



REPUBLIKA SLOVENIJA
VLADA REPUBLIKE SLOVENIJE

Številka: 16000-4/2024/4
Datum: 18. 12. 2024

**Strategija razvoja
zdravstvene obravnave
pacientov z rano,
inkontinenco in stomo od leta
2025 do 2035**

Naslov: STRATEGIJA RAZVOJA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE PACIENTOV Z RANO, INKONTINENCO IN STOMO OD LETA 2025 DO 2035

Kratko ime: SRZOPRIS 2035

Strategy for the development of medical treatment of patients with wounds, incontinence and stoma from 2025 to 2035

Avtorji: dr. Zdenka Tičar, dipl. upr. org., Renata Batas, dipl. m. s, dr. Mija Blaganje, mag. Jakob Ceglar, dr. med., dr. Igor Frangež, Alenka Franko Hren, univ. dipl. upr. org., dr. med., Anita Jelen, dipl. m. s, Franc Kramer, dr. med., dr. Andrej Kravos, dr. med., dr. Bojan Krebs, dr. med., dr. Ljubiša Pađen, dipl. zn., mag. zdr. nege, dr. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., Katarina Šmuc Berger, dr. med., dr. Vilma Urbančič Rovar, dr. med.

Urednica: dr. Zdenka Tičar, dipl. upr. org.

Podatke o izdaji ali natisu: elektronska različica

Kraj in založba: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Štefanova 5, Ljubljana

Leto izida: 2025

Naslov knjižne zbirke, štetje v zbirki:

Izvirni naslov dela (pri prevodu): Strategy for the development of health care of patients with wounds, incontinence and stoma from 2025 to 2035

Podatke o nosilcu/nosilcih avtorskih pravic: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Štefanova5, Ljubljana

Mednarodni identifikatorji (ISBN, ISMN, ISSN);

Lektorirano: Republika Slovenija, Generalni sekretariat Vlade, Sektor za prevajanje, Gregorčičeva 20, 1000 Ljubljana

Cobiss ID

220078083

Zapis CIP

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

COBISS.SI-ID 220078083

ISBN 978-961-6523-94-3 (PDF)

Dokument »Strategija razvoja obravnave pacientov z rano, inkontinenco in stomo od leta 2025 do 2035« je pripravila delovna skupina, imenovana s sklepom 024-18/2023/1, z dne 22. 3. 2023 v sestavi:

- **dr. Zdenka Tičar**, pred., dipl. upr. org., viš. m. s., Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije;
- **Anita Jelen**, pred., dipl. m. s, mag. zdr. nege, ET, QM, UKC Ljubljana, Dermatovenerološka klinika, predsednica Sekcije MS in ZT v dermatovenerologiji, članica izvršnega odbora Sekcije medicinskih sester v enterostomalni terapiji, članica upravnega odbora društva za oskrbo ran DORS;
- **Renata Batas**, dipl. m. s., ET, Zdravstveni dom Ljubljana, Patronažno varstvo OE Šiška, članica Upravnega odbora Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – ZSDMSBZTS, predsednica Sekcije medicinskih sester v enterostomalni terapiji ter članica izvršnega odbora Evropskega združenja enterostomalne terapije (ECET – European Council of Enterostomal Therapy) v funkciji vice president and PR & publications;
- **doc. dr. Ljubiša Pađen**, dipl. zn., mag. zdr. nege, RN - Adult, Senior Lecturer in Adult Nursing; Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske, The University of Manchester, Faculty of Biology, Medicine and Health, Division of Nursing, Midwifery and Social Work, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Katedra za zdravstveno nego;
- **dr. Tanja Planinšek Ručigaj**, dr. med., prim. doc. dr., višja svetnica;

Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana;

- **doc. dr. Igor Frangež**, dr. med., dr. dent. med., UKC Ljubljana, Kirurška klinika, Klinični oddelek za kirurške okužbe, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo;
- **izr. prof. dr. Vilma Urbančič Rovan**, dr. med., UKC Ljubljana, Interna klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino, vodja Diabetološkega oddelka, UKC Ljubljana – KO EDBP;
- **izr. prof. dr. Bojan Krebs**, dr. med., UKC Maribor, član konzilija SVIT, član v strokovni skupini Državnega programa obvladovanja raka (DPOR) 2022–2026 za raka debelega črevesa in danke, zdravnik prostovoljec v organizaciji KARITAS za ljudi brez zdravstvenega zavarovanja;
- **Franc Kramer**, dr. med., višji specialist urolog, UKC Maribor, Oddelek za urologijo, član Evropskega urološkega združenja in ICS – Mednarodnega združenja za inkontinenco;
- **Katarina Šmuc Berger**, dr. med., spec. dermatovenerologije, SB Izola – vodja Dermatovenerološke ambulante, članica European Association of Fellows in Wound Healing, članica UE Društva za oskrbo ran Slovenije;
- **Alenka Franko Hren**, univ. dipl. upr. org., Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Direkcija – oddelek za medicinske pripomočke;
- **mag. Jakob Ceglar**, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- **dr. Andrej Kravos**, dr. med., spec. spl. Medicine, KLAROS, d. o. o., predavatelj na Medicinski fakulteti v Mariboru in Ljubljani in na Fakulteti za zdravstvene vede v Mariboru;
- **dr. Mija Blaganje**, dr. med., UKC Ljubljana, članica mednarodnih združenj International Urogynecology Association – IUGA, International Continence Society – ICS ter Mediteranean Incontinence and Pelvic Floor Society – MIPS.

Javna obravnava je trajala od 20. decembra 2023 do 31. januarja 2024. V okviru javne obravnave so svoje pripombe in predloge podali:

- GZS, Zbornica MedTech Slovenija, Dimičeva ulica 13, 1504 Ljubljana;
- Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kolegij medicinskih sester za področje ran, stom in inkontinence;
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana;
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Beograjska ulica 4, 1000 Ljubljana;

— Društvo za oskrbo zan Slovenije, Gradiškova ulica 10 , 1000 Ljubljana.

Predloge in pripombe zgoraj navedenih je delovna skupina preučila na sejah 5. februarja, 20. februarja, 5. marca, 12. marca, 25. marca, 9. aprila in 21. maja 2024 ter jih večino upoštevala.

KAZALO

UPORABA KRATIC	7
1 UVOD	9
1.1 NAČELA, NAMEN IN CILJI	11
1.1.1 Načela strategije	11
1.1.2 Namen strategije	11
1.1.3 Cilji strategije	12
1.2 KAZALNIKI KAKOVOSTI IN PRIČAKOVANIH UČINKOV STRATEGIJE	12
2 OSNOVNA IZHODIŠČA ZA PRIPRAVO STRATEGIJE	15
2.1 INTEGRIRANA, KONTINUIRANA, VISOKO STROKOVNA OBRAVNAVA	15
2.2 PRAVNE PODLAGE	16
2.3 ETIČNI VIDIK OBRAVNAVE	18
2.4 RANA, INKONTINENCA IN STOMA	18
3. TEMELJNA PREDNOSTNA PODROČJA	24
3.1 VZPOSTAVITEV IN VZDRŽEVANJE NABORA EPIDEMIOLOŠKIH PODATKOV O RANAH, INKONTINENCI IN STOMAH	24
3.2. MREŽA IZVAJALCEV IN STORITEV ZA OBRAVNAVO RAN, INKONTINENCE IN STOM	24
3.2.1 Storitve in programi zdravstvenega varstva	25
3.2.1.1 Primarno zdravstveno varstvo	25
3.2.1.1.1 Ambulanta družinske medicine	26
3.2.1.1.2 Ginekološke ambulante	27
3.2.1.1.3 Patronažna služba	27
3.2.1.1.4 Preventivni programi	27
3.2.1.1.5 Socialno varstvo	28
3.2.2 Sekundarna raven zdravstvenega varstva	28
3.2.2.1 Specialistična ambulantna dejavnost	28
3.2.2.2 Bolnišnična dejavnost	29
3.2.3 Terciarni center	29
3.2.3.1 Specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost	30
3.2.3.2 Bolnišnična dejavnost	30
4 ANALIZA STANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV PACIENTOV S KRONIČNO RANO, INKONTINENCO IN STOMO	30
5 ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI, VARNOSTI IN DOSTOPNOSTI	33
5.1 STROKOVNE SMERNICE IN KLINIČNE POTI ZA KAKOVOSTNO IN VARNO OBRAVNAVO PACIENTOV Z RANO, INKONTINENCO IN STOMO	33
5.2 PROTOKOLI SODELOVANJA	35
6. KADRI	36
6.1 KADRI, USPOSOBLJENI ZA OBRAVNAVO RAN, INKONTINENCE IN STOM	37
6.2 MESTA DELOVANJA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV Z DODATNIMI ZNANJI	38
7. RAZISKOVANJE	40
8. VODENJE, KOORDINACIJA IN EVALVACIJA IZVAJANJA STRATEGIJE TER IZHODIŠČA ZA AKCIJSKI NAČRT	41
9 PREDNOSTI, SLABOSTI, PRILOŽNOSTI, OVIRE	42
9.1. PREDNOSTI	42
9.1.1 Na sistemski ravni:	42
9.1.2 Na ravni izvajalcev:	42
9.1.3 Na ravni uporabnika:	42

