov ter vzpostavijo pogoji za njihovo opolnomočenje in upoštevanje njihovih pričakovanj. Pravica pacientov do enakopravne, kakovostne in varne obravnave izhaja iz Ustave Republike Slovenije, ki določa, da so v državi vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in svoboščine (Ustava RS, 14. člen), ter iz Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP, 7. člen). ZPacP opredeljuje varno zdravstveno obravnavo, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi z zdravljenjem ter z okoliščinami fizične varnosti bivanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev (ZPacP, 11. člen, 4. odstavek). Državni zbor je leta 2016 sprejel Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Dokument je pomemben gradnik in izhodišče za strateško načrtovanje razvoja zdravstvenega varstva, kar vsekakor pomeni upoštevanje ustavne in zakonske obveze Republike Slovenije, da bo vsem prebivalcem Republike Slovenije zagotovljen dostop do primernega, kakovostnega in varnega javnega zdravstvenega varstva po načelih univerzalnosti, solidarnosti, enakosti in pravičnosti financiranja (Kramar, 2022).

Kakovostno organizirana dejavnost na primarni ravni mora zagotavljati hiter in enostaven dostop do najširšega možnega nabora storitev in omogočati celovito in kontinuirano obravnavo pacienta čim bližje domu, obenem pa mora zagotavljati oblikovane strokovne smernice, standarde kakovosti, klinične poti oziroma doktrine zdravljenja na posameznem področju oziroma specialnosti ali subspecialnosti. Priprava strokovnih smernic mora zato potekati usklajeno z vidika racionalne (učinkovite in kakovostne) izvedbe programov zdravstvenih storitev, optimalne delitve dela med primarno ravnjo in ostalimi ravnmi zdravstvenega varstva. Strokovnim smernicam, ki upoštevajo najnovejša dognanja na ožjem strokovnem področju, sledi priprava kliničnih poti, ki zdravstvenemu timu omogočajo racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanje opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse[[6]](#footnote-6).

Za zagotavljanje kakovostne obravnave pacientov z rano, inkontinenco ter stomo na vseh ravneh zdravstvenega varstva je potrebno zagotoviti kontinuirana izobraževanja za vse zdravstvene delavce, ki delujejo na omenjenih področjih.

## 1.1 NAČELA, NAMEN in CILJI

### 1.1.1 Načela strategije

**Dostopnost** do zdravstvene obravnave je SZO opredelila kot pomembno človekovo pravico, čeprav je v številnih državah sveta niso deležni niti v manjšem obsegu. Dostopnost ne pomeni le zadostnega števila zdravstvenih ustanov, ki so pacientu dovolj geografsko blizu, pač pa zajema družbeno solidarnost s tistimi, ki potrebujejo zdravstvene storitve, v smislu zagotavljanja javnih sredstev, ki so zdravstvu namenjena, in palete zdravstvenih storitev, ki jih ta krijejo.

**Pravočasnost** je pomemben pokazatelj dostopnosti do zdravstvenih storitev. Čakalne dobe se kljub nekaterim kratkoročnim ukrepom (dodatno financiranje, povečan obseg programov nekaterih zdravstvenih storitev v okviru razpoložljivih virov) žal ne krajšajo po pričakovanjih. Z dolgoročnimi sistemskimi ukrepi skušamo vzpostaviti stabilen in dostopen zdravstveni sistem (zakonodaja).

**Enaka obravnava** za vse prebivalce izhaja iz načel enakosti, ki jo opredeljuje Splošna deklaracija človekovih pravic[[7]](#footnote-7) Pravica do enake obravnave je temeljna človekova pravica. Z varstvom pred diskriminacijo zasledujemo pravico do enake obravnave in enakih možnosti. Za družbo je stalen izziv, kako načelo enakosti v času družbene krize zagotavljati v enakem obsegu za vse prebivalce. Čeprav je pomembno razlikovati med zdravstveno pravičnostjo in enakostjo, je zdravstvena enakost bistvenega pomena za začetek doseganja zdravstvene pravičnosti.[[8]](#endnote-1) Pomen pravičnega dostopa do zdravstvene obravnave je bil naveden kot ključen za doseganje številnih [razvojnih ciljev tisočletja](https://sl.wikipedia.org/wiki/Razvojni_cilji_novega_tiso%C4%8Dletja)[[9]](#footnote-8).

**Kontinuirana obravnava** se izvaja skozi daljše časovno obdobje. Kakovostno in stroškovno učinkovito obravnavo je mogoče zagotoviti le s timskim pristopom. V procesu obravnave pacient sodeluje z interdisciplinarnim zdravstvenim timom, ki ga vodi zdravnik.

**Integrirana obravnava** je priporočena v državah Evropske unije in opredeljuje integrirano obravnavo kot sklop dobro načrtovanih in dobro organiziranih različnih vrst storitev in služb, ki so usmerjene v mnogovrstne potrebe posameznika ali specifične skupine z namenom omogočiti posamezniku čim bolj neodvisno življenje.

### **1.1.2 Namen strategije**

Namen strategije je izboljšati zdravje prebivalstva in zmanjšati breme kronične rane, inkontinence in stom, zagotoviti pogoje za integrirano obravnavo na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti, optimizirati delo tako, da se storitve zagotavljajo čim bliže domu pacienta. Z ustrezno reorganizacijo zagotoviti izboljšanje ali vzdrževanje zdravstvenega stanja pacientov, izboljšanje ali vzdrževanje funkcionalnih sposobnosti pacientov in v čim večji meri zagotavljanje psihofizičnega ugodja in zadovoljstva pacientov.

### 1.1.3 Cilji strategije

Cilji Strategije so:

1. Pripraviti klinične poti ter smernice za obravnavo RIS:
   1. Preventivni programi
   2. Programi za zgodnje odkrivanje RIS
   3. Programi za varno in učinkovito obravnavo RIS
   4. Programi za rehabilitacijo pacientov z RIS
   5. Programi za obravnavo pacientov z RIS v izrednih razmerah
   6. Priprava in posodabljanje smernic za RIS.
2. Zagotoviti ustrezno usposobljene zdravstvene delavce za obravnavo pacientov z rano, inkontinenco in stomo na vseh ravneh zdravstvenega varstva.
3. Zagotoviti ustrezne materialne in prostorske pogoje za izvajanje programov obravnave RIS.
4. Vzpostaviti pogoje za razvoj telemedicine na področju RIS.
   1. Razvoj e-kartona za področje RIS[[10]](#footnote-9),
   2. Pripraviti nabor podatkov.
5. Ustanoviti regijske in terciarne referenčne centre za obravnavo RIS.
6. Ozaveščanje javnosti o problematiki RIS.
7. Financirati nacionalne raziskave s področja RIS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kazalnik 1** | **Izhodiščna vrednost/ocena** | **Ciljna vrednost/ocena** |
| Število nacionalnih pod/programov na področju zdravstva in socialnega varstva, ki s svojimi ukrepi delno ali v celoti izrecno naslavljajo paciente z RIS | 0 | 3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kazalnik 2** | **Izhodiščna vrednost/ocena** | **Ciljna vrednost/ocena** |
| Število usposobljenih zdravstvenih delavcev s področja RIS. | > 30 % | < 80 % |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kazalnik 3** | **Izhodiščna vrednost/ocena** | **Ciljna vrednost/ocena** |
| Število timov na primarnem nivoju z zagotovljenimi materialnimi in prostorskimi pogoji za obravnavo RIS | 0 | 50 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kazalnik 4** | **Izhodiščna vrednost/ocena** | **Ciljna vrednost/ocena** |
| Število pacientov z (a) rano, (b) inkontinenco in (c) stomo, ki so deležni pravočasnega (časovno okno\*) in ustreznega zdravljenja (neutemeljeno odstopanje od kliničnih smernic in poti) - 2 | 1. > 20 % 2. > 20 % 3. > 20 % | 1. < 50 % 2. < 50 % 3. < 50 % |
| Zadovoljstvo pacientov z RIS in njihovih svojcev z obravnavo - ocena na podlagi anketnih vprašalnikov | 00 % | < 50 % |
| Ocena porabe materiala pri (a) ranah, (b) inkontinenci (c) stomah v skladu s priporočili | 1. ne 2. ne   (c) ne | (a) da  (b) da  (c) da |
| Okužbe kronične rane- 4 | < 50 % | < 30 % |
| Poškodbe kože zaradi inkontinence | < 45,7 % | < 20 % |
| Poškodbe kože ob stomi[[11]](#footnote-10) | < 70 % | < 30 % |
| Delež pacientov vključenih v preventivne programe | < 5 % | > 30 % |
| Delež pacientov z RIS, ki so deležni programov opolnomočenja | < 30 % | > 80 % |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kazalnik 5** | **Izhodiščna vrednost/ocena** | **Ciljna vrednost/ocena** |
| Število centrov za obravnavo pacientov z RIS | 1 terciarni  5 sekundarnih | 2 terciarna  10 sekundarnih |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kazalnik 6** | **Izhodiščna vrednost/na leto** | **Ciljna vrednost/na leto** |
| Število izobraževalnih prispevkov v medijih na temo RIS | \_ | 36 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kazalnik 7** | **Izhodiščna vrednost/ocena** | **Ciljna vrednost/ocena** |
| Število raziskav o ranah, inkontinenci in stomah, ki so v skladu z nacionalnimi prioritetami | 0 | 3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kazalnik 8** | **Izhodiščna vrednost/ocena** | **Ciljna vrednost/ocena** |
| Število smernic in kliničnih poti za obravnavo pacientov z rano, inkontinenco in stomo v času epidemij in drugih izrednih razmer | 0 | 3 |

**Pri ukrepih za izpolnitev zgornjih ciljev Strategija upošteva načela:**

1. multidisciplinarnega pristopa in integrirane obravnave,
2. ozaveščanja javnosti z namenom destigmatizacije pacientov z RIS,
3. objektivnosti pri načrtovanju ukrepov na podlagi realnih možnosti,
4. individualnega pristopa obravnave,
5. enake dostopnosti storitev,
6. spoštovanja človekovih pravic,
7. finančne vzdržnosti.

Z ustrezno določitvijo mreže izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki zagotavljajo obravnavo pacientov z rano, inkontinenco in stomo na vseh ravneh zdravstvenega varstva, bo pacientom zagotovljena visokokakovostna obravnava, povečala se bo učinkovitost zdravstvenega sistema ob razpoložljivih finančnih sredstvih.

# 2 OSNOVNA IZHODIŠČA ZA PRIPRAVO STRATEGIJE

Izhodišča Strategije so pripravljena na podlagi analize in ocene stanja zdravstvenega varstva pacientov z rano, inkontinenco ter stomo na primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem nivoju, podatkih ZZZS o izdanih medicinskih pripomočkih za inkontinenco ter stomo, poročilih NIJZ glede opravljenih storitev v patronažnem varstvu ter aktivnega sodelovanja udeležencev pri zdravstveni obravnavi ran, inkontinence in stom ter širše strokovne in zainteresirane javnosti. Pri tem so upoštevane mednarodne deklaracije, zakonska določila, strokovna izhodišča tujih nosilcev skrbi za zdravstveno varstvo, katerih cilj je zagotavljati kakovostno, varno, pravično, enako dostopno zdravstveno obravnavo za vse paciente z rano, inkontinenco ter stomo.

## 2.1 INTEGRIRANA, KONTINUIRANA, VISOKO STROKOVNA OBRAVNAVA

Definicije **integrirane obravnave** se med državami delno razlikujejo. V praksi je najpogosteje uporabljen integriran pristop za področje dolgotrajne oskrbe. Pojem integrirane obravnave v naših profesionalnih okoljih še ni sprejet in je verjetno tudi napačno razumljen. Integrirana obravnava pomeni dobro koordinacijo, povezovanje in komunikacijo znotraj služb in navzven med izvajalci in uporabnikom ali neformalnimi izvajalci oskrbe. Vpliva na kakovost obravnave, je stroškovno učinkovitejša in zagotavlja večje zadovoljstvo pacienta in izvajalca. Zmanjšuje neučinkovitost služb in posameznika znotraj sistema. Integrirana obravnava je celostna obravnava, ki izhaja izključno iz potreb pacienta z dolgotrajnimi stanji in mnogovrstnimi vzporednimi problemi[[12]](#footnote-11).

Integrirana obravnava je sestavljena iz akutne in neakutne zdravstvene obravnave, dolgotrajne oskrbe, pomoči na domu in drugih aktivnosti, ki jih posameznik potrebuje in vplivajo na kakovost njegovega življenja. Vključuje vse paciente, pri katerih je ugotovljena potreba po eni od oblik, ki jih pokriva področje integrirane obravnave. Integrirana obravnava ni izid, temveč doseganje optimalnega učinka storitev vseh vključenih izvajalcev. Zanesljivost organiziranja in koordiniranja vseh služb za posameznika, ki potrebuje storitve integrirane obravnave mora biti zagotovljena in jo izvajajo koordinatorji integrirane obravnave.

**Kontinuiteta zdravstvene obravnave** vpliva na doseganje ciljev zdravljenja ter zagotavlja pretok informacij o pacientu. Zaradi mobilnosti pacientov znotraj celotnega zdravstvenega sistema, ki ga zagotavljajo strokovnjaki različnih strok s timskem pristopom, mora biti zagotovljen transparenten informacijski sistem s katerim se omogoča dostop do informacij za zagotavljanje učinkovite, optimizirane in visoko strokovne obravnave pacienta. Kontinuirana zdravstvena obravnava je pomembna za paciente pri prenosu relevantnih informacij v procesu obravnave in prehajanja pacienta med različnimi obravnavami in med institucijami. Kontinuirano zdravstveno obravnavo pacienti pogosto povezujejo z zadovoljstvom v zdravstveni ustanovi.

**Strokovno obravnavo** zagotavljajo zdravstveni delavci z ustrezno formalno izobrazbo in kontinuiranim izpopolnjevanjem in usposabljanjem s katerim pridobijo specialna znanja ali specializacijo za delo na ožjem strokovnem področju v zdravstveni dejavnosti ter spremljajo novosti na ožjem strokovnem področju. Specialno znanje je tisto znanje, ki ni sestavni del formalnega izobraževalnega programa in ga posamezni zdravstveni delavec pridobi na delovnem mestu za opravljanje storitev.

## 2.2 PRAVNE PODLAGE

Viri ureditve zdravstva v Republiki Sloveniji so zlasti zakoni, ki urejajo področje zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti, javnega zdravja, pacientovih pravic in drugo. Krovna zakona na področju zdravstva sta Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US in 84/23 – ZDOsk-1; v nadaljnjem besedilu: ZZDej) in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ).

V skladu s 4. členom ZZVZZ, Republika Slovenija ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj, kot tudi uresničuje svoje naloge na področju zdravstvenega varstva, s tem da:

* načrtuje zdravstveno varstvo in določa strategijo razvoja zdravstvenega varstva;
* sprejema predpise in ukrepe, ki spodbujajo krepitev in varovanje zdravja;
* zagotavlja pogoje za zdravstveno osveščanje ljudi;
* zagotavlja zakonodajno politiko, ki izhaja iz ciljev zdravstvenega varstva;
* z ukrepi davčne in gospodarske politike spodbuja razvijanje zdravih življenjskih navad;
* zagotavlja enotnost razvoja zdravstvenega informacijskega sistema v Republiki Sloveniji;
* zagotavlja finančna sredstva za naloge iz svoje pristojnosti, določene s tem zakonom.

Z Resolucijo nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja" (Uradni list RS, št. 25/16), ki jo je Državni zbor sprejel 29. marca 2016 (v nadaljnjem besedilu: Resolucija - ReNPZV16–25), je izpolnjena zaveza iz 6. člena ZZVZZ, da se sprejme nacionalni plan zdravstvenega varstva, ki vključuje strategijo razvoja zdravstvenega varstva z namenom, vizijo in poslanstvom, načeli, cilji, prednostnimi razvojnimi področji, skratka ključnimi elementi strateškega načrtovanja.

Resolucija predstavlja podlago za razvoj zdravstva v Sloveniji za pripravo in sprejem ustreznih zakonov s področja zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti ter ohranja vizijo kakovostnega in vsem dostopnega javnega zdravstva. V središče postavlja uporabnika in izvajalca in si v predvidenih ukrepih prizadeva za:

* krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni;
* optimizacijo zdravstvene obravnave;
* povečanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva;
* pravično, solidarno in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva.

To so tudi naslovi prednostnih področij za razvoj javnega zdravja, zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh, vodenja in upravljanja v zdravstvu ter financiranja zdravstvenega varstva, za katera so podrobneje opredeljeni izzivi, specifični cilji, aktivnosti, ukrepi, kazalniki in finančni ter terminski okvir.