9.2 SLABOSTI	42
9.2.1 Na sistemski ravni ni:	42
9.2.2 Na ravni izvajalcev ni:	42
9.2.3 Na ravni uporabnika:	42
9.3 PRILOŽNOSTI	43
9.3.1 Na sistemski ravni:	43
9.3.2 Na ravni izvajalca:	43
9.4 OVIRE	43
9.4.1 Na sistemski ravni:	43
9.4.2 Na ravni izvajalcev:	43
9.4.3 Na ravni uporabnika:	43
LITERATURA	44
PRILOGE	51
PRILOGA ŠT. 1: Število pacientov, ki so v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja prejeli medicinski pripomoček pri bolezenski inkontinenci urina in/ali blata	51
PRILOGA ŠT. 2: Število oseb, ki uporabljajo medicinski pripomoček za obravnavo izločalne stome	52

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

EAU – European Association of Urology

ET – enterostomalni/-a 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 enake možnosti

MSP – Ministrstvo za solidarno prihodnost

MZ – Ministrstvo za zdravje

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

OE ZZZS – 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

RSK – razširjeni strokovni kolegij

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 – zdravstvenovzgojni center

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

ZZPPZ – Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

1 UVOD

Rana,¹ inkontinenca² in stoma so pri pacientih³ tako pogosta stanja, da ima vsaj eno od njih večji delež prebivalcev v Republiki Sloveniji. So posledice staranja, življenjskega sloga, zapletov kroničnih bolezni in zelo težkih akutnih stanj. Vsa tri stanja pomenijo veliko breme za prizadete paciente⁴ ali njihove bližnje ter celotni sistem zdravstvenega varstva, saj so z njimi povezane posebne izobraževalne, zdravstvene in psihosocialne potrebe tako pacientov kot zdravstvenih delavcev. Še bolj zaskrbljujoči pa so naraščanje incidence in zaradi tega stroški obravnave.^{5,6}

Paciente z rano, inkontinenco in stomo obravnavajo vsi izvajalci zdravstvene dejavnosti⁷ in vsi zdravstveni delavci⁸ na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Zato zahtevajo rana, inkontinenca in stoma od odločevalcev, izvajalcev, plačnika in izobraževalnih ustanov vnovični 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 na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti pa je treba vezati financiranje zdravstvenih storitev.

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

Za enoten pristop k različnim praksam na področju izvajanja obravnave pacientov z rano, inkontinenco in stomo, ki bi omogočal povezovanje za bolj celovito obravnavo v Republiki Sloveniji, potrebujemo razvojni dokument. Samo tako bomo lahko omogočili, da bodo vsi pacienti enako obravnavani.

Zdravstvena obravnava pacientov z 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

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).

² Povprečna (utežena) pogostnost 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 motnjah, 40 % pa o mesečnih motnjah. Motnjo so ocenili kot blago do zmerno (Moosdorff-Steinhauser et al., 2021).

³ 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 (ZPacP).

⁴ Med zabeleženo vensko razjedo (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 razjed so bili 102 milijona funtov, letni stroški na osebo pa 4787,70 GBP (Urwin et al., 2022).

⁵ 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.

⁶ Letna razširjenost ran se je med leti 2012/2013 in 2017/2018 povečala za 71 %. V tem obdobju so se poraba virov in stroški obravnave pacientov realno povečali za 48 %. (Guest, Fuller, & Vowden, 2020).

⁷ 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, izdano na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije.

⁸ Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci opravljajo zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in kodeksi poklicne etike zdravstvenih delavcev.

predstavljajo potrebo po integriranem načinu obravnave pacientov in njihovih bližnjih, ki bo pripomogel h kakovostnejši in varnejši zdravstveni 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 organizacij⁹ na čelu s Svetovno zdravstveno organizacijo. Dobra primarna zdravstvena dejavnost namreč omogoča večjo kakovost in manjše stroške, zagotavlja enakost ter 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 ravni zdravstvene dejavnosti se izboljša dostopnost do celovite, kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacientov ter vzpostavijo pogoji za njihovo opolnomočenje¹⁰ 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 7. člena Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS; v nadaljnjem besedilu: ZPacP). 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, četrti 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 primerne, 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 ter 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 gospodarne (učinkovite in kakovostne) izvedbe programov zdravstvenih storitev, optimalne delitve dela med primarno ravno in drugimi ravni zdravstvenega varstva. Strokovnim smernicam, ki upoštevajo najnovejša dognanja na ožjem strokovnem področju, sledi priprava kliničnih poti, ki zdravstvenemu timu omogočajo gospodarno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanje

⁹ 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: <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>

¹⁰ 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 (kakovosti življenja, zdravja, bivanja ...) kljub omejitvam, ki jih prinese kronična bolezen. Opolnomočenje kot slovenski izraz se je začel uporabljati na podlagi angleškega izraza, 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« oziroma v nemščini »bevollmächtigen« – uporabljata pa se dva slovenska ustreznika, in sicer opolnomočenje ter krepitev moči.

opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse.¹¹

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, temveč zajema tudi družbeno solidarnost s tistimi, ki potrebujejo zdravstvene storitve, tako da zagotavlja javna sredstva, namenjena zdravstvu, in paleto zdravstvenih storitev, ki jih ta krijejo.

Pravočasnost je pomemben kazalnik 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 z zakonodajo vzpostaviti stabilen in dostopen zdravstveni sistem.

Enaka obravnava za vse prebivalce izhaja iz načel enakosti, opredeljuje jo Splošna deklaracija človekovih pravic.¹² Pravica do enake obravnave je temeljna človekova pravica. Z varstvom pred diskriminacijo uveljavljamo 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.¹ Pomen pravičnega dostopa do zdravstvene obravnave je bil naveden kot ključen za doseganje številnih razvojnih ciljev tisočletja.¹³

Kontinuirana obravnava se izvaja daljše časovno obdobje. Kakovostno, varno in stroškovno učinkovito zdravstveno obravnavo je mogoče zagotoviti le s timskim načinom dela. 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 ter dobro organiziranih različnih vrst storitev in služb, usmerjenih v mnogovrstne potrebe posameznika ali posebne skupine z namenom omogočiti posamezniku čim bolj neodvisno in človeka dostojno življenje.

1.1.2 Namen strategije

Namen strategije je izboljšati zdravje prebivalstva in zmanjšati breme zdravstvene obravnave pacientov z rano, inkontinenco in stomo, zagotoviti pogoje za integrirano obravnavo na vseh

¹¹ Tičar, Z., Čuček, I., Frangež, I., et al., (2022) Standardni postopki oskrbe akutne in kronične rane.

¹² Splošna deklaracija človekovih pravic. Uradni list RS, št. 24/2018 z dne 13. 4. 2018.

¹³ Univerzalna dostopnost do zdravstvenega varstva (UDZV) je visoko na prednostni lestvici svetovne zdravstvene politike že od leta 1948 in vključena v agendo Zdravje 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), povezanih z zdravjem – prinaša upanje za boljše zdravje in zaščito za najbolj revne skupine prebivalcev sveta, Kakovost, varnost in dostopnost zdravstvenega varstva | GOV.SI.

ravnih zdravstvene dejavnosti, optimizirati delo tako, da se storitve zagotavljajo čim bliže domu pacienta. Z ustrezno reorganiziranostjo je treba zagotoviti izboljšanje ali vzdrževanje zdravstvenega stanja pacientov, izboljšanje ali vzdrževanje funkcionalnih sposobnosti pacientov ter kar najbolj zagotavljati njihovo psihofizično ugodje in zadovoljstvo.

1.1.3 Cilji strategije

Cilji strategije so:

1. Pripraviti klinične poti ter smernice za obravnavo RIS:
 - 1.1. Preventivni programi
 - 1.2. Programi za zgodnje odkrivanje RIS
 - 1.3. Programi za varno in učinkovito obravnavo RIS
 - 1.4. Programi za rehabilitacijo pacientov z RIS
 - 1.5. Programi za obravnavo pacientov z RIS v izrednih razmerah
 - 1.6. Priprava in posodabljanje smernic za RIS.
2. Zagotoviti ustrezno usposobljene zdravstvene delavce za obravnavo pacientov z RIS 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.
 - 4.1. Razviti e-karton za področje RIS,¹⁴
 - 4.2. Pripraviti nabor podatkov.
5. Ustanoviti regijske in terciarne referenčne centre za obravnavo RIS.
6. Ozaveščati javnost o problematiki RIS.
7. Določitev področij za nacionalne raziskave s področja RIS.

1.2 KAZALNIKI KAKOVOSTI IN PRIČAKOVANIH UČINKOV STRATEGIJE

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 obravnavajo 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

¹⁴ Na podlagi mednarodno uveljavljenih elektronskih zapisov pacientov, kot je na primer baza podatkov Mreže za izboljšanje zdravja (THIN /Guest, J. F., Fuller, G. W., & Vowden, P., 2020) – delovna skupina pripravi nabor podatkov za e-sistem.

Število timov na primarni ravni 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, deležnih pravočasnega (časovno okno*) in ustreznega zdravljenja (neutemeljeno odstopanje od kliničnih smernic in poti) – 2	1. < 20 % 2. < 20 % 3. < 20 %	(a) > 50 % (b) > 50 % (c) > 50 %
Zadovoljstvo pacientov z RIS in njihovih bližnjih z obravnavo – ocena na podlagi anketnih vprašalnikov	00 %	< 50 %
Ocena porabe materiala pri (a) ranah, (b) inkontinenci (c) stomah v skladu s priporočili	(a) ne (b) ne (c) ne	(a) da (b) da (c) da
Okužbe kronične rane – 4	> 50 %	< 30 %
Poškodbe kože zaradi inkontinence	> 45,7 %	< 20 %

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
Poškodbe kože ob stomi ¹⁵	> 70 %	< 30 %
Delež pacientov, vključenih v preventivne programe	< 5 %	> 30 %
Delež pacientov z RIS, deležnih programov opolnomočenja	< 30 %	> 80 %

Kazalnik 7	Izhodiščna vrednost/ocena	Ciljna vrednost/ocena
Število raziskav o ranah, inkontinenci in stomah, ki so v skladu z nacionalnimi prednostnimi vsebinami ¹⁶	0	3

Kazalnik 8	Izhodiščna vrednost/ocena	Ciljna vrednost/ocena
Število nacionalnih 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 pacientov z RIS,
2. ozaveščanja javnosti z namenom destigmatizacije pacientov z RIS,
3. objektivnosti pri načrtovanju ukrepov na podlagi realnih možnosti,
4. individualnega načina obravnave pacientov z RIS
5. enake dostopnosti storitev,
6. spoštovanja človekovih in pacientovih pravic,
7. finančne vzdržnosti.

¹⁵ D'Ambrosio et.al, 2023.

¹⁶ Kategorizacija po metodologiji ARIS – medicina; <https://www.arrs.si/sl/akti/23/prav-sof-ocen-sprem-razisk-dej-jan23.asp>.

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, hkrati se bo povečala 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 primarni, sekundarni in terciarni zdravstveni ravni, podatkov ZZZS o izdanih medicinskih pripomočkih za inkontinenco ter stomo, poročil NIJZ glede opravljenih storitev v patronažnem varstvu ter aktivnega sodelovanja udeležencev pri zdravstveni obravnavi pacientov z ranami, inkontinenco in stomami 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. Opredelitev integrirane obravnave v naših profesionalnih okoljih še ni sprejeta in je verjetno tudi napačno razumljena. 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 ter 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.¹⁷

Integrirana obravnava je sestavljena iz akutne in neakutne zdravstvene obravnave, dolgotrajne oskrbe, pomoči na domu in drugih aktivnosti, ki jih posameznik potrebuje ter 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 usklajevanja 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 spremljanje pretoka informacij o pacientu. Zaradi mobilnosti pacientov znotraj celotnega zdravstvenega sistema, ki ga zagotavljajo strokovnjaki različnih strok s timskim načinom dela, mora biti zagotovljen pregleden informacijski sistem, s katerim se omogoča dostop do informacij za zagotavljanje učinkovite, optimizirane ter visoko strokovne, kakovostne in varne obravnave pacienta. Kontinuirana zdravstvena obravnava je pomembna za paciente pri

¹⁷ Razliko med multidisciplinarnim in interdisciplinarnim načinom dela, ki je osnovni pogoj za izvajanje integrirane obravnave, pojasnjuje Barshes s sodelavci (2013).

prenosu merodajnih informacij v procesu obravnave in prehajanja pacienta med različnimi obravnavami in med ustanovami.

Strokovno obravnavo zagotavljajo zdravstveni delavci z ustrežno formalno izobrazbo ter stalnim izpopolnjevanjem in usposabljanjem, s katerim pridobijo specialna znanja ali specializacijo za delo na ožjem strokovnem področju v zdravstveni dejavnosti ter spremljajo novosti in raziskujejo na ožjem strokovnem področju. Specialno znanje je tisto, ki ni pridobljeno v formalnem izobraževalnem programu ter ga posamezni zdravstveni delavec pridobi za opravljanje storitev na delovnem mestu.¹⁸ Specializacija je predpisani obseg znanj in veščin, pridobljenih za opravljanje kompetenc, ki jih pridobijo zdravstveni delavci za opravljanje drugega poklica (prenos poklicnih kompetenc).

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 krepitevi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj, pa 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 ozaveščanje 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.

¹⁸ Posebno znanje je strokovna usposobljenost zdravnika za delo na ožjem strokovnem medicinskem področju, ki ni zajeto z zdravnikovo licenco in ga zdravnik pridobi na podlagi opravljenega usposabljanja s preizkusom znanja. Zaradi hitrega strokovnega razvoja se oblikujejo nova področja, metode in posegi, ki so pogosto interdisciplinarni. Ker tako imenovana posamezna posebna znanja niso zajeta v okviru obstoječih licenc (na primer geriatrija, paliativa, obvladovanje bolnišničnih okužb, kronične rane) to lahko pomeni tveganje za zdravnike, ki se znajdejo v dvomu glede lastne usposobljenosti za izvajanje določenih posegov, saj za svoje delo prevzemajo etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Institut posebnih znanj bo zdravnikom z licenco omogočil, da se dodatno usposobijo na določenem ožjem strokovnem področju in pridobijo certifikat, ki izkazuje strokovno usposobljenost za delo na tem področju ter zagotavlja pravno varnost za zdravnike in paciente. <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV10297>.

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

Resolucija je podlaga 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, posebni cilji, aktivnosti, ukrepi, kazalniki in finančni ter terminski okvir.

V 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 od aktivnosti v 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, četrti 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 primerne, kakovostnega in varnega javnega zdravstvenega varstva po načelih univerzalnosti, solidarnosti, enakosti in pravičnosti financiranja (Ministrstvo za zdravje, 2016b).¹⁹

¹⁹ 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. https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/03/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu_prirocnik.pdf

2.3 ETIČNI VIDIK OBRAVNAVE

Zdravstvena obravnava pacientov z RIS je vezana na občutljiva in v našem kulturnem okolju še vedno tudi stigmatizirajoča področja za pacienta, njegove bližnje in okolico. Obstaja tudi možnost neenakopravnega, diskriminirajočega, neetičnega pristopa in obravnave posameznikov in/ali skupin teh pacientov. Področje obravnave pacientov z RIS je torej intimno področje posameznika, obremenjeno s stereotipi naše družbe, zato je kršitev etičnih načel lahko še toliko več. Poudariti moramo tudi vidik varovanja podatkov, osebne integritete pacienta, zaupnosti, spoštljive komunikacije, informiranega pristanka in profesionalne empatije. Delo vseh zdravstvenih delavcev in sodelavcev v timu je vezano na upoštevanje načel profesionalnih etičnih kodeksov.

2.4 RANA, INKONTINENCA IN STOMA

Na področju zdravstvene dejavnosti za zagotavljanje storitev obravnave pacientov z ranami, inkontinenco in stomami pomeni največji izziv pomanjkanje ustrezno usposobljenega kadra ter slabša povezanost med službami in ravnmi izvajalcev zdravstvene dejavnosti in drugih sorodnih dejavnosti. V Sloveniji se soočamo s pomanjkanjem kadra na vseh področjih zdravstvene dejavnosti. Število zdravnikov družinske medicine, medicinskih sester (vseh izobrazbenih ravni) in drugih zdravstvenih delavcev ne zadošča za potrebe prebivalstva, pomanjkljivost je tudi odsotnost specialistov za navedena področja.

V ureditev navedenih področij je treba vključiti tudi osebe, ki so v institucionalnem varstvu, in nekatere druge ranljive skupine.

Zaposleni pri izvajalcih storitev, ki obravnavajo paciente z navedenih področij, se izpopolnjujejo in usposablajo 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 najpogostejši zapleti drugih bolezni in stanj. Ocenjena pogostnost 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 pogostnost 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 njihovih bližnjih ter so 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 četrty državljani. Glede na razdrobljenost nastanka stroškov sta preglednost in celovitost omejeni in ju je težko oceniti, kar terja vzpostavitev ustreznih zbirk podatkov in kazalnikov kakovosti, ki bodo omogočili načrtovanje kadrovskih virov za oskrbo pacientov z RIS.