V Resoluciji -ReNPZV16–25 je med drugim navedeno, da kot enega ključnih odgovorov na spremenjene zdravstvene potrebe in razmere mednarodna strokovna skupnost predlaga krepitev primarnega zdravstva, ki lahko zagotovi večjo odzivnost sistema zdravstvenega varstva na spremenjene potrebe; bolj celovito obravnavo pacientov; povečanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva nasploh. Dokazano je, da so sistemi zdravstvenega varstva v evropskih državah z močnim primarnim zdravstvom uspešnejši: boljše je zdravje prebivalstva, manjše so razlike v zdravju in manj nepotrebnih hospitalizacij, zato je kot ena izmed aktivnosti v Resoluciji - ReNPZV16–25 uvrščena tudi krepitev primarnega zdravstva.

Pravica pacientov do enakopravne, kakovostne in varne obravnave izhaja iz Ustave Republike Slovenije, ki določa, da so v državi vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in svoboščine (Ustava RS, 14. člen) ter iz Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP, 7. člen). ZPacP opredeljuje varno zdravstveno obravnavo, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi z zdravljenjem ter z okoliščinami fizične varnosti bivanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev (ZPacP, 11. člen, 4. odstavek). Državni zbor je leta 2016 sprejel Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Dokument je pomemben gradnik in izhodišče za strateško načrtovanje razvoja zdravstvenega varstva, kar vsekakor pomeni upoštevanje ustavne in zakonske obveze Republike Slovenije, da bo vsem prebivalcem Republike Slovenije zagotovljen dostop do primernega, kakovostnega in varnega javnega zdravstvenega varstva po načelih univerzalnosti, solidarnosti, enakosti in pravičnosti financiranja (Ministrstvo za zdravje, 2016b)[[13]](#footnote-12).

## 2.4 RANA, INKONTINENCA IN STOMA

Na področju zdravstvene dejavnosti za zagotavljanje storitev obravnave ran, inkontinence in stom pomeni največji izziv pomanjkanje ustrezno usposobljenega kadra in slabša povezanost med službami in nivoji izvajalcev zdravstvene dejavnosti. V Sloveniji se soočamo s pomanjkanjem kadra na vseh področjih zdravstvene dejavnosti. Število zdravnikov družinske medicine, medicinskih sester (vseh izobrazbenih nivojev) in drugih zdravstvenih delavcev ne zadošča za potrebe prebivalstva, pomanjkljivost je tudi v odsotnosti specialistov za navedena področja.

V ureditev navedenih področij je treba vključiti tudi stanovalce, nameščene v celodnevne programe socialnega varstva.

Zaposleni pri izvajalcih storitev, ki obravnavajo paciente z navedenih področij, se izpopolnjujejo in usposabljajo za delo s pacienti z rano, inkontinenco in stomo. Za nadaljnji razvoj in prilagajanje storitev je izpopolnjevanje in usposabljanje ključnega pomena, zato mora biti načrtovano in ciljno usmerjeno v skladu z mednarodnimi in nacionalnimi programi. Pri načrtovanju izpopolnjevanj in usposabljanj za delo s pacienti z RIS je treba upoštevati število pacientov ter regijsko zastopanost posameznih izvajalcev zdravstvenih storitev, kar bo pripomoglo k boljši dostopnosti za paciente.

Rane, inkontinenca in stoma so najpogostejše komplikacije drugih bolezni in stanj. Ocenjena prevalenca kroničnih ran po literaturi znaša 2.21/1000 prebivalcev, za golenje razjede 1.51/1000 prebivalcev (Martinengo et al., 2019).

V Sloveniji je leta 1987 pogostost UI preučeval Kralj z raziskavo, v katero je bilo vključenih 3047 žensk. Rezultati ankete so pokazali, da je takrat znašala prevalenca UI pri ženskah, starejših od 20 let v Sloveniji 34,4 % (Skuk, Blaganje 2020).

Rane, inkontinenca in stoma pomembno vplivajo na kakovost življenja osebe in njene družine, zahtevajo obravnavo in oskrbo na vseh ravneh zdravstvenega in socialnega varstva ter tako predstavljajo pomembno zdravstveno, socialno in ekonomsko breme posameznika in družbe. Po podatkih Združenega kraljestva ocenjujemo, da ima v vsakem trenutku rano, inkontinenco ali stomo tudi v Sloveniji vsak četrti državljana. Glede na razdrobljenost nastanka stroškov je preglednost in celovitost omejena in jo je težko oceniti, kar terja vzpostavitev ustreznih zbirk podatkov in kazalnikov kakovosti, ki bodo omogočili načrtovanje resursov.

**RANA**

Rana kot pojem pomeni vsako prekinjeno kontinuiteto kože in globljih struktur. Z nastankom rane se prekine zaščitna funkcija kože in globlja tkiva postanejo tako izpostavljena mehanskim poškodbam, izsušitvi, različnim vrstam sevanja, termalnim vplivom in mikroorganizmom (Hočevar, 1998).

Glede na potek celjenja, razdelimo rane na akutne in kronične. Akutne rane so posledica delovanja zunanje sile na nepoškodovano kožo. Običajno se zacelijo z brazgotino v enem do dveh tednih. Pri kronični rani pa se zaradi različnih motenj proces celjenja zaustavi v kateremkoli obdobju celjenja in takšna rana se ne zaceli, dokler je motnja prisotna. Največkrat gre za ponavljajoči ali pa stalno prisoten dražljaj zaradi okužbe, ishemije in ponavljajoče se travme, kar moti zaraščanje. Najpogostejše kronične rane na koži in mehkih tkivih so rane na nogah pacientov s sladkorno boleznijo, poškodbe zaradi pritiska, golenje razjede in onkološke rane (Vilar, 1998; Triller, 2006; Švent-Kučina, Gubina, Mueller-Premru in sod., 2007).

Kronične rane zaradi počasnega celjenja predstavljajo velik problem tako za pacienta, družino, zdravstveno ustanovo kot za celotno družbo. Zdravljenje je lahko dolgotrajno, povezano z velikimi materialnimi stroški in spremenjenim načinom življenja. Pri zdravljenju kroničnih ran je potrebna dobra zdravstvena obravnava, ki mora biti celostna, individualna in avtonomna. Glavni cilj obravnave kronične rane je ponovna vzpostavitev procesa celjenja s končnim ciljem zacelitve rane.

Zdravstvena obravnava in nega pacientov z rano in njune daljnosežne posledice še vedno predstavljajo izziv za paciente in zdravstveno osebje. Kronične rane so področje zdravstvene dejavnosti, ki predstavlja zaradi obolevnosti velike stroške za pacienta in zdravstveno blagajno (Browning, 2016). S staranjem prebivalstva se povečuje pogostost prekomerne telesne teže in posledično sladkorne bolezni, venske insuficience in različnih kroničnih obolenj. Ocenjujejo, da se bo v državah v razvoju povečal delež pacientov s kronično rano na 1 do 2 % celotnega prebivalstva (Oliverio et al., 2016). Kronične rane bodo pomembno vplivale tudi na obolevnost in umrljivost pacientov. Zmanjšujejo kakovost posameznikovega življenja in njegovo sposobnost, za aktivno vključevanje v družbo. Zaradi raznolikosti etiologije ran in z njimi povezanih spremljajočih bolezni je treba standardizirati obravnavo in spodbujati optimalno prakso pri obravnavi ran. Z razvojem nacionalnih priporočil je omogočeno izvajalcem zdravstvenih storitev zagotoviti njihov razvoj, ki temelji na sistematičnem pristopu pri zdravljenju ran.

**INKONTINENCA**

Inkontinenca, uhajanje urina, blata ali nehoteno uhajanje vetrov, je pogosto zamolčana težava, ki prizadene velik delež populacije, pri čemer je pojavnost inkontinence med starejšo populacijo pogostejša, čeprav je zmotno prepričanje, da je to normalen pojav v starosti (McDaniel et al., 2020). Etiologija za razvoj različnih vrst urinske inkontinence ni v celoti pojasnjena. Raziskave kot dejavnike, ki naj bi povečali tveganje za razvoj inkontinence, navajajo višjo starost pacientov, raso (belci naj bi bili bolj nagnjeni k pojavu inkontinence), višji indeks telesne mase ter število vaginalnih porodov in prisotnost težav v duševnem zdravju (Musa et al., 2019; Skuk in Blaganje, 2020). Delež oseb z urinsko inkontinenco naj bi se gibal med 5 in 72 % (v povprečju 30 %). Realno oceno razširjenosti inkontinence v populaciji otežuje dejstvo, da je inkontinenca še vedno stigmatizirajoče stanje, o katerem posamezniki težko govorijo oziroma ne poiščejo vedno zdravniške pomoči (Skuk in Blaganje, 2020). Strokovnjaki opozarjajo, da je tudi inkontinenca blata zlasti pri starejših dokaj pogost znak[[14]](#footnote-13), kateremu je namenjeno premalo pozornosti, kar se lahko odraža tudi v nezadovoljenih potrebah[[15]](#footnote-14) oseb z inkontinenco (Perry et al., 2002). Inkontinenca lahko močno negativno vpliva na kakovost življenja. Osebe z inkontinenco svoje zdravstveno stanje pogosteje ocenjujejo kot slabše, pogosteje se pri njih pojavijo težave v duševnem zdravju (pojav depresije) in pogosteje pri zadovoljevanju temeljnih dnevnih opravil potrebujejo pomoč druge osebe. Nosečnost in porod ter različne kronične bolezni, kot so sladkorna bolezen, Parkinsonova bolezen, demenca, cerebrovaskularni dogodki, maligna obolenja prostate, kronična obstruktivna pljučna bolezen, artritis in podobno, povečujejo tveganje nastanka inkontinence. Prezreti ne gre tudi vpliva okoljskih dejavnikov v povezavi s pojavom inkontinence, kot so neustrezni ali nevarni toaletni prostori, nezadostno število osebja in njegova premajhna usposobljenost, ki prav tako lahko negativno vplivajo na pojav inkontinence (WHO, 2017). Obravnava inkontinence je kompleksen proces, ki vključuje vse od anamneze v povezavi s sposobnostjo zadrževanja urina oziroma blata, analize morebitnih dejavnikov, ki bi lahko negativno vplivali na kontinenco (tudi na primer vpliv zdravil, ki jih pacient prejema), opazovanja dinamike in okoliščin, v katerih prihaja do uhajanja urina oziroma blata, fizičnega pregleda pacienta, laboratorijskih preiskav in testov, odprave možnih prehodnih vzrokov inkontinence, priprave načrta možnega zdravljenja s ciljem izboljšanja kontinence in kakovosti življenja ter predpisom ustreznega pripomočka za obvladovanje inkontinence (American Medical Directors Association, 2012). Pogosto se v kliničnih okoljih soočamo z neprimerno prakso nameščanja inkontinečnih pripomočkov nepomičnim kontinentnim pacientom. Razlogov za tako prakso ni mogoče strokovno podpreti, gre pa za zagotavljanje dostojanstva, ki je v takih praksah prezrto in s strokovnega ter etičnega vidika nesprejemljivo.

Pri nepomičnih pacientih z urinsko oziroma fekalno inkontinenco se pogosto srečujemo s poškodbami kože zaradi vlage, t.i. inkontinenčni dermatitis (Beeckman, D., et al., 2015).

**STOMA**

Beseda stoma izvira iz grškega jezika in pomeni odprtina. Je kirurško izoblikovana odprtina skozi katero se izločajo izločki (Frangeš, 2000) ali zagotavlja vnos tekočin, hrane oziroma zraka. Lahko so začasne ali trajne (Batas, 2017). Glede na funkcijo ločimo izločalne, hranilne in dihalne stome.

Stome so kirurško narejene odprtine prebavnega, urinskega ali dihalnega trakta na površini kože. Poznamo več vrst izločalnih stom: kolostoma, ileostoma in urostoma. Stoma je pogosto posledica operativnega zdravljenja črevesa, danke ali sečnega mehurja zaradi različnih vrst karcinomov, Crohnove bolezni, ulceroznega kolitisa ter mehanskih poškodb po raznih nesrečah.

**Črevesna stoma** je kirurško narejena odprtina tankega ali debelega črevesa na sprednjo trebušno steno (Grosek, 2021). Med stomami je največ, okoli 85 %, kolostom, hkrati pa je največ stalnih. Začasne stome so v primeru, ko se predvideva, da si bo črevo opomoglo. Če se to ne zgodi, lahko začasna stoma postane trajna. Stoma je pravzaprav dragocena pridobitev med življenjem in smrtjo za večino oseb s stomo[[16]](#footnote-15), vseeno pa se pacienti težje navadijo na življenje z njo, dokler je ne sprejmejo kot del sebe. Najpogostejši vzrok za kirurško izpeljavo črevesa skozi trebušno steno na trebuh so rakava obolenja debelega črevesja in danke[[17]](#footnote-16). V zadnjih letih pojavnost rakavih obolenj debelega črevesja in danke še narašča, povezana je predvsem z nezdravim življenjskim slogom, kot je uživanje nezdrave prehrane, debelost, premalo gibanja[[18]](#footnote-17).Tudi kronične vnetne bolezni (Mb Crohn, ulcerozni colitis) pogosto privedejo do kirurške izpeljave črevesne izločalne stome[[19]](#footnote-18). Crohnova bolezen se pojavlja nekoliko redkeje kot ulcerozni kolitis, se je pa njena pogostnost v zadnjih 20 letih povečala za 2- do 3-krat. Kronična vnetna črevesna bolezen (KVČB) se lahko razvije praktično v vseh obdobjih življenja. Približno 20 % vseh pacientov zboli pred dopolnjenim 18. Letom (Krenčnik et al., 2022)[[20]](#footnote-19).

V Sloveniji živi približno 3500 ljudi s stomo, večina od teh stom je stalnih, majhen delež pa začasnih. Za ljudi, ki se dlje časa borijo z boleznijo, je to pogosto dragocena odrešitev, težje pa se z njo soočajo tisti, ki jih doleti čez noč. Tak odvod je običajno trajen, so pa tudi primeri, ko je stoma začasna za razbremenitev črevesja. Poznamo končne ali terminalne kolostome in kolostome na pentlji, lahko pa so stome tudi začasne.

**Urostoma** je kirurško narejena odprtina, skozi katero je preusmerjen odtok seča. Indikacije za zunanjo izpeljavo seča pri napredovalem raku (mehur, maternica, prostata), skrčenem ali zmanjšanem mehurju, nevrogeni okvari (nefunkcionalnost sečil), kombinirane fistule, hude urinske inkontinence z uničeno sečnico, prirojene nepravilnosti sečil ali travm (poškodbe sečil). Obdobje bolezni, operacije in okrevanja je za pacienta zelo stresno.

Urostomo, ki je kirurško narejena odprtina na trebušni steni in je skozenj izpeljan del tankega črevesa, v katerega sta speljana oba sečevoda za izločanje seča, imenujemo “mokra stoma” ali “ileal conduit”. Skozi to urostomo se urin nekontrolirano izloča v posebno zbiralno vrečko za urin, ki je nameščena na trebuh.

Najpogostejši vzrok za kirurško izpeljavo oz. oblikovanje urostome so rakava obolenja[[21]](#footnote-20).

Za iztekanje urina so pri različnih bolezenskih stanjih potrebne tudi izpeljave drenažnih cevk iz ledvic ali mehurja. Ločimo nefrostome in cistostome. Nefrostoma je začasna ali trajna povezava votlega sistema ledvice direktno z zunanjostjo, skozi površino kože. Nefrostomski kateter se vstavi pod UZ ali RTG kontrolo, za terapevtske ali diagnostične namene, najpogosteje zaradi zapore odtoka iz ledvice. Cistostoma je direktna vzpostavitev odtoka urina iz mehurja s katetrom, narejena kirurško ali pa s suprapubično punkcijo, ki je potrebna pri ovirah na nivoju sečnice in nezmožnosti kateterizacije skozi sečnico.

**Gastrostoma** je operativno ali endoskopsko ustvarjena povezava med želodcem in površino trebušne stene s pomočjo posebne stome, ki omogoča hranjenje neposredno v želodec (Gorjup, 2022). Gastrostomo je potrebno narediti, kadar ima človek težave s požiranjem oziroma hranjenjem in ni druge možnosti za dolgotrajen in zadosten vnos hrane, hranilnih snovi in tekočine[[22]](#footnote-21).

**Jejunostoma** je kirurška vzpostavitev povezave začetnega dela tankega črevesa (jejunuma) s površino telesa prek tanke hranilne stome oz. katetra. Povezava se vzpostavi operativno ali endoskopsko. Namen povezave je omogočiti prehranjevanje pacienta v primeru, ko zgornji del prebavnega trakta vključno z želodcem ne omogoča normalnega prehranjevanja (tumorji ali stenoze požiralnika, želodca). Včasih jejunostomo vstavijo med operacijo požiralnika, jeter, želodca, da omogočijo zgodnje enteralno hranjenje pacienta, pri katerem se pričakuje, da več dni ne bo mogel ali smel uživati hrano per os. Peristaltika se v tankem črevesu pojavi že nekaj ur po operativnem posegu, kar omogoča zgodnje hranjenje pacienta s posebnimi industrijsko pripravljenimi hranilnimi mešanicami, ki nimajo ostankov (Gorjup, 2022).

**Traheostoma** je kirurško narejena odprtina na koži vratu, ki služi nemotenemu dihanju. Indikacije za traheostomo so lahko različne poškodbe, maligna, vnetna obolenja vratu, sapnika[[23]](#footnote-22) (Bischoff et al., 2019, Folwarski et al., 2022) . Poznamo več vrst traheotomij. Delimo jih po metodi izvedbe (klasična in perkutana), po pričakovanem trajanju (trajna, začasna), deloma tudi po indikacijah, ki privedejo do potrebe po vzpostavitvi traheostome (za toaleto, ob dihalni odpovedi). Tudi pri laringektomijah poznamo več vrst le-teh, najsi gre za popolno laringektomijo, delno laringektomijo različnih vrst (supraglotisna laringektomija, vertikalna parcialna laringektomija, subtotalna laringektomija, suprakrikoidna laringektomija) ali nekatere širše endoskopske posege v grlu in žrelu, ki jih ne imenujemo laringektomija (endoskopska resekcija glasilke, razširjeni endoskopski posegi (tudi laserski) na grlu in delu spodnjega žrela), vendar podobno zahtevajo vsaj začasno vzpostavitev traheostome za zagotavljanje proste dihalne poti. Le popolna laringektomija je vedno neločljivo povezana s stalno potrebo po traheostomi, torej s trajno traheostomo (Urbančič, 2013).

Stalna traheostoma je stalna odprtina na koži vratu, kjer je preostanek traheje neposredno všit v kožo. Dihalna pot in prebavna pot sta ločeni. Začasna traheostoma je odprtina za dihanje na vratu, kjer je izvorna dihalna pot še ohranjena. Pacienti lahko praviloma vsaj delno še dihajo skozi nos in usta, pot je lahko dobro ali slabo prehodna. Velike tkivne mase (tumorji, otekline, vnetja,…) ali nedelovanje glotisnega aparata (glasilk) lahko tudi pri začasni traheostomi onemogočajo dihanje po naravni poti (Urbančič, 2013).

**Enterokutana fistula** (ECF) je nenormalna povezava med intraabdominalnim gastrointestinalnim (GI) traktom in kožo/rano (Gribovskaja-Rupp & Melton, 2016). Nastanejo kot posledica različnih obolenj ali postopkov zdravljenja. Obvladovanje izločanja fistule in zaščito kože je treba uvesti takoj po postavitvi diagnoze, saj bo to zmanjšalo lokalno draženje, vnetje kože ter bolečino in okužbo. Usposobljena medicinska sestra za rane inkontinenco in stomo veliko prispeva k obravnavi pacienta. Medtem ko je fistule z nizkim izločanjem mogoče nadzorovati s preprostim vpojno oblogo za rane, zapletene fistule pogosto zahtevajo napredne tehnike, vključno z zaščitnimi kremami, pudri in tesnilnimi sredstvi za zaščito kože pred poškodbo z izločki ter uporabo posebnih zbiralnih, drenažnih vrečk za izloček fistule (Haack, et al., 2014). Živeti s stomo pomeni sprijazniti se z novim, drugačnim načinom življenja. To je gotovo najpomembnejši cilj pacienta s stomo, ki, če je dosežen, pomeni tudi dokončno rehabilitacijo (Frangeš, 2000).

# 3. TEMELJNA PREDNOSTNA PODROČJA

## 3.1 VZPOSTAVITEV IN VZDRŽEVANJE NABORA EPIDEMIOLOŠKIH PODATKOV O RANAH, INKONTINENCI IN STOMAH

Javno zdravstveno epidemiološko spremljanje je trajno in sistematično zbiranje podatkov o dogodkih v zvezi z zdravjem, njihovo analiziranje in posredovanje, da se uporabijo pri javno zdravstvenem ukrepanju z namenom, da se omeji obolevnost in umrljivost ter izboljša zdravje. Evalvacija sistemov epidemiološkega spremljanja nam omogoča vpogled v uporabnost in značilnosti sistema (kakovost podatkov, reprezentativnost, občutljivost, enostavnost, sprejemljivost, pravočasnost, stabilnost, fleksibilnost, pozitivna napovedna vrednost[[24]](#footnote-23)). Epidemiološko spremljanje ran, inkontinence in stom v Sloveniji še ni vzpostavljeno na način, da bi omogočalo zanesljivo oceno na osnovi rutinskih zdravstvenih podatkovnih zbirk, prav tako še ni bila opravljena evalvacija sistema epidemiološkega spremljanja.

Nacionalna zbirka podatkov pacientov z ranami, inkontinenco in stomami je namenjena vodenju evidence o številu in značilnostih pacientov. Velik nabor zbranih podatkov bo nudil celovit pregled stanja na ravni mest, regij in na ravni cele države. Z letnim beleženjem sprememb bomo sledili trendom obravnave tako pri posameznem pacientu kot pri posameznih skupinah. Dobili bomo natančne podatke o številu pacientov, demografskih in diagnostičnih značilnostih pacientov glede na regije, kar bo nudilo dober splošni pregled in omogočilo izboljšano kakovost obravnave pacientov z RIS, saj so na osnovi podatkov možne prilagoditve v obravnavi. Nacionalna zbirka podatkov omogoča tudi posredni izračun ocene stroškov in prilagajanje nacionalnih zdravstveno ekonomskih usmeritev za navedena področje.

Za kakovostno in varno obravnavo rane, inkontinence in stome je treba zagotoviti ustrezne podatke o obolevnosti, načrtovati in zagotavljati potrebne kadrovske in tehnične vire, vzpostaviti mrežo usposobljenih izvajalcev na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva ter zagotoviti potrebno financiranje storitev.

Glede na opredeljena izhodišča Strategije bo v okviru akcijskega načrta opredeljena tudi vsebina, implementacija in organizacija nacionalne zbirke podatkov za rano, inkontinenco in stomo.

# 3.2. MREŽA IZVAJALCEV IN STORITEV ZA OBRAVNAVO RAN, INKONTINENCE IN STOM

Strategija za obvladovanje ran, inkontinence in stom načrtuje aktivnosti za izboljšanje in optimiziranje obravnave pacientov, dostopnost do zgodnje diagnoze in ustrezne postdiagnostične obravnave pacientov s krepitvijo in boljšo organizacijo integrirane mreže izvajalcev, programov in storitev. Za opredelitev ukrepov potrebujemo jasne cilje, ki bodo izhajali iz obstoječega sistema, ugotovljenih pomanjkljivosti in izboljšanju sistema na podlagi prepoznanih dobrih praks v mednarodnem prostoru. Ključno vodilo pri pripravi strategije je kontinuirana in integrirana obravnava z upoštevanjem pomanjkljivosti in razpoložljivimi viri. Urejenost, učinkovitost in preglednost v sistemu zdravstvenega varstva je mogoče zagotoviti na način, da se dopolni in okrepi na tistih področjih, ki trenutno predstavljajo najšibkejši člen v obravnavi pacientov z rano, inkontinenco ali stomo.

Storitve in programe za obravnavo ran, inkontinence in stom delimo na:

1. preventivne programe,
2. kurativne programe s storitvami v zdravstvenem varstvu,
3. rehabilitacijske programe v okviru osnovne bolezni.

Navedene storitve in dejavnosti se prepletajo in terjajo integrirano sodelovanje za zagotovitev celovitega in usklajenega odziva s sodelovanjem javnih institucij, izobraževalnih sistemov in zaposlovanjem. Za zagotavljanje sodobnih pristopov je treba zagotoviti kontinuirano izobraževanje za vse, ki delajo na področju ran, inkontinence in stom, vključno s specialnimi znanji za določene poklicne skupine. V mrežo spadajo javne službe na vseh ravneh zdravstvenega varstva, rehabilitacijski programi, dolgotrajne obravnave in obravnave socialnega varstva, organizacije in posamezniki, ki podpirajo socialno vključenost in krepitev zdravja v lokalni skupnosti.

# 3.2.1 Storitve in programi zdravstvenega varstva

V letu 2023 je v Sloveniji delovalo 65 zdravstvenih domov, 26 bolnišnic in 2 univerzitetna klinična centra. Na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti so zagotovljene posteljne kapacitete za zdravljenje ran in specialistične ambulante, ki pa niso sistemsko umeščene v zdravstveni sistem oziroma nimajo ustreznega programa in urejenega financiranja storitev. Terciarna raven zagotavlja center za zdravljenje ran, organizirane so posvetovalnice za paciente s stomo in ambulante za obolenja peristomalne kože. V bolnišnicah in obeh terciarnih centrih se paciente z diagnozo inkontinence obravnava v sklopu ginekoloških in uroloških specialističnih ambulant.

### 3.2.1.1 Primarno zdravstveno varstvo

Zdravstveno varstvo na primarni ravni predstavlja hrbtenico zdravstvenega varstva tudi na področju obravnave ran, inkontinence in stom, saj največ oseb in najdlje obravnavajo njihovi izbrani osebni zdravniki. Zdravnik družinske medicine je pogosto mesto prvega stika s pacientom. V okviru ambulante družinske medicine delujejo tudi referenčne ambulante za vodenje stabilnih kroničnih pacientov.

Na primarni zdravstveni ravni deluje patronažna služba, katere vloga pri obravnavi starejših oseb je pogosto spregledana. Patronažna služba lahko odigra pomembno vlogo na področju preventive, na terenu pa opravlja tudi kurativno dejavnost. Na terenu deluje 798 patronažnih medicinskih sester, ki so organizirane po teritorialnem principu[[25]](#footnote-24). Delujejo v okviru 65 zdravstvenih domov ali delujejo kot medicinske sestre s koncesijo za patronažno dejavnost na točno določenem terenskem območju. V patronažnem varstvu delujejo polivalentno, in sicer obravnavajo otročnico in novorojenca, dojenčka, malega otroka, izvajajo zdravstveno-socialno obravnavo posameznika in družine ter izvajajo zdravstveno nego pacienta na domu.

V vsakem zdravstvenem domu je organiziran zdravstveno vzgojni center (v nadaljnjem besedilu: ZVC). V zadnjih letih je 25 ZVC-jev razširilo svoj program delovanja in se preoblikovalo v Centre za krepitev zdravja (v nadaljnjem besedilu: CKZ). ZVC in CKZ izvajajo preventivne programe v obliki zdravstveno vzgojnih delavnic in individualnih svetovanj in so namenjeni osebam s prisotnimi dejavniki tveganja za kronične bolezni (KB), osebam z visokim tveganjem za razvoj KB ter tistim z že prisotnimi KB. V okviru omenjenih obravnav strokovnjaki iz ZVC-jev in CKZ-jev udeležencem posredujejo strokovne informacije, jih učijo veščin in jim nudijo podporo ter pomoč za dolgotrajno spremembo življenjskih navad oziroma za krepitev duševnega zdravja. Programi temeljijo na procesu opolnomočenja oseb v skrbi za lastno zdravje.

### 3.2.1.1.1 Ambulanta družinske medicine

V javni zdravstveni mreži je v letu 2021 izvajalo zdravstveno dejavnost 967,89 timov zdravnikov družinske medicine (v nadaljnjem besedili: DM), ki delujejo v okviru 65 zdravstvenih domov ali delujejo kot zasebne ambulante družinske medicine s koncesijo.

Na primarnem nivoju je ambulanta DM (tudi v okviru domov za starejše) mesto prvega stika s pacientom in z njegovimi svojci. Za pacienta skrbi ves čas trajanja bolezni do konca njegovega življenja, zdravnik DM.

V ambulanti družinske medicine poteka celostna obravnava pacientov, zdravnik DM v timu skupaj s srednjo medicinsko sestro in 0,5 diplomirane sestre skrbi za odkrivanje bolezni, diagnostiko, zdravljenje in dolgotrajno spremljanje pacienta. Pacienti so usmerjeni k specialistu različnih strok za nadaljnjo diagnostiko, potrditev diagnoze ter zdravljenje.

Veliko pacientov živi doma, zato zdravljenje poteka ambulantno. Po postavitvi diagnoze se v verigo obravnave vključujejo poleg zdravnika DM še terenski strokovni delavci kot so patronažne medicinske sestre. Pravočasno planiranje obravnave in dobro sodelovanje vseh deležnikov izboljša učinkovitost obravnave in kakovost življenja pacienta in svojcev. S sodobnimi pristopi obravnave je tako omogočeno kakovostno in varno bivanje v domačem okolju.

V družinski medicini predstavlja pomemben del aktivnosti preventivna dejavnost, ki je bila v delo ambulante družinskega zdravnika formalno uvedena z uvedbo diplomirane sestre v tim ADM, ki skrbi za prepoznavanje dejavnikov tveganja za kronične bolezni in vodenje kronične bolezni. V preventivne programe so danes vključene najpogostejše kronične bolezni z ustreznimi presejalnimi testi za odkrivanje dejavnikov tveganja in ukrepi za odpravljanje dejavnikov tveganja. Inkontinenca trenutno ni uvrščena v program odkrivanja in vodenja pri izbranem osebnem zdravniku.

Pomanjkanje zdravnikov družinske medicine vpliva na počasnejše uvajanje sprememb za doseganje uspešnejše in učinkovite obravnave in obvladovanje pacientov z RIS v domačem okolju, zato je potrebno okrepiti tako mrežo specializiranih ambulant kot patronažno službo.

### 3.2.1.1.2 Ginekološke ambulante

Trenutno je inkontinenca urina skupaj z drugimi ginekološkimi stanji v prvi vrsti obravnavana v okviru ginekoloških ambulant primarnega nivoja s strani izbranih ginekologov. Predlog strokovnih smernic predvideva, da začetna obravnava žensk z urinsko inkontinenco, vključno s konservativnim zdravljenjem, ki obsega vedenjsko terapijo, fizioterapevtsko obravnavo in uvedbo medikamentoznega zdravljenja, poteka na primarnem zdravstvenem nivoju. V praksi pa so pacientke večinoma napotene neposredno na sekundarno/terciarno raven brez ustrezne predhodne obravnave.

### 3.2.1.1.3 Patronažna služba

Na primarni ravni zdravstvene dejavnosti zagotavlja obravnavo ran, inkontinence in stom v domačem okolju patronažna služba, ki je sestavni del primarnega zdravstvenega varstva in praviloma organizirana po teritorialnem principu. Poleg zdravstvene obravnave in zdravstvene nege je delo patronažne službe usmerjeno predvsem v preventivo. Patronažna služba obravnava posameznike in družine v domačem okolju in skupnosti v različnih obdobjih življenja. Posebno skrb namenja obravnavi ranljivih skupin, prepoznavanju krhkosti starejših oseb in ugotavljanju dejavnikov tveganja za razvoj ter poslabšanje kroničnih obolenj.

Obravnava ran, inkontinenca in stome predstavlja velik delež pacientov obravnavanih v patronažni službi. Praviloma patronažna medicinska sestra dlje časa oskrbuje pacienta in posledično tudi njegovo družino in se odziva na njihove potrebe pri napredovanju bolezni. Za učinkovito obravnavo in podporo potrebuje široko in raznoliko strokovno znanje s področja obravnave pacientov z RIS, zato je potrebno zaposlenim v patronažni službi omogočiti dopolnjevanja znanja z navedenega področja. Da se zagotovi strokovno in kakovostno obravnavo pacientov v domačem okolju bo potrebno patronažnim medicinskim sestram, ki so odgovorne nosilke posameznega terenskega območja zagotoviti pridobitev specialnih znanj ali specializacije iz področja RIS. Pri pridobitvi specialnih znanj bo potrebno za posameznega izvajalca zdravstvene nege poleg formalne izobrazbe upoštevati tudi kontinuirano strokovno izpolnjevanje in usposabljanje na ožjem strokovnem področju ter znanja pridobljena na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre v patronažni zdravstveni negi v preteklih letih.

### 3.2.1.1.4 Preventivni programi

Preventivno dejavnost za prebivalstvo izvajajo ZVC ali CKZ v okviru programov. Obravnavana področja nimajo oblikovanih preventivnih programov, programov za preprečevanje poslabšanja stanja, programov pravilne rabe medicinskih pripomočkov, podpore pacientom in svojcem.