RANA

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

Glede na potek celjenja razvrščamo 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 prisotna motnja. 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 so zaradi počasnega celjenja velika težava za paciente, njihove bližnje, zdravstveni zavod ter celotno družbo. Zdravljenje je lahko dolgotrajno, povezano z velikimi materialnimi stroški in spremenjenim načinom življenja. Pri zdravljenju pacientov s kroničnimi ranami je potrebna dobra zdravstvena obravnava, ki mora biti celostna, individualna in avtonomna. Glavni cilj obravnave pacienta s kronično rano je vnovična vzpostavitev procesa celjenja s končnim ciljem zacelitve rane.

Zdravstvena obravnava pacientov z rano in njene daljnosežne posledice so še vedno izziv za paciente in zdravstvene delavce. Kronične rane so področje zdravstvene dejavnosti, ki zaradi obolevnosti prinaša velike stroške za pacienta in zdravstveno blagajno (Browning, 2016). S staranjem prebivalstva se povečuje pogostost čezmerne telesne teže in s tem 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 pacientov z ranami. Z razvojem nacionalnih priporočil je omogočeno izvajalcem zdravstvenih storitev zagotoviti njihov razvoj, ki temelji na sistematični obravnavi pri zdravljenju pacientov z ranami.

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 & Blaganje, 2020). Delež oseb z urinsko inkontinenco naj bi bil od 5 do 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 strokovne pomoči (Skuk & Blaganje, 2020). Strokovnjaki

opozarjajo, da je tudi inkontinenca blata zlasti pri starejših dokaj pogost znak,²⁰ ki mu je namenjene premalo pozornosti, kar se lahko odraža tudi v nezadovoljenih potrebah²¹ 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 pri njih nastanejo težave v duševnem zdravju (depresija) 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 večplasten 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 do 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 in socialnovarstvenih zavodih soočamo z neprimerno prakso nameščanja inkontinenčnih 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 ukvarjamo tudi s poškodbami kože zaradi vlage, tako imenovanim inkontinenčnim dermatitisom, ki pa je v določenem odstotku (17,1 %) tudi vzrok za nastanek poškodb zaradi pritiska (Beeckman, et al., 2015).

STOMA

Beseda stoma izvira iz grškega jezika in pomeni odprtina. Je kirurško izoblikovana odprtina, skozi katero se izločajo izločki (Grosek, 2021) ali zagotavlja vnos tekočin, hrane oziroma zraka. Stome so lahkočasne ali trajne (Batas, 2017). Glede na funkcijo razlikujemo 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

²⁰ 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)).

²¹ Po podatkih ZZS naj bi v Republiki Sloveniji v letu 2020 najmanj en medicinski pripomoček za obvladovanje inkontinence prejelo več kot 87.000 zavarovanih oseb (ZZS, 2020).

največ stalnih. Začasne stome so narejene, kadar 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,²² 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.²³ V zadnjih letih pojavnost rakavih obolenj debelega črevesja in danke še narašča, povezana je predvsem z nezdravim življenjskim slogom, kot je uživanje nezdrave hrane, debelostjo in pomanjkanjem gibanja.²⁴ Tudi kronične vnetne bolezni (Mb Crohn, ulcerozni kolitis) pogosto privedejo do kirurške izpeljave črevesne izločalne stome.²⁵ Crohnova bolezen se pojavlja nekoliko redkeje kot ulcerozni kolitis, se je pa njena pogostnost v zadnjih 20 letih povečala za dva- do trikrat. Kronična vnetna črevesna bolezen (KVČB) se lahko razvije skorajda v vseh obdobjih življenja. Približno 20 % vseh pacientov zboli pred dopolnjenim osemnajstim letom (Krenčnik et al., 2022).²⁶

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 rešitev, 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 torej stome tudičasne.

Urostoma je kirurško narejena odprtina, skozi katero je preusmerjen odtok seča. Indikacije za zunanjo izpeljavo seča so napredovalni rak (mehur, maternica, prostata), skrčen ali zmanjšan mehur, nevrogena okvara (nefunkcionalnost sečil), kombinirane fistule, huda urinska inkontinenca z uničeno sečnico, prirojene nepravilnosti ali travme (poškodbe) sečil. Obdobje bolezni, operacije in okrevanja je za pacienta zelo stresno.

Urostomo, ki je kirurško narejena odprtina na trebušni steni in je skozi 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 oziroma oblikovanje urostome so rakava obolenja.²⁷

²² 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.

²³ Po poročilu NIJZ je rak debelega črevesja in danke tretji najpogostejši rak (pri moških na četrtem mestu, pri ženskah na tretjem mestu v obdobju 2010–2014) ter skupno obsega 10 % vseh novih primerov rakavih bolezni.

²⁴ 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 letoma 1999 in 2008 naraščala vsako leto za 3,4 %.

²⁵ V ZDA in v zahodni Evropi je na 100.000 prebivalcev 80–120 obolelih za ulceroznim kolitisom (pogostnost), medtem ko je letna obolevnost deset oseb na 100.000 prebivalcev (incidenca).

²⁶ 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 pridobili podatek o številu bolnikov, ki jim je bila diagnosticirana Crohnova bolezen v letih 2003–2014 in 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 petletnim spremljanjem je bilo 652 (3,5 %) tistih, ki so dobili stomo. To je bilo večinoma izvedeno v povezavi z ileokolično resekcijo (39 %). Petletna 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 oziroma črevo speljano po normalni poti. Stome so bile pogostejše pri starejših v primerjavi z boleznijo pri otrocih: petletna 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 petih letih po diagnozi je imelo 0,8 % bolnikov z incidentom trajno stomo, 0,05 % pa je bilo podvrženih proktektomiji.

²⁷ Villa in sod. (2018) navajajo, da je rak mehurja sedmi najpogostejše diagnosticirani 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).

Za iztekanje urina so pri različnih bolezenskih stanjih potrebne tudi izpeljave drenažnih cevk iz ledvic ali mehurja. Razlikujemo nefrostome in cistostome. Nefrostoma ječasna ali trajna povezava votlega sistema ledvice neposredno z zunanostjo 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 neposredna vzpostavitev odtoka urina iz mehurja s katetrom, narejena kirurško ali pa s suprapubično punkcijo, ki je potrebna pri ovirah na ravni sečnice in nezmožnosti kateterizacije skozi sečnico.

Gastrostoma je operativno ali endoskopsko ustvarjena povezava med želodcem in površino trebušne stene prek posebne stome, ki omogoča hranjenje neposredno v želodec (Gorjup, 2022). Gastrostomo je treba narediti, kadar ima človek težave s požiranjem oziroma hranjenjem ter ni druge možnosti za dolgotrajen in zadosten vnos hrane, hranilnih snovi in tekočine.²⁸

Jejunostoma je kirurška vzpostavitev povezave začetnega dela tankega črevesa (jejunuma) s površino telesa prek tanke hranilne stome oziroma 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 hrane skozi usta, *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, sapnika²⁹ (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 toaleta, ob dihalni odpovedi). Tudi laringektomij poznamo več vrst, 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 vшит 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 dihamo skozi nos in usta, pot je lahko dobro ali slabo prehodna. Velike tkivne mase (tumorji, otekline,

²⁸ 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).

²⁹ Kravos navaja (2019), da rak grla (RG) obsega približno 3 % vseh rakov. Po pogostosti se v slovenskem merilu uvršča na enajsto mesto med vsemi raki moških. Petletno preživetje v letu 2011 je bilo 67,8-% pri moških in 76,7-% pri ženskah.

vnetja in podobno) 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 oziroma rano (Gribovskaja-Rupp & Melton, 2016). Fistule 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 preprosto vpojno oblogo za rane, zapletene fistule pogosto zahtevajo napredne tehnike, vključno z zaščitnimi kremami, pudri in tesnilnimi sredstvi za zaščito kože pred poškodbo zaradi izločkov 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 zagotovo 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 omogočanje, da se uporabijo pri javnozdravstvenem ukrepanju z namenom omejitve obolevnosti in umrljivosti ter izboljšanja zdravja. Evalvacija sistemov epidemiološkega spremljanja nam omogoča vpogled v uporabnost in značilnosti sistema (kakovost podatkov, reprezentativnost, občutljivost, enostavnost, sprejemljivost, pravočasnost, stabilnost, fleksibilnost, pozitivna napovedna vrednost³⁰). Epidemiološko spremljanje pacientov z ranami, inkontinenco in stomami 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 podatkov³¹ 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 cele države. Z letnim beleženjem sprememb bomo sledili obravnavi 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 področja.

Za kakovostno in varno obravnavo pacienta z rano, inkontinenco in stomo 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 bodo v okviru akcijskega načrta opredeljeni tudi vsebina, izvajanje in način urejanja nacionalne zbirke podatkov za rano, inkontinenco in stomo.

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

Strategija razvoja obravnave pacientov z rano, inkontinenco in stomo načrtuje aktivnosti za izboljšanje in optimiziranje obravnave pacientov, dostopnost do zgodnje diagnoze³² in ustrezne postdiagnostične obravnave pacientov s krepitvijo in boljšo organiziranostjo

³⁰ CDC. Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. MMWR 2001; 50 (No RR-13).

³¹ 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.