Preventivni program za preprečevanje UI bi lahko vključeval tudi povezovanje ZVC, CKZ z lokalno skupnostjo, z načinom osveščanja populacije glede urinske inkontinence (UI) in tudi fekalne inkontinence (FI) ter usmeritvijo glede reševanja omenjenih težav. Oblikovanje preventivnih programov mora temeljiti na ugotovljenih dejavnikih tveganja za nastanek UI.

### 3.2.1.1.5 Socialno varstvo

Socialnovarstveni zavodi so pomemben člen v mreži zagotavljanja zdravstvene obravnave, saj jo zagotavljajo eni izmed ranljivejših skupin prebivalstva v Republiki Sloveniji. Z Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (Uradni list RS, št. 25/16) se je Slovenija med drugim zavezala k vzpostavitvi celovitega sistema spremljanja in nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.

Socialnovarstveni zavodi v skladu z 8. členom Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP in 203/20 – ZIUPOPDVE; v nadaljnjem besedilu: ZZDej) lahko za svoje uporabnike zagotavljajo tudi zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo kot del osnovne zdravstvene dejavnosti. Pacienti oziroma stanovalci imajo pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave[[26]](#footnote-25).

Domovi za starejše (v nadaljnjem besedilu: DSO) spadajo med socialnovarstvene institucije, ki organizirajo ambulanto družinske medicine za svoje stanovalce. V standardu zdravstvene obravnave je za stanovalce priznan tim ambulante družinske medicine, storitve obravnave RIS pa se izvajajo na podlagi opredeljene kategorije zdravstvene nege.

### 3.2.2 Sekundarna raven zdravstvenega varstva

Sekundarna raven zdravstvenega varstva obsega specialistično ambulantno in hospitalno bolnišnično dejavnost, ki se nanaša na vsa tri opredeljena področja RIS. Če se specialistična ambulantna dejavnost ukvarja z ugotavljanjem, diagnostiko, osnovnim nefarmakološkim in farmakološkim zdravljenjem, je hospitalna bolnišnična dejavnost v prvi vrsti namenjena invazivnemu oz. operativnemu zdravljenju. Zaradi nesistematičnega pristopa in neurejenosti področij je organiziranje različne dejavnosti razpršeno in neenakomerno, zato je obravnava in zadovoljevanje potreb pacientom zelo različno[[27]](#footnote-26).

### 3.2.2.1 Specialistična ambulantna dejavnost

Bolnišnice v okviru izvajanja programa za posamezno dejavnost organizirajo specialistično ambulantno dejavnost.

Obravnava kroničnih ran se praviloma izvaja v specialističnih ambulantah. V nekaterih bolnišnicah so organizirane usmerjene ambulante za različne vrste kroničnih ran, ki jih obravnavajo za to usposobljeni timi.

Obravnavo urinske inkontinence na sekundarni ravni izvajajo specialistične ambulante in sicer urološke in (uro)ginekološke, ki se ukvarjajo z diagnostiko, nefarmakološkim in farmakološkim zdravljenjem. Obravnava pacientk z urinsko inkontinenco se izvaja v (uro)ginekološki ambulanti za ženske. V specialističnih uroloških ambulantah se izvaja obravnava vseh pacientov. S strani zdravstvene nege se v uroloških ambulantah obravnavajo motnje uriniranja, edukacija samokateterizacije, stanja z urostomo, urinskimi katetri, perkutano nefrostomo, cistostomo, ki jih izvajajo diplomirane medicinske sestre .

Obravnava pacientov z zapleti stom se izvaja v posvetovalnicah in različnih specialističnih ambulantah glede na lokacijo, funkcijo in vrsto stome.

### 3.2.2.2 Bolnišnična dejavnost

Bolnišnična dejavnost zagotavlja multidisciplinarno obravnavo pacientov z RIS pri katerih je prišlo do zapletov ali življenjsko ogrožujočih stanj.

Obravnava pacientov s kronično rano se lahko izvaja v sklopu različnih oddelkov, glede na etiologijo same rane ali potrebo po eventuelnem kirurškem posegu. Trenutno so v petih splošnih bolnišnicah zagotovljene ambulante za rane. V kolikor zaradi zahtevnosti in različnih etiologij obstajajo potrebe po multidisciplinarni obravnavi, se le-ta zagotavlja glede na razpoložljivost pri izvajalcu, sicer se pacienta napoti na terciarno raven. Ker strokovnost obravnave ni zagotovljena na enaki ravni pri vseh izvajalcih in kriteriji za napotitve na terciarno raven niso določeni, so lahko take napotitve tudi neupravičene.

Bolnišnična dejavnost je v povezavi z urinsko in fekalno inkontinenco v prvi vrsti namenjena invazivnemu oz. kirurškemu zdravljenju. Urinska in fekalna inkontinenca je lahko vzrok bolnišnične obravnave. Po drugi strani je urinska inkontinenca relativno pogosto razširjena tudi v populaciji, ki vstopa v akutno bolnišnično obravnavo zaradi drugih nepovezanih stanj, predvsem pri starejših pacientih. Pacienti v akutni bolnišnični obravnavi, pa tudi v dolgotrajni oskrbi, imajo največkrat urinsko in fekalno inkontinenco. Premalo pozornost je namenjeno fekalni inkontinenci, ki je med populacijo pogosto spregledana. Veliko je tudi pacientov, ki so sprejeti v bolnišnico kontinentni, zapustijo pa jo z urinskim katetrom ali medicinskimi pripomočki za inkontinenco. V bolnišnični obravnavi je prepoznavanje in obvladovanje inkontinence (urinske in fekalne) zelo pomembno, veliko vlogo teko pri prepoznavanju kot tudi oskrbi pacientov pa imajo diplomirane medicinske sestre. (Uro)ginekološka stroka izvaja hospitalno kirurško dejavnost samo za ženski spol, urološka stroka pa hospitalno kirurško dejavnost predvsem za moški spol.

Področje delovanja za paciente s stomo v bolnišnični dejavnosti zajema načrtovanje mesta stome pred operacijo, predoperativno psihofizično pripravo pacienta na operacijo z izidom stome, pooperativno poučevanje pacienta in njegovih svojcev glede obravnave stome, ocena možnosti za samoirigacijo, izbiro ustreznih pripomočkov za obravnavo stome ter seznanitev s postopki nege in oskrbe stome in svetovanje in terapija pri težavah s stomo.

### 3.2.3 Terciarni center

Terciarna obravnava je namenjena pacientom z najtežjimi oblikami RIS tudi v sklopu drugih bolezni, zajema posebne diagnostične in terapevtske postopke ter obravnavo stanj po predhodnem neuspešnem zdravljenju ali resnih zapletih ter njihovo reševanje. Pogosto je potrebna interdisciplinarna obravnava in sodelovanje, zato je organizacija celostne tovrstne dejavnosti izven kliničnih centrov nemogoča.

### Specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost

Specialistična ambulantna in hospitalna dejavnost za paciente za RIS deluje na terciarnem nivoju v okviru naslednjih dejavnosti:

kirurgija,

dermatologija,

interna medicina,

fizikalna medicina in rehabilitacija,

ginekologija,

Infektologija,

nevrologija,

otorinolaringologija,

onkologija.

### Bolnišnična dejavnost

V okviru terciarne dejavnosti sta za obravnavo kompleksnih kroničnih ran in pridruženih zapletov (septična stanja, osteitisi, večji mehkotkivni defekti, ki potrebujejo rekonstrukcijo, potrebe po regenerativni medicini), sta v RS dva terciarna centra in sicer v UKC Ljubljana in UKC Maribor, ki lahko edina nudita vso potrebno multidisciplinarno podporo in sodelovanje specialistov različnih strok (splošnih kirurgov, kirurgov plastične in rekonstruktivne kirurgije, žilnih kirurgov, dermatovenerologov, radiologov, infektologov, fiziatrov, fizioterapevtov, angiologov, diabetologov, TZN /DMS in DMS s specialnimi znanji o RIS...).

Glede na razširjenost ran se kaže potreba, da se ustanovi še en samostojen center za obravnavo kroničnih ran (tako prostorsko, logistično kot tudi kadrovsko), s sodelovanjem vseh omenjenih strokovnjakov. Za kakovostno delovanje omenjenega centra bi potrebovali v timu tudi medicinske sestre – enterostomalne terapevtke, ki bi ~~v~~ sodelovale v multidisciplinarnem timu. Poslanstvo terciarnega centra je poleg preventivne in kurativne obravnave pacientov tudi znanstveno raziskovalno delo.

V okviru UKC Ljubljana je bil v ta namen že ustanovljen interklinični multidisciplinarni konzilij, ki omogoča hitro in učinkovito obravnavo tako ambulantnih kot hospitaliziranih pacientov.

# 4 ANALIZA STANJA PACIENTOV S KRONIČNO RANO, INKONTINENCO IN STOMOZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V REPUBLIKI SLOVENIJI

V Sloveniji ni vzpostavljen sistem nabora podatkov in ustreznih podatkovnih baz, s katerim bi utemeljevali ukrepe in cilje, zato se trenutno lahko le opiramo na posamezne raziskave in število uporabnikov, ki uporablja medicinske pripomočke. Opisani zajem podatkov ne vključuje vseh pacientov in s tem ne predstavlja celotnega obsega pacientov na posameznem področju. Trenutno zajeti podatki so najbolj celoviti in tako tudi najbolj uporabni na področju stom.

Celovitih podatkov, s katerimi bi lahko opredelili naravo, prevalenco in terapevtske intervencije pri osebah s kronično rano, nimamo. V Sloveniji so bile v preteklosti izvedene tri raziskave[[28]](#footnote-27), katerih cilj je bil opredeliti epidemiološke značilnosti oseb s kronično rano. V slovenskem prostoru je Društvo za oskrbo ran Slovenije v letu 2007/10 izvedlo mednarodno raziskavo, s katero so ugotavljali prevalenco razjed na nogi, ki je znašala 1,81/1.000 prebivalcev. To predstavlja 4.400 pacientov s kronično golenjo razjedo (Franks et al., 2007). Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je leta 2009 objavil rezultate raziskave, izvedene v Zasavju (2008), v katero je bilo vključenih 44.610 pacientov, kronično rano je imelo 176 oseb, ocenjena prevalenca za vse tipe ran je znašala 4/1000 prebivalcev. Na podlagi raziskave so bili izračunani stroški obravnave kroničnih ran, ki v slovenskem prostoru obsegajo 3 milijone evrov (Franko, Fakin, 2009). Na podlagi izvedene raziskave (Pađen et al., 2019) je bila ocenjena prevalenca odprtih kirurških ran v Ljubljani na 0.38/1000 prebivalcev. Kadivec (2000) je poročala, da je razširjenost poškodb/razjed zaradi pritiska v Univerzitetni kliniki Golnik ocenjena na 6 % medtem, ko je Jelen (2013) v največji univerzitetni bolnišnici v Sloveniji izvedla raziskavo poškodb/razjed zaradi pritiska vseh kategorij. V študijo je bilo vključenih 1.224 odraslih pacientov, ki so bili v določenem časovnem obdobju (en dan) hospitalizirani na različnih oddelkih. Rezultati so pokazali, da je bila točkovna razširjenost poškodb/razjed zaradi pritiska ocenjena na 11,3 %.

Po nekaterih ocenah ima težave z inkontinenco v Sloveniji že cca 440.000 oseb. Pojavlja se v vseh življenjskih obdobjih in pri obeh spolih, lahko kot posledica različnih bolezenskih stanj. Težave pri nadzoru nad izločanjem in inkontinenca pogosto vodijo tudi v druge zaplete, kot so težave s kožo, vključno s poškodbami zaradi pritiska, okužbami sečil, katetrizacijami, v zaprtje in podobno, vse skupaj pa v dolgotrajno bolnišnično obravnavo in varstvo v socialnovarstvenih zavodih. V letu 2022 je inkontinenčne pripomočke v Sloveniji uporabljalo 90.943 uporabnikov, od navedenega je bilo 78.251 uporabnikov starejših od 65. let. Ker se uporabniku zagotavlja inkontinenčne pripomočke le v primeru, da ima uporabnik najmanj srednje težko inkontinenco, se v številu oseb, ki imajo diagnosticirano inkontinenco upošteva le deloma, zato to število ne predstavlja števila vseh pacientov z inkontinenco v Sloveniji.

Razvoj novih tehnologij, boljše ter učinkovitejše zdravljenje obolenj (na primer kronične vnetne črevesne bolezni), zagotavljajo boljše preživetje s kroničnimi stanji, ki ob vedno krajših ležalnih dobah terjajo, da pacienti po zdravljenju spremenijo življenjske navade in istočasno narekujejo potrebo po strokovnjakih, ki imajo dodatna znanja s posameznih ožjih strokovnih področij. Na področju izločalnih stom nimamo celovitih podatkov, ne glede na navedeno dejstvo pa imamo število oseb z izločalno stomo, ki uporablja medicinske pripomočke[[29]](#footnote-28). Iz podatkovne baze izhaja, da je v maju 2023 medicinske pripomočke za nego kolostome uporabljalo 1800 oseb in za nego ileostome in kolostome 1642 oseb, skupaj 3442 oseb. Medicinske pripomočke za nego urostome je prejemalo 748 oseb, pripomočki za hranjenje po gastrostomi, nasogastrični sondi ali jejunostomi 496 oseb in pripomočke za nego traheostome 648 oseb. Skupaj je medicinske pripomočke za obravnavo izločalnih stom v maju 2023 prejemalo 5334 oseb.

# 5 ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI, VARNOSTI IN DOSTOPNOSTI

Kakovostna, varna in dostopna zdravstvena obravnava prebivalstva mora temeljiti na uveljavljenem splošnem nacionalnem konceptu za kakovost in varnost zdravstvenih storitev, upoštevajoč racionalno upravljanje z viri, vključevanjem načrtovanja in izvajanja procesov, ki vključujejo nacionalne strokovne smernice in posamezne klinične poti ter procesno vodenje za posamezno področje. Za ocenjevanje in izboljševanje kakovosti in varnosti obravnave pacientov z rano, inkontinenco ali stomo na primarni ravni moramo razviti orodja, ki bodo zagotavljala optimiziranje procesov in integrirano obravnavo. Za zagotavljanje kakovosti in varnosti obravnave je treba stalno izboljševanje na vseh ravneh zdravstvenega varstva, zagotavljanje spremljanja kakovosti, ki bo temeljila na strokovnosti, vključevanjem dobrih praks ter izidih obravnave. Zagotovljeno mora biti sledenje obravnav in strokovnemu razvoju. Namen spremljanja in ocenjevanja kakovosti mora temeljiti na izboljševanju kakovosti in varnosti obravnave pacientov z rano, inkontinenco in stomo, kot tudi izvajalcev zdravstvene obravnave, kar pripomore k razvoju kulture varnosti. Ocenjevanje uresničevanja zastavljenih ciljev za izboljšanje kakovosti in varnosti mora potekati na izvajalski, upravljavski in izobraževalni ravni.

Za uveljavitev nacionalnega koncepta sistema kakovosti in varnosti so ključne tudi spremembe v vodenju in upravljanju, zagotavljanju virov (kompetenc in infrastrukture vključno z informacijsko podporo in finančnimi viri). Zagotoviti je treba koordinacijo in podporo programom kakovosti in z različnimi vzpodbudami doseči premik v razmišljanju pri vodilnih in odgovornih za vzpostavljanje celovitega sistema kakovosti in varnosti obravnave. Zagotoviti je treba spodbude in napredna znanja, veščine in orodja za vodenje celovite kakovosti in varnosti, opolnomočenje vodstvenih delavcev za izvajanje sprememb. Treba je zagotoviti, da so izpopolnjevanje in usposabljanje kadrov del procesa vodenja, saj izkušnje kažejo, da je na tak način mogoče dvigniti uspešnost, učinkovitost, strokovnost, kakovost in varnost dela.

Za kakovostno, varno in ustrezno obravnavo pacientov z rano, inkontinenco in stomo bodo strokovnjaki s posameznega področja pripravili oziroma pregledali in po potrebi posodobili strokovne smernice obravnav in klinične poti po sprejetju Strategije. Strokovne smernice in klinične poti se bodo redno pregledovale in se posodabljale.

## 5.1 STROKOVNE SMERNICE IN KLINIČNE POTI ZA KAKOVOSTNO IN VARNO OBRAVNAVO PACIENTOV Z RANO, INKONTINENCO IN STOMO

Strokovne smernice in klinične poti za obravnavo pacientov z rano, inkontinenco in stomo so z dokazi podprti dokumenti, ki so zdravnikom in drugemu strokovnemu osebju v pomoč pri zagotavljanju kakovostne in standardizirane obravnave pacientov. Smernice in klinične poti poleg strokovnih vidikov obravnave vključujejo tudi pravna in etična vprašanja, ki lahko vplivajo na kakovost in varnost obravnav.

**Rane**

V Sloveniji so trenutno v veljavi smernice za obravnavo ran[[30]](#footnote-29), ki podajajo diagnostične kriterije, usmeritve za obravnavo in zdravljenje akutnih in kroničnih ran. Objavljena so tudi Strokovna priporočila za izbiro in predpisovanje medicinskih pripomočkov za paciente z izločalnimi stomami in enterokutanimi fistulami[[31]](#footnote-30). Glede na razvoj področja je smiselna dopolnitev oz. posodobitev obstoječih smernic z nekaterimi novejšimi spoznanji o diagnostiki in obravnavi pacientov, po zgledu evropskih smernic in drugih relevantnih dokumentov. Pripraviti je treba smernice za področje inkontinence in stom.

Za obravnavo pacientov z diabetično nogo je v uporabi slovenski prevod mednarodnih smernic za obravnavo diabetične noge[[32]](#footnote-31).

**Urinska inkontinenca**

Za obravnavo urinske inkontinence priporočamo uporabo strokovnih smernic Evropskega združenja za urologijo (*ang. European Association of Urology, EAU*), sprejetih s strani Združenja urologov Slovenije in RSK za urologijo. Področje inkontinence obravnava troje ločenih smernic:

* Smernice za ne-nevrogene simptome spodnjih sečil pri ženskah,
* Smernice za ne-nevrogene simptome spodnjih sečil pri moških,
* Smernice nevrourologija za obravnavo inkontinence v okviru nevrogenih motenj.

Hkrati se lahko za obravnavo ženske populacije na primarnem zdravstvenem nivoju in napotitve na sekundarni zdravstveni nivo uporabi Terapevtski algoritem za obravnavo pacientk z urinsko inkontinenco[[33]](#footnote-32).

Glede kliničnih poti se posameznim ustanovam poda priporočilo za njihovo izdelavo.

Glede pregledovanja strokovnih smernic za inkontinenco ni potrebe za pregledovanje ali posodobitev, ker se posodabljajo letno na nivoju EAU.

**Fekalna inkontinenca**

Za obravnavo fekalne incontinence priporočamo uporabo strokovnih smernic “Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence—A UEG/ESCP/ESNM/ESPCG collaboration”.

**Stome**

Glede obravnave pacientov z izločalno stomo se na področju ZN in oskrbe teh pacientov ravnamo po mednarodnih smernicah svetovnega združenja enterostomalnih terapevtov – World Council of Enterostomal Therapists (WCET).

Za kakovostno in varno obravnavo pacientov z rano, inkontinenco in stomo na primarni, sekundarni in terciarni ravni se pripravijo klinične poti, ki bodo upoštevale integrirano obravnavo za hospitalno in ambulantno obravnavo, ob upoštevanju kliničnih poti v posameznih zdravstvenih institucijah.

Klinične poti je potrebno redno posodabljati glede na smernice oziroma dokazane novejša spoznanja v diagnostiki in obravnavi za posamezno področje.

## 5.2 PROTOKOLI SODELOVANJA

Pri obravnavi pacientov z rano, inkontinenco in stomo je pomembno dobro sodelovanje vseh služb, ki morajo biti organizirane okrog pacienta, zato se prednostno spodbuja razvoj integrirane obravnave na primarni zdravstveni ravni, to je v skupnosti oziroma domačem okolju. Za kakovostno, pravočasno, vsestransko in dostopno obravnavo pacientov z rano, inkontinenco in stomo potrebujemo povezano interdisciplinarno mrežo služb, programov in storitev, da se pacientom z rano, inkontinenco in stomo omogoča in nudi kar najbolj kakovostne storitve, v najkrajšem možnem času in da ne prihaja do nepotrebnega podvajanja storitev ali pomanjkanja katere od njih. Zaradi raznolikosti potreb pacientov z rano, inkontinenco in stomo mora biti obravnava individualno prilagojena. Učinkovito načrtovanje in sodelovanje služb bodo omogočili protokoli sodelovanja.

Protokoli sodelovanja različnih služb v okviru istega ali več sektorjev omogočajo neprekinjeno obravnavo v verigi sodelovanja od preventive do kurative in psihosocialne rehabilitacije. Namen protokolov sodelovanja je povečati dostopnost do obravnav za obvladovanje pacientov z rano, inkontinenco ali stomo, izboljšati učinkovitost in neprekinjenost obravnave v verigi, (so)delovanje služb oziroma izvajalcev obravnav, izboljšati kakovost in varnost obravnav ter zmanjšati stigmo pacientov z rano, inkontinenco ali stomo. Zaposleni v protokolih sodelovanja najdejo osnovne smernice za svoje delo in formalne podlage za medsebojno povezovanje služb in ponudnikov storitev ter jih uporabljajo tudi ob svojem vsakodnevnem delu. Natančen opis metodologije dela in protokolov izvajalcev storitev olajša sodelovanje med strokovnimi službami v okviru istega resorja, več različnih resorjev ter sodelovanje pacientov z rano, inkontinenco in stomo ter drugimi deležniki, ki lahko pripomorejo k obvladovanju in vzpostavitvi optimalne obravnave. Natančen opis protokolov sodelovanja je pripravljen tudi zato, da se lahko pacientom z rano, inkontinenco ali stomo, in zainteresirani javnost poda čim več uporabnih informacij o načinu dela v posameznih službah.

# 6. KADRI

Za dosego ciljev bo treba zagotoviti učinkovito politiko promoviranja in načrtovanja kadrov s katerim bo mogoče zagotoviti dovolj ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev in sodelavcev za oblikovanje timov, ki bodo lahko pacientom zagotavljali multidisciplinarno, celovito in kakovostno obravnavo.

Za zagotavljanje uspešnega delovanja timov in zagotavljanja integrirane obravnave je treba optimizirati delo vseh obstoječih izvajalcev v zdravstvenem sistemu in jih učinkovito povezati v zdravstvenem sistemu v smeri celostne obravnave pacienta, optimizirati administrativna bremena ter zagotoviti hitro in učinkovito interdisciplinarno obravnavo pacientov z rano, inkontinenco ali stomo. Sočasno je treba s pravnimi predpisi urediti, omogočiti in podpreti prenos nekaterih kompetenc in opravil, ki jih sedaj izvajajo deficitarni kadri, na druge strokovnjake. Pri tem se moramo zgledovati po dobrih praksah v drugih evropskih državah.

Zagotoviti je treba strateško in učinkovito ukrepanje ter delovne pogoje, ki bodo preprečevali izgorelost zdravstvenih delavcev v Sloveniji, ki ogroža zdravje zdravstvenih delavcev, zagotavlja varnost pacientom ter odvrača zaposlitev na obravnavanem področju. Zaposlenim je treba zagotoviti izpopolnjevanja in usposabljanja na področju dela ran, inkontinence in stom.

Skladno s strokovnim napredkom in demografskimi spremembami je treba predvideti nove profile zdravstvenih delavcev. Spremenjeno zdravstveno stanje vezano na staranje slovenske populacije, porast kroničnih bolezni črevesja, porast rakavih obolenj na splošno, porast srčno žilnih bolezni, pojava inkontinence napeljuje na povečano potrebo po uvedbi novih delovnih mest na primarni ravni zdravstvenega varstva v okviru samostojne ambulantne dejavnosti.

Medicinske sestre specialistke in/ali medicinske sestre napredne prakse[[34]](#footnote-33) delujejo na specialnem področju, kjer se prekrivata področji zdravstvene nege in medicine. Naraščanje števila in zahtevnosti obravnav kroničnih bolezni, npr. sladkorne bolezni ter bolezni srca in ožilja, vpliva na izdatke zdravstvenega varstva. Zato je nujno, da v zvezi s tem prepoznamo premik vzorca od zdravljenja akutne bolezni do zdravljenja kronične bolezni. Tega se zavedajo tudi nevladne organizacije, npr. Svetovna zdravstvena organizacija, Mednarodna federacija za sladkorno bolezen itd (Pascal, 2009).

Za ublažitev posledic kadrovskega pomanjkanja bodo z akcijskim načrtom opredeljeni kratkoročni in dolgoročni ukrepi tako za krepitev kadrovskih kompetenc zdravstvenih delavcev pri zagotavljanju ustrezne obravnave kot tudi povezovanje obstoječih kadrovskih struktur oziroma služb ter njihovo dopolnitev. Med dolgoročne ukrepe lahko uvrstimo izobraževanje deficitarnih poklicev in sistemsko vzpostavitev novih formalnih izobraževanj, dodatnih usposabljanj, subspecializacij oziroma specializacij za delo s pacienti z ranami, inkontinenco ali stomo. Med kratkoročne cilje za ublažitev kadrovskega primanjkljaja pa lahko uvrstimo dodatno usposabljanje obstoječih kadrov in ukrepe za povečanje pismenosti splošne populacije o ranah, inkontinenci in stomah.

## 6.1 KADRI USPOSOBLJENI ZA OBRAVNAVO RAN, INKONTINENCe IN STOM

Temelji samostojnega delovanja na področju delovanja medicinskih sester so formalna izobraževanja, ki so bila na podlagi dobrih praks v nekaterih državah22 v Sloveniji vzpostavljena že leta 1993. V Sloveniji se že vrsto let izvajajo tudi izpopolnjevanja za dodatna certificirana specialna znanja z navedenih področij23, prav tako pa se izvaja Šola enterostomalne terapije, ki je priznana s strani Svetovnega združenja enterostomalnih terapevtov – ang. World Council of Enterostomal Therapists (WCET)[[35]](#footnote-34). Program obsega 320 ur, od tega 50 % teoretičnih vsebin in 50 % kliničnega usposabljanja, zaključno diplomsko delo, praktično in pisno preverjanje znanja. Program šole daje poglobljeno znanje s področja zdravstvene nege in obravnave pacienta s stomo, inkontinenco in kronično rano. Izobraževanje je vpisano v register specialnih znanj pri Zbornici-Zvezi. Zaradi potrebe po dodatni usposobljenosti izvajalcev zdravstvene nege je Klinični oddelek za kirurške okužbe v sodelovanju s kliničnim oddelkom za plastično, rekonstrukcijsko in estetsko kirurgijo ter opekline in Kliničnim oddelkom za maksilofacialno kirurgijo UKCL v letu 2020 organiziral 280 urno izobraževanje za pridobitev specialnih znanj iz področja zdravstvene nege in obravnave akutnih in kroničnih ran. Izobraževanje je obsegalo posebna teoretična znanja in praktične veščine, ki jih opredeljuje okvir ravni 6 Evropskega združenja za obravnavo ran (EWMA, Probst et al., 2019). Udeleženci so se morali udeležiti predavanj in vaj ter opraviti teoretični izpit, praktični izpit in napisati pisni izdelek (študijo primera). Do sedaj je izobraževanje zaključilo 33 izvajalcev zdravstvene nege. Izobraževanje je vpisano v register specialnih znanj pri Zbornici-Zvezi.

Pod okriljem UEMS, EAFWH (European association of fellows of wound healing) se izvaja izobraževanje zdravnikov za pridobitev subspecializacije iz kroničnih ran[[36]](#footnote-35). Izobraževanje je sestavljeno iz 9 modulov e-izobraževanja, ki se zaključijo s kolokvijem. Po zaključku se izvedejo predavanja, ki trajajo polne 4 dni ter dvodnevne praktične delavnice o debridmentu in kompresijski terapiji. Udeleženci nato opravijo vmesni izpit. Po zaključku le-tega pa morajo pripraviti 5 opisov obravnave pacientov s kronično rano. Sledi še evropski praktični in teoretični izpit[[37]](#footnote-36). Tovrstno izobraževanje je Slovensko zdravniško društvo potrdilo kot program Posebnih znanj za zdravnike.

Od leta 2004 poteka izobraževanje na temo kroničnih ran v okviru Dermatovenerološke klinike, kjer deluje tudi Center za limfologijo, flebologijo in kronične rane. Izobraževanje poteka v obliki fleboloških šol, ki trenutno obsegajo 9 modulov, in so namenjeni timu zdravnikov in medicinskih sester.[[38]](#footnote-37) Šole so organizirane v obliki enodnevnih predavanj in delavnic za največ 30 udeležencev (in so v postopku certificiranja pri EWMA), organizirani so začetni in obnovitveni tečaji iz flebologije z limfologijo za dermatovenerološke specijalizante ter posebne izpopolnjevalne šole za medicinske sestre, zaposlene na Dermatovenerološki kliniki, s poudarkom na kompresijski terapiji[[39]](#footnote-38).

Na tem mestu je smiselno določiti izhodišča za prenovo tako formalnega kot neformalnega izobraževanja in s tem pridobitev kadrov, ki bodo lahko zagotavljali visoko kakovostno in varno obravnavo oseb z rano, inkontinenco ter stomo.

Na področju inkontinence, ki med ženskami prizadene okrog tretjino odrasle populacije, poglavitno vlogo tako pri preprečevanju kot pri konservativnem zdravljenju igrajo fizioterapevti z dodatnimi znanji motenj funkcij medeničnega dna. Fizioterapevtska obravnava predstavlja esencialni del prvostopenjskega zdravljenja inkontinence in je v Sloveniji trenutno skoncentrirana na nekatere sekundarne ustanove(kot na primer: Ginekološko kliniko UKC LJ, UKC MB in Iatros). Potrebno je zagotoviti zadostno število fizioterapevtov z dodatnimi znanji za enakomerno dostopnost do omenjenih storitev.

## 6.2 MESTA DELOVANJA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV Z DODATNIMI ZNANJI

Zdravstveni domovi so usmerjeni k odprtosti in dinamiki razvoja zdravstvenega varstva. Vsem uporabnikom zdravstvenih storitev želijo zagotavljati kakovosten in pravočasen dostop do zdravstvenih storitev, pacientom z rano, inkontinenco ali stomo pa optimalno in predvsem racionalno visoko kakovostno obravnavo. Dodatna znanja z navedenih področij bistveno pripomorejo k bolj kakovostnemu življenju pacientov z RIS. Na primarni ravni zdravstvene dejavnosti imajo dodatna znanja z navedenih področij najpogosteje patronažne medicinske sestre. Zato se vedno bolj kaže potreba, da se primarna zdravstvena dejavnost okrepi z ustrezno izobraženimi timi, ki bodo dopolnjevali ambulantno dejavnost družinske medicine[[40]](#footnote-39) in predstavljali vez med primarnim, sekundarnim in terciarnem nivojem.

Na primarnem nivoju zdravstvenega varstva obravnava paciente s fekalno ali/in urinsko inkontinenco, tako moške kot ženske, izbrani osebni zdravnik. Poleg tega se z inkontinenco pri ženskah ukvarjajo tudi ginekologi, v ginekoloških ambulantah.

Specialistična ambulantna dejavnost se trenutno izvaja nesistematično saj ni zagotovljenega enakega pristopa. Trenutno nimamo usmerjenih ambulant za obravnavo moške inkontinence, zato bo treba določiti tim in mrežo ambulant. Prav tako je zastopanost diplomiranih medicinskih sester, ki so se izšolale za enterostomalno terapevtko, pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni, izredno različno, saj se kažejo velike razlike v organizaciji dela, ker pogosto opravljajo delo enterostomalnega terapevta, ob ostalem delu na oddelkih, ki nemalokrat vključuje tudi izmensko delo.

Navedeno je prepoznano tudi kot problem v upadu interesa diplomiranih medicinskih sester za izobraževanje v šoli enterostomalne terapije. Dejavnika, ki prav tako negativno vplivata na interes sta določena visokošolska stopnja izobrazbe in vsaj 5 let delovnih izkušenj. Ob tem enterostomalna terapevtka svoje delo opravlja v času rednega delovnika, oziroma izmenskega dela (kjer mora opravljati tudi preostala dela) in je za vse skupaj tudi premalo nagrajena.

Dober primer prakse je na terciarni ravni Svetovalna služba za zdravstveno nego[[41]](#footnote-40), ki ima zaposlene tri enterostomalne terapevtke, ki se ukvarjajo s področjem zdravstvene nege in obravnave ran, inkontinence in stom. V nekaterih bolnišnicah imajo organizirane ambulante, službe oziroma posvetovalnice, kjer imajo zaposlene enterostomalne terapevtke, obseg in problematika dela pa je prepuščena izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Trenutna urejenost ne omogoča enake dostopnosti in enake obravnave, prav tako ni ustreznega sistemskega pristopa.