³² Ob upoštevanju preventivnih programov v Republiki Sloveniji, ki posredno ali neposredno pripomorejo k izboljševanju zdravja in preprečevanju boleznih prebivalstva (SVIT), obravnave kroničnih pacientov v sklopu ADM in zdravstvenovzgojnega dela patronažne službe.

integrirane mreže izvajalcev, programov in storitev. Za opredelitev ukrepov potrebujemo jasne cilje, ki bodo izhajali iz obstoječega sistema,³³ ugotovljenih pomanjkljivosti, in izboljšanje sistema na podlagi prepoznanih dobrih praks v mednarodnem prostoru. Ključno vodilo pri pripravi strategije sta 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 so zdaj najšibkejši člen v obravnavi pacientov z rano, inkontinenco ali stomo.

Storitve in programe za obravnavo pacientov z ranami, inkontinenco in stomami 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 povezovalno sodelovanje za zagotovitev celovitega in usklajenega odziva javnih ustanov, izobraževalnih sistemov in zaposlovanja. Za zagotavljanje sodobnih obravnav je treba zagotoviti stalno izobraževanje za vse, ki delajo na področju ran, inkontinence in stom, vključno s specialnimi znanji in specializacijami za določene poklicne skupine. V mrežo spadajo javne službe na vseh ravneh zdravstvenega varstva, preventivni in 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 dva univerzitetna klinična centra. Na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti so zagotovljene posteljne kapacitete za zdravljenje pacientov z ranami 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 pacienti z diagnozo inkontinence obravnavajo v sklopu ginekoloških in uroloških specialističnih ambulant.

3.2.1.1 Primarno zdravstveno varstvo

Zdravstveno varstvo na primarni ravni je hrbtenica zdravstvenega varstva tudi na področju obravnave pacientov z ranami, inkontinenco in stomami, saj največ oseb in najdlje obravnavajo njihovi izbrani osebni zdravniki. Ambulanta 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 prebivalstva je pogosto prezrta. Patronažna služba ima lahko pomembno vlogo na področju preventive, na terenu pa opravlja tudi kurativno dejavnost. Na terenu deluje 798 patronažnih medicinskih sester, ki so organizirane po teritorialnem načelu.³⁴ Delujejo v okviru 65

³³ Upoštevač že uveljavljeni presejalni test za diabetično stopalo, ki je skladen z mednarodnimi smernicami in se v Sloveniji izvaja že od leta 1997.

³⁴Po podatkih NIJZ je bilo v letu 2021 v Sloveniji 798 patronažnih medicinskih sester in 92 tehnikov zdravstvene nege.

zdravstvenih domov ali 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 zdravstveno nego pacienta na domu.

V vsakem zdravstvenem domu je organiziran zdravstvenovzgojni center (v nadaljnjem besedilu: ZVC). V zadnjih letih je 25 ZVC- razširilo svoj program delovanja in se preoblikovalo v centre za krepitev zdravja (v nadaljnjem besedilu: CKZ). ZVC in CKZ izvajajo preventivne programe v obliki zdravstvenovzgojnih delavnic in individualnih svetovanj in so namenjeni osebam z 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 in CKZ udeležencem podajo strokovne informacije, jih učijo veščin in jim nudijo podporo ter pomoč za dolgotrajno spremembo življenjskih navad oziroma 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 tima družinske medicine (v nadaljnjem besedilu: DM), ki delujejo v okviru 65 zdravstvenih domov ali kot zasebne ambulante družinske medicine s koncesijo.

Na primarni ravni je ambulanta DM (tudi v okviru domov za starejše) mesto prvega stika s pacientom in z njegovimi bližnjimi. Za pacienta skrbi ves čas trajanja bolezni do konca njegovega življenja zdravnik DM s svojim timom.

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, zdravstveno nego, rehabilitacijo in dolgotrajno spremljanje pacienta. Pacienti so usmerjeni k specialistom različnih strok za nadaljnjo diagnostiko, potrditev diagnoze ter zdravljenje, zdravstveno nego in rehabilitacijo.

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 načrtovanje obravnave in dobro sodelovanje vseh deležnikov izboljša učinkovitost obravnave ter kakovost življenja pacienta in svojcev. S sodobnimi načini obravnave je tako omogočeno kakovostno in varno bivanje v domačem okolju.

V družinski medicini je pomemben del aktivnosti preventivna dejavnost, ki je bila v delo ambulante družinskega zdravnika formalno uvedena z uvedbo diplomirane medicinske sestre v tim ADM, ki skrbi za prepoznavanje dejavnikov tveganja za kronične bolezni in vodenje pacienta s kronično boleznijo. V preventivne programe so danes vključeni pacienti z najpogostejšimi kroničnimi boleznimi z ustreznimi presejalnimi testi za odkrivanje dejavnikov tveganja in ukrepi za odpravljanje dejavnikov tveganja. Inkontinenca zdaj ni uvrščena v program odkrivanja in vodenja pri izbranem osebnem zdravniku.

Pomanjkanje zdravnikov družinske medicine in medicinskih sester vpliva na počasnejše uvajanje sprememb za doseganje uspešnejše in učinkovite zdravstvene obravnave in obvladovanje pacientov z RIS v domačem okolju. Ne glede na pomanjkanje je treba na

horizontalni ravni krepiti delovanje primarnega zdravstvenega sistema s potrebnimi znanji, boljšo organiziranostjo in povezanostjo vseh zdravstvenih služb in ravni zdravstvenega varstva.

3.2.1.1.2 Ginekološke ambulante

Inkontinenco urina skupaj z drugimi ginekološkimi stanji obravnavajo v okviru ginekoloških ambulant na primarni ravni predvsem izbrani ginekologi. 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 primarni zdravstveni ravni. V praksi pa so pacientke večinoma napotene neposredno na sekundarno oziroma terciarno raven brez ustrezne predhodne obravnave.

3.2.1.1.3 Patronažna služba

Na primarni ravni zdravstvene dejavnosti zagotavlja obravnavo pacientov z ranami, inkontinenco in stomami v domačem okolju patronažna služba, ki je sestavni del primarnega zdravstvenega varstva in praviloma organizirana po teritorialnem načelu. 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 pacientov z ranami, inkontinenco in stomami obsega velik delež obravnav v patronažni službi. Praviloma patronažna medicinska sestra dlje časa oskrbuje pacienta in s tem tudi njegovo družino ter 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 moramo zaposlenim v patronažni službi omogočiti dopolnjevanja znanja z navedenega področja. Da se zagotovi strokovna in kakovostna obravnava pacientov v domačem okolju, bo treba patronažnim medicinskim sestram, ki so odgovorne nosilke posameznega terenskega območja, zagotoviti pridobitev specialnih znanj ali specializacije s področja RIS. Pri pridobitvi specialnih znanj bomo morali za posameznega izvajalca zdravstvene nege poleg formalne izobrazbe upoštevati tudi nepretrgano 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 vključevali tudi povezovanje ZVC, CKZ z lokalno skupnostjo, ozaveščanje populacije glede urinske inkontinence (UI) in tudi fekalne inkontinence (FI) ter usmeritve pri reševanju omenjenih težav. Oblikovanje preventivnih programov mora temeljiti na ugotovljenih dejavnikih tveganja za nastanek UI.

3.2.1.1.5 Socialno varstvo

Socialnovarstveni in drugi zavodi so pomemben člen v mreži zagotavljanja zdravstvene obravnave, saj jo zagotavljajo eni od 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 ter 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 – ZUIF, 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, 84/23 – ZDOsk-1 in 102/24 – ZZKZ 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.³⁵

Domovi za starejše (v nadaljnjem besedilu: DSO) spadajo med socialnovarstvene ustanove, ki organizirajo ambulantno 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 predvsem namenjena invazivnemu oziroma operativnemu zdravljenju. Zaradi nesistematične obravnave in neurejenosti področij je organiziranje različne dejavnosti razpršeno in neenakomerno, zato je obravnava in zadovoljevanje potreb pacientov zelo različno.³⁶

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

³⁵ Vir: PRIROČNIK o kazalnikih kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih [avtorji Luka Gorup et al.]. – Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2021. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Prirocnik-o-kazalnikih-kakovosti.pdf>

³⁶ NIJZ izvaja preventivne programe in programe za ohranitev in izboljšanje javnega zdravja (SVIT – v povezavi z izločalnimi stomami).

pacientov. Pri zdravstveni negi se v uroloških ambulantah obravnavajo motnje uriniranja, izobraževanja o samokateterizaciji, oskrbi pacienta z urostomo, urinskimi katetri, perkutano nefrostomo in 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 ogrožajočih stanj.

Obravnava pacientov s kronično rano se lahko izvaja v sklopu različnih oddelkov glede na etiologijo same rane ali potrebo po kirurškem posegu. Zdaj so v petih splošnih bolnišnicah zagotovljene ambulante za paciente z ranami. Če zaradi zahtevnosti in različnih etiologij obstajajo potrebe po multidisciplinarni obravnavi, se ta zagotavlja glede na razpoložljivost pri izvajalcu, sicer pacienta napotijo na terciarno raven. Ker strokovnost obravnave ni zagotovljena na enaki ravni pri vseh izvajalcih in merila za napotitve na terciarno raven niso določena, so lahko take napotitve tudi neupravičene.