Poslanstvo lahko uresničujemo z znanjem, zavzetostjo, to je s pomočjo vodil, pot k viziji pa tlakujemo s cilji. Eno izmed glavnih vodil je zadovoljen in najkakovostnejše obravnavan pacient ter zadovoljstvo zaposlenih, ki delajo v urejenem in k sodelovanju naklonjenemu okolju. Pacienti so ključni partnerji v procesu, zato moramo prepoznati njihove potrebe in ponuditi enako dostopnost zdravstvenih storitev vsem, zaposlenim pa omogočiti nove izzive, ki motivirajo in spodbujajo h kreativnemu sodelovanju. Iskati moramo priložnosti za izboljšave v postopkih obravnave, koristnih za pacienta, družbo in celotni zdravstveni sistem. Pomembna je ustvarjalnost, inovativnost, iniciativnost in nujnost sprememb. Pomembno je razvojno delo in se vanj tudi aktivno vključevati.

# 7. RAZISKOVANJE

Področje obravnave kroničnih ran, inkontinence in stom potrebuje poleg preventivnega in kurativnega delovanja tudi raziskovalno dejavnost.

Raziskovalna dejavnost se lahko vrši tako na primarni kot sekundarni ravni, medtem ko je na terciarni ravni raziskovalna dejavnost obveza. Trenutno je raziskovalna dejavnost na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti v RS dokaj bogata, kar dokazuje tudi številnost organiziranih raziskovanj in objav v domači in mednarodni literaturi. Omenjeni trend je potrebno vzdrževati in še nadgraditi, predvsem na terciarnem nivoju zdravstvenega varstva in drugih raziskovalnih institucijah (inštituti, fakultete). Za takšno raziskovalno dejavnost so potrebna tudi dodatna finančna sredstva, ki pa jih same ustanove v obstoječem sistemu delovanja ne morejo priskrbeti.

# 8. VODENJE, KOORDINACIJA IN EVALVACIJA IMPLEMENTACIJE STRATEGIJE TER IZHODIŠČA ZA AKCIJSKI NAČRT

Strategija sistemsko naslavlja izzive in dopolnjuje nacionalne strategije, ki vplivajo na zagotavljanje ustrezne obravnave pacientov z rano, inkontinenco ali stomo. Za učinkovito, gospodarno in kakovostno vodenje, koordinacijo in evalvacijo Strategije ja odgovorno Ministrstvo za zdravje v sodelovanju z:

* Ministrstvom za solidarno prihodnost in drugimi ministrstvi,
* Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
* Nacionalnim inštitutom za javno zdravje,
* Predstavniki lokalne samouprave, izobraževalnih institucij in področnih zbornic.

Za učinkovito vodenje in koordinacijo nacionalne strategije obravnave pacientov z rano, inkontinenco in stomo se bodo poleg izboljšanja (so)delovanja obstoječih vzpostavile tudi nekatere nove strukture.

Kot osrednja nacionalna institucija se je vzpostavil Center za limfologijo, flebologijo in kronične rane na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki omogoča interdisciplinarno obravnavo pacientov z ranami in stomami. Center bo skrbel za usklajen razvoj stroke in raziskovalno dejavnost ter za strokovno ustrezno uresničevanje nacionalne strategije, vključno z evalvacijami posameznih ukrepov. Na podlagi podatkov in raziskav bo Center za limfologijo, flebologijo in kronične rane pripravljal strokovne ocene in predloge za politične odločevalce na področju obvladovanja ran in stom. Delo nacionalnega centra bo podpirala mreža tako imenovanih regijskih centrov, ki bodo delovali v zdravstvenih regijah ter tako omogočili prebivalcem ustrezno diagnostiko in obravnavo v bližini njihovega doma. Center za limfologijo, flebologijo in kronične rane ter regijski centri se bodo povezovali z drugimi službami, zlasti s področja, družinske medicine, kirurškimi, gastroenterološkimi, abdominalnimi, dermatološkimi, diabetološkimi službami, saj ne gre za prenos obstoječih dejavnosti, ampak gre za vzpostavitev dodatnih struktur in bodo zagotavljale povezanost obstoječih že vzpostavljenih struktur.

Strategija z akcijskim načrtom opredeli konkretne ukrepe, nosilce in izvajalce ukrepov, časovnico, finančni vir in kazalnike, s katerimi se bo vsako leto izvajala redna evalvacija implementacije, najmanj vsakih pet let se bo izvedla tudi eksterna evalvacija implementacije Strategije. Akcijski načrti se pripravijo za obdobje od dve do pet let in so priloga Strategije. Prvi akcijski načrt se pripravi za obdobje dveh let in se sprejme istočasno kot Strategija.

# 9 PREDNOSTI, SLABOSTI PRILOŽNOSTI OVIRE

## 9.1.PREDNOSTI

### 9.1.1 Na sistemski ravni

* Lokalna podpora
  + podpora občin,
  + povezovanje v regiji,
  + sodelovanje interesnih skupin,
  + obravnavo izvajajo usposobljeni zdravstveni delavci, ki so v okolju prepoznani kot ključni za obravnavo pacientov s kronično rano, inkontinenco in stomo,
  + v postavljene sisteme so uporabniku na voljo specialne zdravstvene storitve,
  + usposobljen izvajalec storitev na primarni ravni.

### 9.1.2 Na ravni izvajalcev

* Dostopnost do usposobljenih zdravstvenih delavcev,
* zdravstvena praksa osnovana na znanstvenih dokazih,
* inovativni pristopi, razvoj novih tehnologij.

### 9.1.3 Na ravni uporabnika

* Potrebe uporabnikov,
* aktiven partner v procesu obravnave,
* visoko zaupanje uporabnikov.

## 9.2 SLABOSTI

### 9.2.1 Na sistemski ravni ni

* celovite analize stanja (obolevnost) in načrtovanja dejavnosti v skladu s potrebami,
* vzpostavljenih kazalnikov kakovosti in varnosti,
* strokovnih smernic in kliničnih poti ali standardov obravnave
* neustrezne oz. pomanjkljive pravne podlage, ki zavirajo razvoj različnih organizacijskih oblik in dejanskega prilagajanja uporabniku,
* ustreznih finančnih spodbud za razvoj novih programov in inovativnih praks,
* ustreznega pravočasnega načrtovanja odpusta oziroma predaje pacientov iz bolnišnic,
* preventivnih programov.

### 9.2.2 Na ravni izvajalcev ni

* sistemizacije delovnih mest in zadostnega števila usposobljenih zdravstvenih delavcev,
* konkurence,
* ustrezne infrastrukture.

### 9.2.3 Na ravni uporabnika

* potrebe posameznih pacientov po storitvah obravnave so večje kot jih sedanji standard v sistemu plačevanja omogoča,
* neenaka dostopnost do storitev za uporabnike - storitev ni povsod enako dostopna,
* nezadostno povečevanje kadrovskih virov izvajalcev v skladu s potrebami.

## 9.3 PRILOŽNOSTI

### 9.3.1 Na sistemski ravni

* ureditev izobraževanj za področje ran, inkontinence in stom,
* lokalni skupnosti in lokalni politiki je treba ponuditi možnost, da prepozna potrebo po organizirani ureditvi pomoči pacientom s kronično rano, inkontinenco in stomo ,
* pri organizaciji na lokalni ravni je treba pripraviti in upoštevati analizo stanja in potencialnih potreb pacientov,
* pripraviti ustreznejši način financiranja storitev,
* zagotoviti več finančnih spodbud za vpeljavo novih programov in pripravo preventivnih programov.

### 9.3.2 Na ravni izvajalca

* vzpostaviti povezovanje, sodelovanje in komunikacijo med izvajalci - utrditi delovanje mreže,
* opredeliti time v ambulanti za kronično rano, inkontinenco in stome (upoštevati število prebivalcev oz. pacientov na število usposobljenih zdravstvenih delavcev z upoštevanjem regionalne razpršenosti območja).

## 9.4 OVIRE

### 9.4.1 Na sistemski ravni

* zagotoviti zadostno število zdravstvenih delavcev z ustreznimi znanji s področja kroničnih ran, inkontinence in stom,
* ustrezno ovrednotiti potrebe po zdravstvenih delavcih,
* za izvajanje dejavnosti obravnave pacientov s kronično rano, inkontinenco in stomo ni zagotovljenih ustreznih zakonskih podlag.
* na ravni države niso opredeljeni načini financiranja, mreža, nadzor in okvirji organiziranosti.
* ni ustrezne podpore in interesa občin,
* različna geografska razpršenost posameznih občin,
* premajhna podpora pri financiranju programov, ki bi omogočali ljudem do bolj kakovostne obravnave na področju kronične rane, inkontinence in stome,
* ključno je določiti strokovne smernice, kompetence poklicev, temu naj sledi financiranje storitev

### 9.4.2 Na ravni izvajalcev

* ni strokovnih in finančnih spodbud za dodatno izobraževanje,
* pomanjkanje ustrezno usposobljenega zdravstvenega kadra.

### 9.4.3 Na ravni uporabnika

* enak dostop vseh uporabnikov do učinkovite in kakovostne obravnave kronične rane, inkontinence in stome.

# 10 POJMOVNIK

**Obravnava** je skupek storitev, ki jih pacientu zagotavljajo zdravstveni delavci in/ali zdravstveni sodelavci izvajalca v okviru enega ali več stikov, v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost. V procesu obravnave izvajalec naroča, načrtuje in izvaja zdravstvene storitve za pacienta glede na njegovo zdravstveno stanje v okviru enote, ki opravlja posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti.

**Izvajalci zdravstvene dejavnosti** so vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti, javni in zasebni, na primarni, sekundarni in terciarni ravni, ki imajo dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti ali odločbo o vpisu v register zasebnih zdravstvenih delavcev, ki ju izda Ministrstvo za zdravje.

**Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci** opravljajo zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi. Pri opravljanju svojega dela morajo obravnavati vse ljudi pod enakimi pogoji na enak način in spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice. Edino merilo prednosti je nujnost zdravstvenega posega.

**Nacionalna zbirka podatkov** je sklop zbirke podatkov in dokumentov, medsebojnih sklicevanj na dokumente in sistema za razvrščanje, iskanje in urejanje podatkov v zbirki. Podatkovna zbirka v vsakdanjem pogovoru zbirka pomeni računalniški sistem za hrambo podatkov. Zbirke podatkov se vzpostavijo zaradi potrebe po hitrem dostopu do informacij, saj hramba podatkov iz preteklosti omogoča premišljeno odločanje o prihodnosti.

**Opolnomočenje** pacientov odraža sposobnost pacientov in okolja v katerem bivajo, da s svojim življenjskim slogom in delovanjem pozitivno vplivajo na svoje zdravje in zdravje skupnosti ter izboljšajo svoj standard kljub omejitvam, ki jih prinese kronična bolezen. Opolnomočenje kot slovenski izraz se je začel pojavljati na podlagi angleškega termina, ki pomeni krepitev moči/vloge posameznika, kar je navadno povezano z večjo odgovornostjo za sprejemanje odločitev. Izraz, poimenuje krepitev vloge posameznika pri soodločanju o pomembnih vprašanjih, v angleščini »empowerment« oz. nemškega pojma »bevollmächtigen«, kjer se pojavljata dva slovenska ustreznika, in sicer opolnomočenje ter krepitev moči.

**Pacient** je bolnik ali drug uporabnik zdravstvenih storitev v odnosu do zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev oziroma izvajalcev zdravstvene dejavnosti ne glede na svoje zdravstveno stanje.