Bolnišnična dejavnost je v povezavi z urinsko in fekalno inkontinenco namenjena predvsem invazivnemu oziroma kirurškemu zdravljenju. Urinska in fekalna inkontinenca sta lahko vzrok bolnišnične obravnave. Po drugi strani je urinska inkontinenca dokaj pogosta 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 pozornosti je namenjene fekalni inkontinenci, ki je med populacijo pogosto prezrta. 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 tako 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 bližnjih glede obravnave stome, oceno možnosti za samoirigacijo, izbiro ustreznih pripomočkov za obravnavo stome ter seznanitev s postopki nege in oskrbe stome, svetovanje 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. Potrebna je interdisciplinarna obravnava in sodelovanje, zato je organiziranje celostne tovrstne dejavnosti

zunaj kliničnih centrov nemogoče. Poslanstvo terciarnega centra je poleg preventivne in kurativne obravnave pacientov tudi znanstveno raziskovalno delo.

3.2.3.1 Specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost

Specialistična ambulantna in hospitalna dejavnost za paciente za RIS deluje na terciarni ravni v okviru naslednjih dejavnosti:

- kirurgija,
- dermatologija,
- interna medicina,
- fizikalna medicina in rehabilitacija,
- ginekologija,
- infektologija,
- nevrologija,
- otorinolaringologija,
- onkologija.

3.2.3.2 Bolnišnična dejavnost

V okviru terciarne dejavnosti sta za obravnavo kompleksnih stanj RIS in zapletov (septična stanja, osteitisi, večji mehko tkivni defekti, ki potrebujejo rekonstrukcijo, potrebe po regenerativni medicini) v Republiki Sloveniji dva terciarna centra, in sicer v UKC Ljubljana in UKC Maribor, ki edina lahko nudita vso potrebno interdisciplinarno podporo in sodelovanje specialistov različnih strok (splošnih kirurgov, kirurgov plastične in rekonstruktivne kirurgije, žilnih kirurgov, dermatovenerologov, radiologov, infektologov, fiziatrov, fizioterapevtov, angiologov, diabetologov, TZN /dipl. m. s. in dipl. m. s. s specialnimi znanji o RIS/ET, dietetikov, kliničnih psihologov, ortotikov in protetikov ter drugih strokovnjakov).

V okviru UKC Ljubljana je v ta namen ustanovljen interklinični multidisciplinarni konzilij zdravnikov, ki delujejo znotraj centra za flebologijo in kronične rane. Konzilij omogoča hitro in učinkovito obravnavo tako ambulantnih kot hospitaliziranih pacientov.

4 ANALIZA STANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV PACIENTOV S KRONIČNO RANO, INKONTINENCO IN STOMO

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

Celovitih podatkov, s katerimi bi lahko opredelili vsebino, pogostnost in terapevtske intervencije pri osebah s kronično rano, nimamo. V Republiki Sloveniji so bile v preteklosti izvedene tri raziskave,³⁷ katerih cilj je bil opredeliti epidemiološke značilnosti oseb s kronično rano. V slovenskem prostoru je Društvo za oskrbo ran Slovenije med letoma 2007 in 2010 izvedlo mednarodno raziskavo, s katero so ugotavljali pogostnost razjed na nogi, ki je znašala 1,81/1.000 prebivalcev. To pomeni 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 pogostnost za vse tipe ran je znašala 4/1000 prebivalcev. Na podlagi raziskave so bili izračunani stroški obravnave kroničnih ran, ki v slovenskem prostoru obsegajo tri milijone evrov (Franko, Fakin, 2009). Pađen et al. (2019) so izvedli raziskavo, s katero so ocenili pogostnost odprtih kirurških ran v Ljubljani na 0,38/1.000 prebivalcev. Kadivec (2000) je poročala, da je razširjenost poškodb oziroma razjed zaradi pritiska v Univerzitetni kliniki Golnik ocenjena na 6 %, medtem ko je Jelen (2013) v največji univerzitetni bolnišnici v Sloveniji izvedla raziskavo poškodb oziroma 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 oziroma razjed zaradi pritiska ocenjena na 11,3 %.

Po nekaterih ocenah ima težave z inkontinenco v Sloveniji že približno 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; nadalje 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 zagotavljajo inkontinenčni pripomočki le v primeru, da ima uporabnik najmanj srednje težko inkontinenco, se število oseb, ki imajo diagnosticirano inkontinenco, upošteva le deloma, zato to število ne pomeni števila vseh pacientov z inkontinenco v Sloveniji.

Razvoj novih tehnologij in boljše ter učinkovitejše zdravljenje obolenj (na primer kronične vnetne črevesne bolezni) zagotavljata boljše preživetje s kroničnimi stanji, ki ob vse krajših ležalnih dobah terjajo, da pacienti po zdravljenju spremenijo življenjske navade, in hkrati narekujejo potrebo po strokovnjakih, ki imajo dodatna znanja s posameznih ožjih strokovnih

³⁷Franks et al., 2007; ZZZS, 2008, Pađen et al., 2019, in dve presečni raziskavi o poškodbah zaradi pritiska: Kadivec, 2000; Jelen, 2013.

področij. Na področju izločalnih stom imamo podatek o številu oseb z izločalno stomo, ki uporablja medicinske pripomočke.³⁸ Iz podatkovne baze izhaja, da je v maju 2023 medicinske pripomočke za nego kolostome uporabljalo 1800 oseb ter za nego ileostome in kolostome 1642 oseb, skupaj 3442 oseb. Medicinske pripomočke za nego urostome je prejelo 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 prejelo 5334 oseb.

³⁸ Vir: ZZS, aplikacija MP, Ljubljana, 12. maj 2023.

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 gospodarno upravljanje virov, vključevanje načrtovanja in izvajanja procesov, ki upoštevajo 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 potrebno stalno izboljševanje na vseh ravneh zdravstvenega varstva, zagotavljati je treba spremljanje kakovosti, ki bo temeljila na strokovnosti in vključevanju dobrih praks ter izidih obravnave. Zagotovljeno mora biti sledenje obravnavam 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 ter z različnimi vzpodbudami doseči premik v razmišljanju pri vodilnih in odgovornih za vzpostavljanje celovitega sistema kakovosti in varnosti obravnave. Zagotoviti je treba še napredna znanja, veščine in orodja za vodenje celovite kakovosti in varnosti, opolnomočenje vodstvenih delavcev za izvajanje sprememb. Treba je zagotoviti, da sta izpopolnjevanje in usposabljanje kadrov del procesa vodenja, saj izkušnje kažejo, da je s tem 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 ter po potrebi posodobili strokovne smernice obravnav in klinične poti po sprejetju strategije. Strokovne smernice in klinične poti se bodo redno pregledovale in 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 zdravstvenemu 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 Republiki Sloveniji so zdaj v veljavi smernice za obravnavo ran,³⁹ ki podajajo diagnostična merila, 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.⁴⁰ Glede na razvoj področja je smiselna dopolnitev oziroma posodobitev obstoječih smernic z nekaterimi novejšimi spoznanji o diagnostiki in obravnavi pacientov po zgledu evropskih smernic (kot na primer: EPUAP/NPIAP/PPPIA 2019; EWMA⁴¹ in WUWHS⁴²) ter drugih merodajnih 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.⁴³

Urinska inkontinenca

Za obravnavo urinske inkontinence priporočamo uporabo strokovnih smernic Evropskega združenja za urologijo (*European Association of Urology, EAU*), ki sta jih sprejela Združenje 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 nevrourologije za obravnavo inkontinence v okviru nevrogenih motenj.

Hkrati se lahko za obravnavo ženske populacije na primarni zdravstveni ravni in napotitve na sekundarno zdravstveno raven uporabi terapevtski algoritem za obravnavo pacientk z urinsko inkontinenco.⁴⁴

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 posodablja letno na ravni EAU.

Fekalna inkontinenca

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

³⁹ Standardni postopki obravnave akutne in kronične rane, Ministrstvo za zdravje, 2022.

⁴⁰V 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)

⁴¹ EWMA – European Wound Management Association.

⁴² WUWHS – The World Union of Wound Healing Societies.

⁴³ Mednarodne smernice za obravnavo diabetične noge, različica 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 različica dokumenta izide vsaka štiri leta, nazadnje v maju 2023 – slovenski prevod te različice je v načrtu.

⁴⁴ 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, Barbič M. Algoritem zdravljenja urinske inkontinence. Zdrav Vestn. 2021; 90(5–6): 275–87.

Stome

Glede obravnave pacientov z izločalno stomo se na področju zdravstvene nege 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 ustanovah.

Klinične poti je treba redno posodablјati glede na smernice oziroma dokazana novejša spoznanja v zdravstveni 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 ob pacientu, 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 mogočem 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 obravnavo 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 obravnave za obvladovanje pacientov z rano, inkontinenco ali stomo, izboljšati učinkovitost in neprekinjenost obravnave v verigi, (so)delovanje služb oziroma izvajalcev obravnave, izboljšanje kakovosti in varnosti obravnave ter zmanjšanje stigme 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 pri svojem vsakodnevem 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 javnosti poda čim več uporabnih informacij o načinu dela v posameznih službah.

6. KADRI

Za doseg ciljev bo treba zagotoviti učinkovito politiko spodbujanja 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 ter integrirane obravnave je treba optimizirati delo vseh obstoječih izvajalcev v zdravstvenem sistemu in jih učinkovito povezati v dobro 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 zdaj 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, saj ta ogroža njihovo zdravje in varnost pacientov ter odvrta od zaposlitve 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, rakavih obolenj na splošno, srčno-žilnih bolezni ter inkontinence napeljujejo na okrepljeno multidisciplinarno obravnavo, nova znanja in večje povezovanje zdravstvenih služb na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Medicinske sestre specialistke in/ali medicinske sestre napredne prakse⁴⁵ delujejo na specialnem področju, kjer se prekrivata področji zdravstvene nege in medicine. Naraščanje števila in zahtevnosti obravnav kroničnih bolezni, na primer sladkorne bolezni ter bolezni srca in ožilja, vplivajo 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: Svetovna zdravstvena organizacija, Mednarodna federacija za sladkorno bolezen in druge (Pascal, 2009).

Za ublažitev posledic kadrovskega pomanjkanja bodo z akcijskim načrtom opredeljeni kratkoročni in dolgoročni ukrepi tako za krepitev kadrovske kompetenc zdravstvenih delavcev pri zagotavljanju ustrezne obravnave kot tudi povezovanje že vzpostavljenih kadrovske strukture 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 seznanjenosti splošne populacije o ranah, inkontinenci in stomah.

⁴⁵ <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/05/Smernice-o-napredni-zdravstveni-negi-2020.pdf> (31. 10. 2023).

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 področij,²³ prav tako pa se izvaja Šola enterostomalne terapije, ki jo priznava Svetovno združenje enterostomalnih terapevtov (World Council of Enterostomal Therapists – WCET).⁴⁶ Program obsega 320 ur, od tega je polovica teoretičnih vsebin, druga polovica ur pa je namenjena kliničnemu usposabljanju, opravijo se zaključno diplomsko delo ter 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 oziroma 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 opeklino in Kliničnim oddelkom za maksilofacialno kirurgijo UKCL v letu 2020 organiziral 280-urno izobraževanje za pridobitev specialnih znanj s področja zdravstvene nege in obravnave akutnih in kroničnih ran. Izobraževanje je obsegalo posebna teoretična znanja in praktične veščine, ki jih opredeljuje šesti izobraževalni okvir 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 zdaj je izobraževanje zaključilo 33 izvajalcev zdravstvene nege. Izobraževanje je vpisano v register specialnih znanj pri zbornici oziroma zvezi.

Pod okriljem UEMS, EAFWH (European association of fellows of wound healing) se izvaja izobraževanje zdravnikov za pridobitev subspecializacije iz kroničnih ran.⁴⁷ Izobraževanje je sestavljeno iz devetih modulov e-izobraževanja, ki se zaključijo s kolokvijem. Po zaključku se izvedejo predavanja, ki trajajo polne štiri dni, ter dvodnevne praktične delavnice o odstranitvi poškodovanega ali odmrlega tkiva («debridement») in kompresijski terapiji. Udeleženci nato opravijo vmesni izpit. Po zaključku izobraževanja pa morajo pripraviti pet opisov obravnave pacientov s kronično rano. Sledi še evropski praktični in teoretični izpit.⁴⁸ Takšno 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 v UKC Ljubljana, kjer deluje tudi Center za limfologijo, flebologijo in kronične rane. Izobraževanje poteka v obliki fleboloških šol, ki zdaj obsegajo devet modulov, in so namenjeni timu zdravnikov in medicinskih sester.⁴⁹ 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 specializante

⁴⁶ Šola enterostomalne terapije se izvaja od leta 1992 na dve do štiri leta, organizira jo UKC LJ v sodelovanju z zbornico – zvezo, Sekcijo medicinskih sester v enterostomalni terapiji. Program obsega 320 ur, od tega je 50 % teoretičnih vsebin in 50 % kliničnega usposabljanja. Opravijo se zaključno diplomsko delo ter 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.

⁴⁷ Navedeni kurikulum izobraževanja je v obravnavi pri Slovenskem zdravniškem društvu in Slovenski zdravniški zbornici v postopku priznanja posebnih znanj, saj subspecializacije po zdaj veljavni zakonodaji v Sloveniji niso mogoče, čeprav program v Evropski uniji ustreza priznani subspecializaciji.

⁴⁸ Takšno izobraževanje je že zaključila ena dermatologinja iz Slovenije, sicer pa ga zaključujejo še ena dermatologinja, dva splošna kirurga, ena diabetologinja, ena infektologinja, en angiolog, ena fiziatrinja in en interventni radiolog.

⁴⁹ 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.

ter posebne izpopolnjevalne šole za medicinske sestre, zaposlene na dermatovenerološki kliniki, s poudarkom na kompresijski terapiji.⁵⁰

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

Na področju inkontinence, ki med ženskami prizadene okrog tretjino odrasle populacije, imajo pglavitno vlogo tako pri preprečevanju kot pri konservativnem zdravljenju fizioterapevti z dodatnimi znanji o motnjah funkcij medeničnega dna. Fizioterapevtska obravnava je esencialni del prvostopenjskega zdravljenja inkontinence in je v Republiki Sloveniji umeščena na nekatere sekundarne ustanove (kot na primer: Ginekološka klinika UKC LJ, UKC MB in latros). Treba je zagotoviti zadostno število fizioterapevtov z dodatnimi znanji za enakomerno dostopnost do omenjenih storitev.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti so prepoznali potrebo po dodatnih znanjih, zato se številni udeležujejo domačih in tujih strokovnih izobraževanj na temo RIS.

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 visokokakovostno obravnavo.

Na primarni ravni zdravstvene dejavnosti imajo dodatna znanja z navedenih področij najpogosteje patronažne medicinske sestre. Zato se vse bolj kaže potreba, da se primarna zdravstvena dejavnost okrepi z ustrezno izobraženimi timi, ki bodo dopolnjevali ambulantno dejavnost družinske medicine⁵¹ in bili vez med primarno, sekundarno in terciarno ravno.

Na primarni ravni 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 izvaja nesistematično, saj ni zagotovljenega enotnega pristopa. Za zdaj namreč nimamo usmerjenih ambulant za obravnavo moške inkontinence, zato bo treba določiti tim in mrežo ambulant.

V nekaterih bolnišnicah imajo organizirane ambulante, službe oziroma posvetovalnice, kjer imajo zaposlene enterostomalne terapevtke, obseg in problematika dela pa sta prepuščena izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Zdajšnja urejenost ne omogoča enake dostopnosti in enake obravnave vseh pacientov v državi, prav tako ni ustreznega systemskega pristopa.

Prav tako je zastopanost diplomiranih medicinskih sester, ki so se izšolale za enterostomalno terapevtko, pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni izredno različna,⁵² saj se kažejo velike razlike v organiziranosti dela, ker pogosto opravljajo delo

⁵⁰ 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 na predavanjih in izobraževalnih delavnicah poučijo o venskem popuščanju in limfedemu.

⁵¹ Palkovič (2012) navaja, da so imeli v letu 2011 dobre rezultate pri posvetih v svetovalnici za inkontinenco, ki potrjujejo dober učinek rednega TMMD po treh mesecih izvajanja.

⁵² Svetovalna služba za zdravstveno nego, UKC LJ.

enterostomalnega terapevta ob preostalem delu na oddelkih, ki nemalokrat vključuje tudi izmensko delo.

Poslanstvo lahko uresničujemo z znanjem, zavzetostjo, to je s pomočjo vodil, pot k viziji pa tlakujemo s cilji. Eno od glavnih vodil sta zadovoljen in kar najbolj kakovostno obravnavan pacient ter zadovoljstvo zaposlenih, ki delajo v urejenem in sodelovanju naklonjenem 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. Pomembni so ustvarjalnost, inovativnost, iniciativnost in nujnost sprememb. Pomembno je razvojno delo, vanj pa se je treba 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 izvaja tako na primarni kot sekundarni ravni, medtem ko je na terciarni ravni raziskovalna dejavnost obveza. Na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji je raziskovalna dejavnost dokaj bogata, kar dokazuje tudi številnost organiziranih raziskovanj ter objav v domači in mednarodni literaturi. Omenjeni učinek je treba vzdrževati in še nadgraditi, predvsem na vseh ravneh zdravstvenega varstva in v raziskovalnih ustanovah (inštituti, fakultete). Za takšno raziskovalno dejavnost so potrebna tudi dodatna finančna sredstva, ki pa jih same ustanove v obstoječem sistemu delovanja ne morejo priskrbeti.