# LITERATURA

1. Åsa H. Everhov, Thordis Disa Kalman, Jonas Söderling, Caroline Nordenvall, Jonas Halfvarson, Anders Ekbom, Jonas F. Ludvigsson, Ola Olén, MD, and Pär Myrelid, 2022. Probability of Stoma in Incident Patients With Crohn’s Disease in Sweden 2003-2019: A Population-based Study. Inflammatory Bowel Diseases, 2022, 28, 1160–1168 Dostopno na: <https://doi.org/10.1093/ibd/izab245> in <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9340520/pdf/izab245.pdf>[15.10.2023]
2. American Medical Directors Association. (2012). Urinary incontinence in the long term care setting. Pridobljeno 22. maja: <https://www.guidelinecentral.com/summaries/urinary-incontinence-inthe-long-term-care-setting/#section-society>
3. Barshes NR et al. The system of care for the diabetic foot: objectives, outcomes, and opportunities. Diabet Foot Ankle. 2013 Oct 10;4.
4. Batas R., 2017. Uvod – pomen in vloga enterostomalne terapije. V: Batas R: 30 let delovanja Sekcije medicinskih sester v enterostomalni terapiji v Sloveniji. Monografija ob 30. obletnici (1987 – 2017). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji).
5. Beeckman D et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinenceassociated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015. Available to download from: [www.woundsinternational.com](http://www.woundsinternational.com) dostop: 16.10.2023
6. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN Guideline ESPEN Guideline on Home Enteral Nutrition. (2019). Available online at: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.04>.022 (15.10.2023).
7. Blaganje M. Terapevtski algoritem: vabljeno predavanje. In: Obravnava bolnikov z urinsko inkontinenco in predstavitev smernic za obravnavo bolnikov z urinsko inkontinenco. 31.3.2016; Ljubljana, Slovenija, 2016.
8. Braveman P, Gruskin S (april 2003). [»Defining equity in health«](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732430). *Journal of Epidemiology and Community Health*. **57** (4): 254–8.
9. Burch J., 2008. Stoma care. Blackwell Publishing: 2008, pp. 1–8. Available at: https://goo.gl/uvhrJe [05.09.2017]. <https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=oYg1t5a-RdoC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Burch+J.,+2008.+Stoma+care.+&ots=ZCOwk1mboY&sig=K-_1f0LsNn241yvPVZDKxeN0U0w&redir_esc=y#v=onepage&q=Burch%20J.%2C%202008.%20Stoma%20care.&f=false> [29.08.2023]
10. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. 2018, Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (CCC).
11. D’Ambrosio, F.; Pappalardo, C.; Scardigno, A.; Maida, A.; Ricciardi, R.; Calabrò, G.E. Peristomal Skin Complications in Ileostomy and Colostomy Patients: What We Need to Know from a Public Health Perspective. Int. J. Environ. Res. Public Health 2023, 20, 79. https://doi.org/10.3390/ ijerph20010079 Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9819694/pdf/ijerph-20-00079.pdf>
12. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2023. ISBN 978-94-92671-19-6.
13. Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W., Comber, H., ... Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. European Journal of Cancer, 49(6), 1374–1403. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2012.12.027>[15.10.2023]
14. Folwarski M, Klek S, Brzezin´ ski M, Szlagatys-Sidorkiewicz A, Wyszomirski A, Meyer-Szary J and Skonieczna-Z˙ ydecka K (2022) Prevalence and Trends in Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Placement: Results From a 10-Year, Nationwide Analysis. Front. Nutr. 9:906409. doi: 10.3389/fnut.2022.906409
15. Frangeš A. Kakovostno življenje bolnika s črevesno stomo. Zbornik predavanj sekcije medicinskih sester za zdravstveno nego stom. Portorož, 2000
16. Franko, A. & Fakin, S., 2009. Analiza potrebnih količin za nego kroničnih ran s sodobnimi oblogami. In: Smrke, DM ., et al., eds. Metode sodobnega zdravljenja, IV. Konferenca o ranah z mednarodno udeležbo -zbornik predavanj Klinični oddelek za kirurške okužbe, SPS Kirurška klinika. Klinični center Ljubljana; Portorož, 23.–24. april 2009, pp. 59–63.
17. Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence—A UEG/ESCP/ESNM/ESPCG collaboration. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ueg2.12213>.
18. Giulia Villa, Duilio F. Manara, Tommaso Brancato, Gennaro Rocco, Alessandro Stievano, Ercole Vellone, Rosaria Alvaro, Life with a urostomy: A phenomenological study, Applied Nursing Research,. Volume 39, 2018, Pages 46-52 . Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.005>[15.10.2023]
19. GLOBOCAN (2016). Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Retrieved from: [https://globocan.iarc.fr.](https://globocan.iarc.fr./) [15.10.2023]
20. Goodwin, N., Stein, V., Amelung, V. (2021). What is Integrated Care?. In: Amelung, V., Stein, V., Suter, E., Goodwin, N., Nolte, E., Balicer, R. (eds) Handbook Integrated Care. Springer, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-69262-9_1> [29.08.2023]
21. Gorjup, P., 2022. HRANJENJE PACIENTA PO GASTROSTOMI IN JEJUNOSTOMI. Vloga enterostomalne terapije v zdravstvenem sistemu – oskrba ran, stom ter kontinenca. In: Batas, R. (ur.). Zbornik prispevkov z recenzijo [Elektronski vir] / Strokovno srecanje Vloga enterostomalne terapije v zdravstvenem sistemu – oskrba ran, stom ter kontinenca<https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/05/VLOGA-ENTEROSTOMALNE-TERAPIJE-V-ZDRAVSTVENEM-SISTEMU-oskrba-ran-stom-ter-kontinenca-1.pdf>, Zreče, 22. - 23. April 2022; El. knjiga. - Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, p.p.92-99. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/05/VLOGA-ENTEROSTOMALNE-TERAPIJE-V-ZDRAVSTVENEM-SISTEMU-oskrba-ran-stom-ter-kontinenca-1.pdf> [29.08.2023]
22. Gray, Mikel; Giuliano, Karen K.. Incontinence-Associated Dermatitis, Characteristics and Relationship to Pressure Injury: A Multisite Epidemiologic Analysis. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing 45(1):p 63-67, January/February 2018. | DOI: 10.1097/WON.0000000000000390
23. Gribovskaja-Rupp I, Melton GB. Enterocutaneous Fistula: Proven Strategies and Updates. Clin Colon Rectal Surg. 2016 Jun;29(2):130-7. doi: 10.1055/s-0036-1580732. PMID: 27247538; PMCID: PMC4882173.
24. Grosek, J., 2021. ČREVESNE STOME. Tečaj kirurških tehnik v abdominalni kirurgiji : zbornik predavanj / Podiplomski tečaj iz kirurgije, 21.-22. oktober 2021 ; [uredniki Aleš Tomažič, Jan Grosek, Miha Petrič]. - Ljubljana : Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center ; Ljubljana : Slovensko združenje za endoskopsko kirurgijo, 2021 Dostopno na: <https://www.zeks.si/zborniki-predavanj-podiplomskih-tecajev-kirurgije/> [29.08.2023]
25. Guest, J. F., Fuller, G. W., & Vowden, P. (2020). Cohort study evaluating the burden of wounds to the UK's National Health Service in 2017/2018: update from 2012/2013. BMJ open, 10(12), e045253. <https://doi>.org/10.1136/bmjopen-2020-045253 dostop 3.10.2023
26. Haack, C.I., Galloway, J.R. & Srinivasan, J. Enterocutaneous Fistulas: A Look at Causes and Management. *Curr Surg Rep* **2**, 71 (2014). <https://doi.org/10.1007/s40137-014-0071-0> [29.08.2023]
27. Incidenčna stopnja raka debelega črevesja in danke, Dostopno na: <https://obcine.nijz.si/kazalniki/K4.15>[15.10.2023]
28. International Council of Nurses. GUIDELINES ON ADVANCED PRACTICE NURSING, 2020. Available at: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\_APN%20Report\_EN\_WEB.pdf in <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/05/Smernice-o-napredni-zdravstveni-negi-2020.pdf> [29.08.2023]
29. Jelen, A. (2013). Prevalenca razjede zaradi pritiska v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana - presečna študija = Pressure ulcer prevalence in the University medical centre Ljubljana - cross-sectional study [[A. Jelen]]. https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=72500
30. Kadivec, S. (2000). Preprečevanje razjed zaradi pritiska - aktivnost zagotavljanja kakovosti na kliniki za pljučne bolezni in alergijo golnik. Obzornik Zdravstvene Nege, 34(1/2), 63–66. Pridobljeno od https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2309
31. Kadivec S., Kramar Z., 2011. Specializacije in specialna znanja kot odziv na strokovne in razvojne prioritete v zdravstveni negi v Strategiji razvoja zdravstvene nege in v sistemu zdravstvenega varstva. V: Skela Savič B in sod. Moja kariera-Quo vadis: Specializacije v zdravstveni negi-partnerstvo med zdravstveno nego in medicino: 4. posvet z mednarodno udeležbo, Ljubljana. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 93-97.
32. Drobne D, Drnovšek J. Kronična vnetna črevesna bolezen – Ulcerozni kolitis in Crohnova bolezen. V: Košnik M, Štajer D, Jug B, Kocjan T, Koželj M (Ur). *Interna medicina*. 6. izd. Ljubljana: Medicinska fakulteta: Buča, 2022: Str 595-602. 1 optični disk (DVD-ROM), ilustr. ISBN 978-961-267-207-2. [COBISS.SI-ID [96917251](https://plus.cobiss.net/cobiss/si/sl/bib/96917251)]
33. Kramar Z., 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu. : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/03/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu_prirocnik.pdf> [29.08.2023]
34. Kravos, A., 2019. Posledice zdravljenja raka grla. Med Razgl. 2019; 58 (2): 159–66. Dostopno na: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-GY5SXA5S/bae12b66-ccfd-4025-a9d9-a84a3ebdfb27/PDF>
35. Krenčnik, T. , et al., 2022.Kronična vnetna črevesna bolezen v zelo zgodnjem otroštvu. MARIBORSKI dan KVČB (5 ; 2022 ; Maribor) 5. mariborski dan KVČB [Elektronski vir] : 25. november 2022, Maribor / [urednik Andrej Zafošnik]. - E-zbornik. - Maribor : Univerzitetni klinični center, 2022 Dostopno na: <https://www.ukc-mb.si/media/files/uploads/zborniki/UKC_KVCB_2022_BILTEN_1.pdf>[15.10.2023]
36. Lukanović, Blagajne M, Barbić M. Algoritem zdravljenja urinske inkontinence. Zdrav Vestn. 2021;90(5-6):275-87.
37. Luksemburška deklaracija, 5. april 2005, Svet EU - odbor ministrov - Priporočilo Rec (2006) 7, Priporočila Sveta 9. junij 2009.
38. Majcen Dvoršak S., 2016. Sistemizacija delovnega mesta enterostomalnega terapevta v bolnišnici. Diplomsko delo. Fakulteta za organizacijske vede, Univerza v Mariboru.
39. Martinengo, L., Olsson, M., Bajpai, R., Soljak, M., Upton, Z., Schmidtchen, A., Car, J., & Järbrink, K. (2019). Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. Annals of epidemiology, 29, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.10.005>. dostop: 3.10.2023
40. McDaniel, C., Ratnani, I., Saher, F., Abid, M. H., in Surani, S. (2020). Urinary Incontinence in Older Adults Takes Collaborative Nursing. Efforts to Improve. Cureus:12(7).ž
41. Moossdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J. 2021 Jul;32(7):1633-1652. doi: 10.1007/s00192-020-04636-3. Epub 2021 Jan 13. PMID: 33439277; PMCID: PMC8295103.
42. Musa, M. K., Saga, Susan, Blekken, L. E., Harris, R., Goodman, C., in Norton, C. (2019). The Prevalence, Incidence, and Correlates of Fecal Incontinence Among Older People Residing in Care Homes: A Systematic Review. JAMDA:20(8)
43. Oliverio J., Gero E., Whitacre K.L., Rankin J., 2016.Wound Care Algorithm: Diagnosis and Treatment. Adv Skin Wound Care;29(2): str.65–72.
44. <https://mnz.sharepoint.com/:w:/r/sites/OSKRBARANINKONTINENCEINSTOM/Shared%20Documents/General/Strategija%20razvoja%20-%20OSKRBA%20PACIENTOV%20S%20KRONI%C4%8CNO%20RANO_Verzija%202023-5_LP%20-%20V%20TO%20VSTAVI%20PRIPOMBE%20(1).docx?d=wdcecc25257554d65af625221a13170a4&csf=1&web=1&e=amaFrG&nav=eyJjIjoxNzA1MDk5NjkxfQ%3D%3D>
45. Pađen, L., Griffiths, J., & Cullum, N. (2019). A cross-sectional survey of patients with open surgical wounds in Slovenia. Health & social care in the community, 27(4), e213–e222. https://doi.org/10.1111/hsc.12700
46. Pascal R., 2009. Klinične specializacije - medicinske sestre specialistke v Evropi. V: Majcen Dvoršak in sod. Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč. El. Knjiga, 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
47. Perry, S., Shaw, C., McGrother, C., Matthews, R. J., Assassa, R. .., Dallosso, H., in Williams, K. (2002). Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. Gut:50.
48. Probst S, Holloway S, Rowan S, Pokorna A (2019). WOund Curriculum for Nurses: Post-registration qualification wound management – European qualification framework level 6. Journal of Wound Care 28(2a).
49. Petrič, D. & Žerdin, M., 2013. Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji. Področji ambulante splošne oziroma družinske medicine (SADM) in pediatrije na primarni ravni (PED). Direktorat za zdravstveno varstvo. p. 1. Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Javna-mreza-primarne-zdravstvene-dejavnosti-v-Republiki-Sloveniji.pdf> [29.08.2023]
50. Poplas Susič T.,Marušič D., 2012. Referenčne ambulante – ali so sposobne dosegati postavljene cilje? Medicinski razgledi 1 (51): 118.
51. Priročnik o kazalnikih kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih / [avtorji Luka Gorup ... et al.]. - Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2021 Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Prirocnik-o-kazalnikih-kakovosti.pdf> [29.08.2023]
52. Rak v Sloveniji 2020 / Cancer in Slovenia 2020. Dostopno na: <https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/rrs/lp/letno_porocilo_2020.pdf>[15.10.2023]
53. Resolucijo nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja" (Uradni list RS, št. 25/16)
54. Savič B.S, Klemenc D., 2011. Opredelitev izobraževanja v Strategiji razvoja zdravstvene nege in v sistemu zdravstvenega varstva v RS za obdobje od 2011 do 2020. V: Skela Savič B in sod. Moja kariera-Quo vadis: Specializacije v zdravstveni negi-partnerstvo med zdravstveno nego in medicino: 4. posvet z mednarodno udeležbo, Ljubljana. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 20-33.
55. Savič, B.S, 2007: Kontinuirana zdravstvena obravnava – izzivsodobnega menedžmenta bolnišničnezdravstvene nege. Obzor Zdr N 2007; 41; Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2613/2546> [29.08.2023]
56. Savič B.S. Kontinuirana zdravstvena nega. 33. Strokovni seminar »Med bolnišnico in domom« Zbornik predavanj: Rogla; 2006. 28.- 29. Sept.
57. Schaper N, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus S, Hinchliffe R (ur); Urbančič Rovan V (ur. slovenske izdaje). IWGDF smernice za preprečevanje in zdravljenje diabetične noge. Ljubljana: Združenje endokrinologov Slovenije: Društvo EdMed, 2020. Dostopno na <https://endodiab.si/wp-content/uploads/2020/04/IWGDF-Smernice_final_pages_splet.pdf> [29.08.2023]
58. Skuk, E., in Blagjne, M. (2020). Urinska inkontinenca pri ženski: pregled področja: FEMALE URINARY INCONTINENCE: A COMPREHENSIVE OVERVIEW. Javno zdravje; 12: 1-18 www.nijz.si/revijajavnozdravje 10.26318/JZ-2020-12 1 a, (dostop 5. 10. 2023)
59. Strokovna priporočila za izbiro in predpisovanje medicinskih pripomočkov za paciente z izločalnimi stomami in enterokutanimi fistulami. Z<https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/10/STROKOVNA-PRIPOROCILA-ZA-IZBIRO-IN-PREDPISOVANJE-MEDICINSKIH-PRIPOMOCKOV-ZA-PACIENTE-Z-IZLOCALNIMI-STOMAMI-IN-ENTEROKUTANIMI-FISTULAMI_spletna-verzija_final_compressed-2.pdf>bornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji. 2021. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/10/STR-PRIPOROCILA_spletna_FINAL_4-10-2021.pdf> [29.08.2023]
60. Šubic J. Življenje z gastrostomo, Klinični center Available at: <https://www.kclj.si/dokumenti/00027a-0003aa.pdf> [29.08.2023]
61. Tičar, Z., Čuček, I., Frangež, I., et al., (2022) Standardni postopki oskrbe akutne in kronične rane, Ministrstvo za zdravje. Ljubljana. Available at: <https://www.gov.si/teme/smernice-za-izvajanje-zdravstvene-dejavnosti/> [29.10.2023]
62. [The MDGs and equity](https://web.archive.org/web/20100515181557/http://www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=4751&title=millennium-development-goals-equity-development) (poročilo). Overseas Development Institute. 2010. Arhivirano iz [prvotnega spletišča](http://www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=4751&title=millennium-development-goals-equity-development) dne 15. maja 2010. Pridobljeno 25. oktobra 2022.
63. Urbančič, J., 2013. TRAHEOTOMIJA IN LARINGEKTOMIJA. Zbornik prispevkov z recenzijo / Strokovno srečanje Traheostoma v vseh življenjskih obdobjih, Ljubljana, 31. januar 2013 ; organizator Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji [in] Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v otorinolaringologiji ; [urednici Tamara Štemberger Kolnik, Suzana Majcen Dvoršak]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji : Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v otorinolaringologiji, 2013. P.P. 10-12. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/2013_Traheostoma_v_vseh_zivljenjskih_obdobjih.pdf> [29.08.2023]
64. Urbančič Rovan V, Koselj M, Triller C (ur). *Oskrba diabetičnega stopala : priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. 3. izd. Ljubljana: Združenje endokrinologov Slovenije pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2008.
65. Urwin, S., Dumville, J. C., Sutton, M., & Cullum, N. (2022). Health service costs of treating venous leg ulcers in the UK: evidence from a cross-sectional survey based in the north west of England. BMJ open, 12(1), e056790. [https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056790 dostop 3](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056790%20dostop%203). 10. 2023
66. Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a).
67. Vizija primarnega zdravstvenega varstva v 21. stoletju zagotavlja utemeljitev in temelj deklaracije iz Astane, ki se še naprej politično osredotoča na pravico do integrirane, kakovostne, osebne in populacijske primarne ; Deklaracija iz Astane – available at: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> in
68. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf> [29.08.2023]
69. Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS).
70. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD in 64/17)
71. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ in 64/17 – ZZDej-K)
72. Zavrl Džananović D., 2019. Patronažna zdravstvena dejavnost v Sloveniji - pet let kasneje. Primerjalna analiza o delu patronažnega zdravstvenega varstva 2013-2017. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Ljubljana.
73. Zavrl Džananović, 2022. 10 LET PATRONAŽNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA SLOVENIJE (primerjalna analiza). Zavrl Džananović, 2022. Ljubljana. Available at: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/03/analiza_pzv_2012_2021-1.pdf> [29.08.2023]
74. Zavrl Džananović, 2021. PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO SLOVENIJE ZAPOSLENI IN ANALIZA OPRAVLJENEGA DELA. Letna publikacija 2019/2020. Ljubljana, 2021. Available at: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/03/patronazno_zdravstveno_varstvo_slovenije_2020.pdf> [29.08.2023]
75. Zbornica – Zveza, 2018. PRAVILNIK O NACIONALNEM REGISTRU SPECIALNIH ZNANJ V DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2023/03/Pravilnik-o-nacionalnem-registru-specialnih-znanj-v-dejavnosti-ZBN-za-objavo-06032023.pdf> [29.08.2023]
76. WHO. (2017). ICOPE guidelines – World Health Organization: Evidence profile: urinary incontinence. Pridobljeno 13. maja 2021 s <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/evidencecentre/ICOPE-evidence-profile-urinary-incont.pdf> [29.08.2023]

# PRILOGE

## priloga št. 1: Število pacientov, ki so v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja prejeli medicinski pripomoček pri bolezenski inkontinenci urina in/ali blata

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pripomočki pri težavah z odvajanjem seča | | | | |  |
| Leto | Število vseh pacientov | Indeks | Število pacientov nad 65 let | Indeks | % št. pacientov nad 65 let |
| 2005 | 58.445 |  | 46.784 |  |  |
| 2006 | 61.347 | 104,97 | 49.473 | 105,75 | 80,64% |
| 2007 | 63.940 | 104,23 | 51.820 | 104,74 | 81,04% |
| 2008 | 67.373 | 105,37 | 54.734 | 105,62 | 81,24% |
| 2009 | 69.812 | 103,62 | 56.924 | 104,00 | 81,54% |
| 2010 | 71.741 | 102,76 | 58.554 | 102,86 | 81,62% |
| 2011 | 72.768 | 101,43 | 59.797 | 102,12 | 82,17% |
| 2012 | 73.807 | 101,43 | 60.818 | 101,71 | 82,40% |
| 2013 | 75.477 | 102,26 | 62.483 | 102,74 | 82,78% |
| 2014 | 77.790 | 103,06 | 64.657 | 103,48 | 83,12% |
| 2015 | 80.545 | 103,54 | 67.303 | 104,09 | 83,56% |
| 2016 | 82.743 | 102,73 | 69.415 | 103,14 | 83,89% |
| 2017 | 85.074 | 102,82 | 71.767 | 103,39 | 84,36% |
| 2018 | 86.081 | 101,18 | 73.001 | 101,72 | 84,81% |
| 2019 | 86.969 | 101,03 | 74.195 | 101,64 | 85,31% |
| 2020 | 87.665 | 100,80 | 75.346 | 101,55 | 85,95% |
| 2021 | 87.474 | 99,78 | 75.092 | 99,66 | 85,84% |
| 2022 | 90.943 | 103,97 | 78.251 | 104,21 | 86,04% |