Omogočiti bomo morali pogoje, da bodo izvajalci raziskovalne dejavnosti (programske in projektne skupine znotraj zdravstvenega varstva, raziskovalnih ustanov in drugih organizacij, ki imajo raziskovalne kapacitete) razvijali temeljno raziskovalno dejavnost, ki se bo izvajala s ciljem oblikovanja novih splošnih spoznanj na področju ran, inkontinence, fistul in stom. Prav tako bi morali izvajati aplikativno raziskovalno dejavnost, ki bo usmerjena k določenim praktičnim ciljem ali namenom ter v pridobivanje znanja, razumevanja problematike ran, inkontinence, fistul in stom, s katerim bodo lahko zadovoljene opredeljene lokalne in nacionalne potrebe. Nadalje bi bilo treba okrepiti razvojno inovacijsko dejavnost s ciljem prenosa znanja na trg in do končnega uporabnika (oseb z rano, kontinenco, fistulo in stomo, njihovih bližnjih, zdravstvenih delavcev, drugih deležnikov).⁵³

⁵³ Definicije so povzete po Zakonu o znanstvenoraziskovalni in inovacijski dejavnosti (Uradni list RS, št. 186/21 in 40/23).

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

Strategija sistemsko obravnava 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 je 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 ustanov in področnih zbornic oziroma strokovnih združenj.

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

Kot osrednja državna ustanova 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 strokovno ustrezno uresničevanje nacionalne strategije, vključno z evalvacijami posameznih ukrepov. Na podlagi podatkov in raziskav bo Center za limfologijo, flebologijo in kronične rane pripravljala 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, s kirurškimi, gastroenterološkimi, abdominalnimi, dermatološkimi in diabetološkimi službami, saj ne gre za prenos že uveljavljenih dejavnosti, ampak za vzpostavitev dodatnih struktur, ki bodo zagotavljale povezanost že vzpostavljenih.

Strategija z akcijskim načrtom opredeli konkretne ukrepe, nosilce in izvajalce ukrepov, časovnico, finančni vir in kazalnike, s katerimi se bo vsako leto pripravila redna evalvacija izvajanja, najmanj vsakih pet let pa bo narejena tudi zunanja, eksterna evalvacija izvajanja strategije. Akcijski načrti se pripravijo za obdobje od dveh do petih 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, v okolju prepoznani kot ključni za obravnavo pacientov s kronično rano, inkontinenco in stomo,
- v postavljenih sistemih so uporabniku na voljo specialne zdravstvene storitve,
- Usposobljen je izvajalec storitev na primarni ravni.

9.1.2 Na ravni izvajalcev:

- dostopnost do usposobljenih zdravstvenih delavcev,
- zdravstvena praksa, osnovana na znanstvenih dokazih,
- optimizacija dela,
- inovativni pristopi, razvoj novih tehnologij.

9.1.3 Na ravni uporabnika:

- potrebe uporabnikov,
- aktiven partner v procesu obravnave,
- visoko zaupanje uporabnikov,
- boljša dostopnost.

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,
- ustreznih pravnih podlag, kar ovira razvoj različnih organizacijskih oblik ter 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 omogoča zdajšnji standard v sistemu plačevanja,
- neenaka dostopnost do storitev za uporabnike – storitev ni povsod enako dostopna,

- povečevanje kadrovskih virov izvajalcev ni v skladu s potrebami, ampak je nezadostno.

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 z rano, inkontinenco in stomo,
- pri organiziranju na lokalni ravni je treba pripraviti ter upoštevati analizo stanja in potencialnih potreb pacientov,
- pripraviti je mogoče ustrežnejši način financiranja storitev,
- zagotovimo lahko več finančnih spodbud za vpeljavo novih programov in pripravo preventivnih programov.

9.3.2 Na ravni izvajalca:

- vzpostavitev povezovanja, sodelovanja in komuniciranja med izvajalci – utrditev delovanja mreže,
- opredelitev delovnih skupin (timov) v ambulanti za rano, inkontinenco in stome (upoštevanje števila prebivalcev oziroma pacientov na število usposobljenih zdravstvenih delavcev z upoštevanjem regionalne razpršenosti območja).

9.4 OVIRE

9.4.1 Na sistemski ravni:

- zagotoviti je treba zadostno število zdravstvenih delavcev z ustreznimi znanji s področja ran, inkontinence in stom,
- ustrezno moramo ovrednotiti potrebe po zdravstvenih delavcih,
- za izvajanje dejavnosti obravnave pacientov z 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 bolj kakovostno obravnavo na področju ran, inkontinence in stome,
- ključno je določiti strokovne smernice ter kompetence posameznih profilov zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

9.4.2 Na ravni izvajalcev:

- ni strokovnih in finančnih spodbud za dodatno izobraževanje,
- primanjkuje ustrezno usposobljenega zdravstvenega kadra.

9.4.3 Na ravni uporabnika:

- vsi uporabniki nimajo enakega dostopa do učinkovite in kakovostne obravnave kronične rane, inkontinence in stome.

LITERATURA

1. Åsa H. Everhov, Thordis Disa Kalman, Jonas Söderling, Caroline Nordenvall, Jonas Halfvarson, Anders Ekblom, 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-in-the-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. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International* 2015. Available to download from: 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 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: vabljen 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«. *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> [5. 9. 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-_1f0LsNn241yvPVZDKxeNOU0w&redir_esc=y#v=onepage&q=Burch%20J.%2C%202008.%20Stoma%20care.&f=false [29. 8. 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. 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].
13. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2023. ISBN 978-94-92671-19-6.
 14. 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].
 15. Folwarski M, Klek S, Brzeziński M, Szlagatys-Sidorkiewicz A, Wyszomirski A, Meyer-Szary J and Skonieczna-Zydecka 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.
 16. Frangeš A. Kakovostno življenje bolnika s črevesno stomo. Zbornik predavanj sekcije medicinskih sester za zdravstveno nego stom. Portorož, 2000.
 17. 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. in 24. april 2009, pp. 59–63.
 18. Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence—A UEG/ESCP/ESNM/ESPCG collaboration. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ueg2.12213>.
 19. 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].
 20. GLOBOCAN (2016). Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Retrieved from: <https://globocan.iarc.fr>. [15. 10. 2023].
 21. 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. 8. 2023].
 22. 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 srečanje 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. in 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, str. 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. 8. 2023].
 23. 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.
24. 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.
 25. Grosek, J., 2021. ČREVESNE STOME. Tečaj kirurških tehnik v abdominalni kirurgiji: zbornik predavanj / Podiplomski tečaj iz kirurgije, 21. in 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. 8. 2023].
 26. 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.
 27. 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. 8. 2023].
 28. Incidenčna stopnja raka debelega črevesja in danke, Dostopno na: <https://obcine.nijz.si/kazalniki/K4.15> [15. 10. 2023].
 29. 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. 8. 2023].
 30. 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/lzpisGradiva.php?id=72500>.
 31. 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>.
 32. 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.
 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. 8. 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).
41. Moosdorff-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=eyJljoXNzA1MDk5NjkxQ%3D%3D](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=eyJljoXNzA1MDk5NjkxQ%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 ambulate 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. 8. 2023].
50. Poplas Susič T., Marušič D., 2012. Referenčne ambulate – 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. 8. 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 – izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. *Obzor Zdr N* 2007; 41; Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2613/2546> [29. 8. 2023].
56. Savič B. S.: Kontinuirana zdravstvena nega. 33. Strokovni seminar »Med bolnišnico in domom« Zbornik predavanj: Rogla; 2006. 28. in 29. september.
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. 8. 2023].
58. Skuk, E., in Blaganje, 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. Zbornica 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. 8. 2023].
60. Šubic J. Življenje z gastrostomo, Klinični center Available at: <https://www.kclj.si/dokumenti/00027a-0003aa.pdf> [29. 8. 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 (poročilo). Overseas Development Institute. 2010. Arhivirano iz prvotnega spletišča 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. 8. 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. 3. 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. 8. 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, 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).
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, 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).

72. Zakonu o znanstvenoraziskovalni in inovacijski dejavnosti (Uradni list RS, št. 186/21 in 40/23).
73. 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.
74. 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. 8. 2023].
75. 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. 8. 2023].
76. 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. 8. 2023].
77. 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. 8. 2023].

PRILOGE

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

Medicinski 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: ZZS, aplikacija MP, Ljubljana, 12. 5. 2023

PRILOGA ŠT. 2: 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: ZZS, 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 izpustom za nego ileostome in kolostome 1642 oseb,
- pripomočke za nego traheostome 648 oseb,
- pripomočke za hranjenje po gastrostomi, nasogastrični sondi ali jejunostomi 496 oseb.

Skupaj: 5334 oseb.