Vir: ZZZS, aplikacija MP, Ljubljana, 12.5.2023

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Število oseb, ki uporabljajo medicinski pripomoček za obravnavo izločalne stome |  |  | |
| Medicinski pripomočki pri kolostomi, ileostomi in urostomi    |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Leto** | **Število vseh oseb** | **Indeks** | **Število oseb nad 65 let** | **Indeks** | **% št. oseb nad 65 let** | | 2005 | 2.323 |  | 1.541 |  |  | | 2006 | 2.522 | 108,57 | 1.660 | 107,72 | 65,82% | | 2007 | 2.579 | 102,26 | 1.724 | 103,86 | 66,85% | | 2008 | 2.642 | 102,44 | 1.748 | 101,39 | 66,16% | | 2009 | 2.841 | 107,53 | 1.891 | 108,18 | 66,56% | | 2010 | 3.021 | 106,34 | 1.987 | 105,08 | 65,77% | | 2011 | 3.114 | 103,08 | 2.053 | 103,32 | 65,93% | | 2012 | 3.284 | 105,46 | 2.181 | 106,23 | 66,41% | | 2013 | 3.357 | 102,22 | 2.204 | 101,05 | 65,65% | | 2014 | 3.408 | 101,52 | 2.289 | 103,86 | 67,17% | | 2015 | 3.503 | 102,79 | 2.411 | 105,33 | 68,83% | | 2016 | 3.530 | 100,77 | 2.457 | 101,91 | 69,60% | | 2017 | 3.619 | 102,52 | 2.535 | 103,17 | 70,05% | | 2018 | 3.727 | 102,98 | 2.623 | 103,47 | 70,38% | | 2019 | 3.728 | 100,03 | 2.645 | 100,84 | 70,95% | | 2020 | 3.780 | 101,39 | 2.721 | 102,87 | 71,98% | | 2021 | 3.853 | 101,93 | 2.755 | 101,25 | 71,50% | | 2022 | 3.904 | 101,32 | 2.807 | 101,89 | 71,90% |   **Vir: ZZZS, aplikacija MP , Ljubljana, 12.5.2023** | | |  | |
|  | | |  | |

MP za oskrbo izločalne stome je leta 2017 prejelo:

* Za nego urostome 748 oseb
* Zaprte vrečke za nego kolostome 1800 oseb
* Vrečke z izpusotm nego ileostome in kolostome 1642 oseb
* Pripomočki za nego traheostome 648 oseb
* Pripomočki za hranjenje po gastrostomi. Nasogastrični sondi ali jejunostomi 496 oseb

**Skupaj 5334 oseb**

1. Kronične rane mešanih etiologij (n = 3) so pokazale skupno razširjenost 2,21 na 1000 prebivalcev, pri kroničnih razjedah na nogah (n = 9) pa je bila razširjenost ocenjena na 1,51 na 1000 prebivalcev (Martinengo et al., 2019). [↑](#footnote-ref-1)
2. Povprečna (utežena) prevalenca na podlagi 44 vključenih študij, ki so vključevale skupno 88.305 žensk, je bila 41,0 % (razpon 9–75 %). Stresna urinska inkontinenca (63 %) je najpogostejši tip UI; 26 % žensk je poročalo o dnevni izgubi, 40 % pa o mesečni izgubi. Motnjo so ocenili kot blago do zmerno (Moossdorff-Steinhauser et al., 2021). [↑](#footnote-ref-2)
3. Med zabeleženo razjedo venskih razjed (primarno in neprimarno) je bila izpeljana točkovna razširjenost 3,2 na 10 000 prebivalcev in podana ocena, da letna razširjenost ne more biti večja od 82,4 na 10 000 prebivalcev. Ocenjeni nacionalni stroški zdravljenja venskih razjede znašali 102 milijona funtov, letni stroški na osebo pa 4787,70 GBP (Urwin et al., 2022). [↑](#footnote-ref-3)
4. Letna razširjenost ran se je med leti 2012/2013 in 2017/2018 povečala za 71 %. V tem obdobju se je poraba virov in stroški obravnave pacientov realno povečala za 48 %. (Guest, Fuller, & Vowden, 2020). [↑](#footnote-ref-4)
5. Luksemburška deklaracija, 5. april 2005, Svet EU - odbor ministrov - Priporočilo Rec (2006) 7, Priporočila Sveta 9. junij 2009. Vizija primarnega zdravstvenega varstva v 21. stoletju zagotavlja utemeljitev in temelj deklaracije iz Astane, ki se še naprej politično osredotoča na pravico do integrirane, kakovostne, osebne in populacijske primarne obravnave; Deklaracija iz Astane – available at: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

   <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [↑](#footnote-ref-5)
6. Tičar, Z., Čuček, I., Frangež, I., et al., (2022) Standardni postopki oskrbe akutne in kronične rane. [↑](#footnote-ref-6)
7. Splošna deklaracija človekovih pravic. Uradni list RS, št. 24/2018 z dne 13. 4. 2018. [↑](#footnote-ref-7)
8. [↑](#endnote-ref-1)
9. Univerzalna dostopnost do zdravstvenega varstva (UDZV) je visoko na prednostni lestvici svetovne zdravstvene politike že od leta 1948 in vključena v agendo Zdravja za vse (Health for All – HFA), opredeljeno v listini iz Alma Ate leta 1978. UDZV je tudi tista, ki je v presečišču vseh trajnostnih razvojnih ciljev (Sustainable Development Goals – SDGs), ki so povezani z zdravjem, prinaša upanje za boljše zdravje in zaščito za najbolj revne skupine prebivalcev sveta, [Kakovost, varnost in dostopnost zdravstvenega varstva | GOV.SI](https://www.gov.si/podrocja/zdravje/dostopnost-in-varnost-zdravstvenega-varstva/) [↑](#footnote-ref-8)
10. Na podlagi mednarodno uveljavljenih elektronskih zapisov pacientov, kot je npr.: baza podatkov Mreže za izboljšanje zdravja (THIN (Guest, J. F., Fuller, G. W., & Vowden, P., 2020))- delovna skupina pripravi nabor podatkov za e-sistem. [↑](#footnote-ref-9)
11. (D’Ambrosio et.al, 2023) [↑](#footnote-ref-10)
12. Razliko med multidisciplinarnim in interdisciplinarnim pristopom, ki je nujen predpogoj za izvajanje integrirane obravnave pojasnjuje Barshes s sodelavci (2013). [↑](#footnote-ref-11)
13. Kramar, Z., Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2022 Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/03/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu_prirocnik.pdf> [↑](#footnote-ref-12)
14. V obsežni ameriški raziskavi na populaciji 71.812 posameznikov je 14,4 % anketiranih poročalo o inkontinenci blata (Menees, Almario, Spiege, & Chey (2018). Prevalence of and Factors

    Associated With Fecal Incontinence: Results From a Population-Based Survey.

    Gastroenterology:154(6)). [↑](#footnote-ref-13)
15. Po podatkih ZZZS naj bi v Republiki Sloveniji v letu 2020 najmanj en medicinski pripomoček za obvladovanje inkontinence prejelo več kot 87.000 zavarovanih oseb (ZZZS, 2020). [↑](#footnote-ref-14)
16. Kolostoma je najpogosteje posledica operativnega zdravljenja raka na debelem črevesju in zadnjika, zdravljenja vnetnih črevesnih bolezni, poškodb črevesja ali zadnjika, prirojenih anorektalnih nepravilnosti, zapore črevesja in nekaterih drugih bolezni. [↑](#footnote-ref-15)
17. Po poročilu NIJZ je rak debelega črevesja in danke tretji najpogostejši rak (pri moških na 4. mestu, pri ženskah na 3. mestu v obdobju 2010-2014) in skupno predstavlja 10% vseh novih primerov rakavih bolezni. [↑](#footnote-ref-16)
18. Groba incidenčna stopnja raka debelega črevesa in danke pri moških od leta 2011 pada za 2,5 % letno, pred tem pa je v desetletnem obdobju 1999–2008 naraščala vsako leto za 3,6 %. Podobno kot pri moških se tudi pri ženskah zaradi uvedbe presejalnega programa Svit leta 2009 spreminja časovni trend pojavljanja raka debelega črevesa in danke – od leta 2011 groba incidenčna stopnja pada za 1,6 % letno, pred tem pa je med 1999 in 2008 naraščala vsako leto za 3,4 %. [↑](#footnote-ref-17)
19. V ZDA in v zahodni Evropi je na 100.000 prebivalcev 80–120 obolelih za ulceroznim kolitisom (prevalenca), medtem ko je letna obolevnost 10 oseb na 100.000 prebivalcev (incidenca) [↑](#footnote-ref-18)
20. Åsa H. Everhov in sod. (2022) so naredili raziskavo glede verjetnosti stome pri bolnikih s Crohnovo boleznijo na Švedskem 2003-2019. S povezavo nacionalnih registrov so identificirali bolnike, ki jim je bila diagnosticirana Crohnova bolezen v letih 2003–2014 in so jih spremljali do leta 2019. Primerjali so nastanek in zapiranje stome v koledarskih obdobjih diagnoze (2003–2006, 2007–2010 in 2011– 2014). V državni kohorti 18.815 incidentnih bolnikov z najmanj 5-letnim spremljanjem je bilo 652 (3,5 %) tistih, ki so dobili stomo. To je bilo večinoma izvedeno v povezavi z ileokolično resekcijo (39 %). 5-letna kumulativna incidenca nastanka stome je bila 2,5 %, brez razlik med koledarskimi obdobji (P = 0,61). Manj kot polovici bolnikov (44 %) je bila stoma zaprta oz. speljano črevo po normalni poti. Stome so bile pogostejše pri starejših v primerjavi z boleznijo pri otrocih: 5-letna kumulativna incidenca 3,6 % proti 1,3 %. Ileostomije so bile najpogostejše (64 %) in 24,5 % bolnikov, ki so bili podvrženi operaciji stome, je imelo ob koncu spremljanja perianalno bolezen. V 5 letih po diagnozi je imelo 0,8 % bolnikov z incidentom trajno stomo, 0,05 % pa je bilo podvrženih proktektomiji. [↑](#footnote-ref-19)
21. Villa in sod. (2018) navajajo, da je rak mehurja sedmi najpogosteje diagnosticiran rak v moški populaciji po vsem svetu, v Evropski uniji je starostno standardizirana stopnja incidence (na 100.000 oseb/leto) 19,1 za moške in 4,0 za ženske (Ferlay et al., 2013; GLOBOCAN, 2016). [↑](#footnote-ref-20)
22. V skladu s smernicami Evropskega združenja za klinično prehrano (ESPEN) je namestitev tubusa s perkutano endoskopsko gastrostomo (PEG) indicirana pri bolnikih, ki potrebujejo dolgotrajno enteralno prehransko podporo (Bischoff et al., 2019; Folwarski et al., 2022). Folwarski et al. (2022) so izvedli retrospektivno nacionalno analizo namestitev PEG na Poljskem od leta 2010 do 2020. Rezultati so pokazali porast deleža bolnikov v višji starosti (65–74 in nad 85 let) in padec v mlajših skupinah (18–24, 45–54 in 55–64 let). [↑](#footnote-ref-21)
23. Kravos navaja (2019), da rak grla (RG) predstavlja približno 3% vseh rakov. Po pogostosti se v slovenskem merilu uvršča na 11. mesto med vsemi raki moških. Petletno preživetje v letu 2011 je bilo 67,8% pri moških in 76,7 % pri ženskah. [↑](#footnote-ref-22)
24. CDC. Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. MMWR 2001;50 (No RR-13) [↑](#footnote-ref-23)
25. Po podatkih NIJZ je bilo v letu 2021 v Sloveniji 798 patronažnih medicinskih sester in 92 tehnikov zdravstvene nege. [↑](#footnote-ref-24)
26. Vir: PRIROČNIK o kazalnikih kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih / [avtorji Luka

    Gorup ... et al.]. - Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2021 Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Prirocnik-o-kazalnikih-kakovosti.pdf> [↑](#footnote-ref-25)
27. NIJZ izvaja preventivne programe in programe za ohranitev in izboljšanje javnega zdravja (SVIT – v povezavi z izločalnimi stomami). [↑](#footnote-ref-26)
28. Franks et al., 2007; ZZZS, 2008, Pađen et al., 2019 in dve presečni raziskavi o poškodbah zaradi pritiska Kadivec, 2000; Jelen 2013. [↑](#footnote-ref-27)
29. Vir: ZZZS, aplikacija MP , Ljubljana, 12.5.2023 [↑](#footnote-ref-28)
30. Standardni postopki obravnave akutne in kronične rane, Ministrstvo za zdravje, 2022. [↑](#footnote-ref-29)
31. V okviru Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji izdelala “STROKOVNA PRIPOROČILA ZA IZBIRO IN PREDPISOVANJE MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ZA PACIENTE Z IZLOČALNIMI STOMAMI IN ENTEROKUTANIMI FISTULAMI” (Dostopno na: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/10/STR-PRIPOROCILA_spletna_FINAL_4-10-2021.pdf> [↑](#footnote-ref-30)
32. Mednarodne smernice za obravnavo diabetične noge, verzija 2019 (https://endodiab.si/wp-content/uploads/2020/04/IWGDF-Smernice\_final\_pages\_splet.pdf). Dokument je pripravila Mednarodna delovna skupina za diabetično nogo (International Working Group on the Diabetic Foot, IWGDF). Nova verzija dokumenta izide vsak 4 leta, zadnja v maju 2023, slovenski prevod te verzije je v načrtu. [↑](#footnote-ref-31)
33. Blagajne M. Terapevtski algoritem: vabljeno predavanje. In: Obravnava bolnikov z urinsko inkontinenco in predstavitev smernic za obravnavo bolnikov z urinsko inkontinenco. 31.3.2016; Ljubljana, Slovenija, 2016.

    Lukanović, Blagajne M, Barbić M. Algoritem zdravljenja urinske inkontinence. Zdrav Vestn. 2021;90(5-6):275-87. [↑](#footnote-ref-32)
34. <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/05/Smernice-o-napredni-zdravstveni-negi-2020.pdf> (31.10,2023). [↑](#footnote-ref-33)
35. Šola enterostomalne terapije se izvaja od leta 1992 na 2 - 4 leta, organizira jo UKC LJ v sodelovanju z Zbornico – Zvezo, Sekcijo medicinskih sester v enterostomalni terapiji. Program obsega 320 ur, od tega 50 % teoretičnih vsebin in 50 % kliničnega usposabljanja, zaključno diplomsko delo, praktično in pisno preverjanje znanja. Program šole daje poglobljeno znanje s področja zdravstvene nege in pacienta s stomo, inkontinenco in kronično rano. Do danes je izšolanih 139 ET, v kliničnem okolju deluje še 87 ET. [↑](#footnote-ref-34)
36. Navedeni kurikulum izobraževanja je trenutno v obravnavi pri Slovenskem zdravniškem društvu in Slovenski zdravniški zbornici v postopku priznanja »Posebnih znanj«, saj subspecializacije po trenutno veljavni zakonodaji v Sloveniji niso može, čeprav program v Evropski uniji ustreza priznani subspecializaciji. [↑](#footnote-ref-35)
37. Takšno izobraževanje je že zaključila ena dermatologinja iz Slovenije, sicer pa ga zaključujejo še 1 dermatologinja, 2 splošna kirurga, 1 diabetologinja, 1 infektologinja, 1 angiolog, 1 fiziatrinja in 1 interventni radiolog. [↑](#footnote-ref-36)
38. 1. Šola o venskem popuščanju, 2. Šola o izbiri oblog za zdravljenje kroničnih ran,o prevezah, 3. Šola o kompresijski terapiji, 4. Šola o limfedemu, 5. Šola o lipedemu, 6. Šola o dodatni terapiji kroničnih ran, 7. Šola o endovenoznih posegih, 8. Šola skleroterapije, 9. Šola ultrazvoka. [↑](#footnote-ref-37)
39. Na izpopolnjevanju se preverja pravilnost namestitve različnih kompresijskih povojev in sistemov. Šole potekajo v majhnih skupinah, tako da se jih lahko udeležijo vse medicinske sestre s klinike. Na kliniki so organizirane posebne obnovitvene šole za bolnike, kjer se predavanji in izobraževalnimi delavnicami poučijo o venskem popuščanju in limfedemu. [↑](#footnote-ref-38)
40. Palkovič (2012) navaja, da so v letu 2011 imeli dobre rezultate pri posvetih v svetovalnici za inkontinenco, ki potrjujejo dober učinek rednega TMMD po treh mesecih izvajanja. [↑](#footnote-ref-39)
41. Svetovalna služba za zdravstveno nego, UKC LJ. [↑](#footnote-ref-40)